

Votre régime collectif

Carillion Canada Inc.

Flex Plan

Numéro de régime :
91862

Date d'effet mise à jour :
1^{er} avril 2017

Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

Votre couverture collective vous assure la tranquillité d'esprit et offre à vous-même et à votre famille des soins de santé qui ne sont pas inclus dans la couverture gouvernementale.

Dans le présent régime, les garanties médicaments, soins de santé complémentaire et soins dentaires sont des garanties auto-assurées par le promoteur du régime et administrées par Medavie Inc. La garantie voyage est assurée par Medavie Inc. et toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Medavie Inc. (aussi connue sous le nom de Croix Bleue Medavie) et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ensemble, seront appelées « Croix Bleue » pour faciliter la lecture.

Depuis près de 70 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

Notre engagement à servir et à trouver des solutions novatrices, de même que notre expertise technologique, vous permettent d'avoir l'esprit tranquille. Croix Bleue est toujours là pour vous.

À propos de la brochure

La présente brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants sur votre couverture collective. Veuillez les conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure.

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le régime collectif détenu par votre employeur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le régime collectif, le régime collectif prévaudra, dans la mesure où la loi l'autorise.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties** : cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.
- **Modalités de la couverture** : cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.
- **Droits et responsabilités en vertu du régime** : cette section énonce vos responsabilités en vertu du régime collectif, telles que celle d'aviser votre employeur de tout changement à votre statut, ainsi que vos droits, tels que votre droit à la protection des renseignements personnels.
- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements** : cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.
- **Conseils pratiques** : tout au long de la présente brochure, nous vous avons fourni des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

Soumettez une demande de règlement, accédez à une version électronique de votre carte d'identification, vérifiez votre protection, trouvez un professionnel de la santé dans votre région, et bien plus! Visitez www.medavie.croixbleue.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Aperçu des garanties Flex de Carillion.....	1
Sommaire des garanties	1
Termes-clés.....	19
Modalités de la couverture.....	23
Garantie Vie de l'adhérent.....	28
Garantie Vie des personnes à charge	30
Garantie Vie facultative	31
Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent	33
Garantie Invalidité de longue durée	38
Garantie Médicaments	43
Garantie Soins de santé complémentaires.....	48
Garantie Soins dentaires.....	55
Garantie Voyage.....	60
Compte gestion santé	67
Vos droits et responsabilités en vertu du régime.....	71
Comment soumettre une demande de règlement	75
Ressources supplémentaires	77

Aperçu des garanties Flex de Carillion

Options garantie Vie	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	
Garantie Vie de l'adhérent	Hire2016	Hire2016 Corp2 Roads2	Hire2016 Corp3 Roads2	Hire2016 Corp4 Roads2	
Garantie Vie des personnes à charge	Non couvert	Couvert	Couvert	Non couvert	
Garantie Vie facultative	Non couvert	Couvert	Non couvert	Non couvert	
Options	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	
Garantie Décès et mutilation par accident	Couvert	Couvert	Couvert	Non couvert	
Options ILD	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	
Garantie Invalidité de longue durée	Couvert	Couvert	Couvert	Non couvert	
Options Soins de santé complémentaires	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5*
Garantie médicaments	Non couvert	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert
Soins de santé complémentaires <i>Hospitalisation</i>	Non couvert	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert
Garantie Voyage	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert
Garantie Compte gestion santé	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert
Options Soins de la vue	Option 1	Option 2*	Option 3*	Option 4	Option 5
Garantie Soins de la vue	Non couvert	Couvert	Couvert	Non couvert	Non couvert
Options Dentaire	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Option 5*
Garantie Dentaire					
<i>Soins préventifs et soins de base</i>	Non couvert	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert
<i>Soins de restauration majeure</i>	Non couvert	Couvert	Couvert	Couvert	Couvert
<i>Services d'orthodontie</i>	Non couvert	Non couvert	Non couvert	Couvert	Couvert

*Une période minimum de deux ans de couverture est requise.

Les options 2 et 3 des Soins de santé complémentaires ne sont pas disponibles pour les employés du Québec.

<u>Régime</u>	<u>Nom du groupe et catégorie d'adhérents</u>
Hire2016	Carillion Ontario Roads : Employés embauchés avant le 1 ^{er} janvier 2016 Carillion Ontario Roads : Employés embauchés au 1 ^{er} janvier 2016 ou après cette date Carillion Canada Inc. : Employés embauchés au 1 ^{er} janvier 2016 ou après cette date Carillion Alberta Roads : Employés embauchés au 1 ^{er} janvier 2016 ou après cette date
Corp2	Carillion Canada Inc. : 2 fois le salaire annuel
Corp3	Carillion Canada Inc.: Employés embauchés avant le 1 ^{er} janvier 2016, ayant 2 ans de service mais moins de 5 ans de service
Corp4	Carillion Canada Inc. : Employés embauchés avant le 1 ^{er} janvier 2016 ayant 5 ans de service ou plus
Roads2	Carillion Alberta Roads : Employés embauchés avant le 1 ^{er} janvier 2016
Corp UK	Carillion Canada Inc. : Employés du R.-U.

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent, options 1, 2, 3, 4*

Calcul de la prestation

Option 1	1 fois le salaire annuel
Option 2	2 fois le salaire annuel
Option 3	3 fois le salaire annuel
Option 4	4 fois le salaire annuel
Prestation maximale	25 000 \$
Prestation maximale	500 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	500 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	70 ans ou retraite

*Veuillez vous référer au tableau *Aperçu des garanties Flex de Carillion* pour déterminer les options qui s'appliquent à vous.

Garantie Vie de l'adhérent

(Les adhérents Corp UK couverts par la garantie vie de base en vertu du régime de retraite du R.-U.)

Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	10 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	10 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Fin de la garantie	70 ans ou retraite

Garantie Vie des personnes à charge, options 2, 3

Prestation

Option 2 - Conjoint	10 000 \$
Option 2 - Enfant*	5 000 \$/enfant
Option 3 - Conjoint	20 000 \$
Option 3 - Enfant*	10 000 \$/enfant
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à sa retraite

*Dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né.

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative, option 2

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	Multiples de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 300 000 \$ 800 000 \$, combiné au montant de la garantie vie de l'adhérent
Maximum pour le conjoint	Multiples de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 300 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.

Fin de la garantie

Adhérent	65 ans ou retraite
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent

Garantie Vie facultative

(Les adhérents Corp UK couverts par la garantie vie de base en vertu du régime de retraite du R.-U.)

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	Multiples de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 300 000 \$ 310 000 \$ combiné au montant de la garantie vie de l'adhérent
Maximum pour le conjoint	Multiples de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 300 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.

Fin de la garantie

Adhérent	65 ans ou retraite
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent

Sommaire des garanties

Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent, options 1, 2, 3

Calcul de la prestation

Option 1	1 fois le salaire annuel
Option 2	2 fois le salaire annuel
Option 3	3 fois le salaire annuel
Prestation maximale	25 000 \$
Prestation maximale	500 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	500 000 \$
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	70 ans ou retraite

Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent, options 1, 2, 3

(Les adhérents Corp UK couverts par la garantie vie de base en vertu du régime de retraite du R.-U.)

Calcul de la prestation

Option 1	1 fois le salaire annuel
Option 2	2 fois le salaire annuel
Option 3	3 fois le salaire annuel
Prestation maximale	25 000 \$
Prestation maximale	500 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	500 000 \$
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	70 ans ou retraite

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée, option 1

Montant de la prestation	50 % du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	8 000 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	8 000 \$
Délai de carence	17 semaines (119 jours)
Durée maximale des prestations	10 ans, sans dépasser l'âge de 65 ans
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre emploi	24 mois
Prolongation des survivants	Équivalent à 3 fois les prestations d'invalidité de longue durée mensuelles nettes de l'adhérent. Les prestations ne sont pas imposables.
Conditions préexistantes	Oui
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée, option 2

Montant de la prestation	60 % du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	8 000 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	8 000 \$
Délai de carence	17 semaines (119 jours)
Durée maximale des prestations	10 ans, sans dépasser l'âge de 65 ans
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre emploi	24 mois
Prolongation des survivants	Équivalent à 3 fois les prestations d'invalidité de longue durée mensuelles nettes de l'adhérent. Les prestations ne sont pas imposables.
Conditions préexistantes	Oui
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée, option 3

Montant de la prestation	60 % du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	10 000 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	8 000 \$
Délai de carence	17 semaines (119 jours)
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre emploi	24 mois
Prolongation des survivants	Équivalent à 3 fois les prestations d'invalidité de longue durée mensuelles nettes de l'adhérent. Les prestations ne sont pas imposables.
Conditions préexistantes	Oui
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments, options 2, 3, 4, 5

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	
Option 2	20 %
Option 3	60 %
Option 4	80 %*
Option 5	100 %*
Limite de frais d'exécution d'ordonnance	7,50 \$ (l'assuré paie tout montant en excédent des frais d'exécution d'ordonnance de 7,50 \$)
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximum	
Auxiliaires antitabagiques	
Option 2	300 \$ à vie
Option 3	300 \$ à vie
Option 4	300 \$ à vie
Vaccins	100 \$/année contractuelle
Stérilet	75 \$/2 années contractuelles
Sérums contre les allergies	Illimité
Injections sclérosantes	Illimité
Vitamines	Illimité
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Fin de la garantie	70 ans ou retraite
Prolongation pour les survivants	24 mois

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires, options 2, 3, 4, 5

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars		
Franchise			
Hospitalisation	Aucune		
Soins de la vue	Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune		
	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %	Illimité*	Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	jusqu'à concurrence de 180 jours/année contractuelle	Chambre à deux lits
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	100 %	Illimité*	
Soins infirmiers	100 %	10 000 \$/année contractuelle	
Professionnels de la santé :		Maximum par année contractuelle	
Options 2 et 3			
<i>Psychologue/Travailleur social (maximum combiné)**</i>	100 %	400 \$*	
<i>Chiropraticien</i>	100 %	400 \$*	
<i>Naturopathe</i>	100 %	400 \$*	
<i>Acupuncteur</i>	100 %	400 \$*	
<i>Diététiste**</i>	100 %	400 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	100 %	400 \$*	
<i>Podologue/Podiatre (maximum combiné)</i>	100 %	400 \$*	
<i>Audiologiste</i>	100 %	400 \$*	
<i>Orthophoniste**</i>	100 %	400 \$*	
<i>Physiothérapeute**</i>	100 %	400 \$*	
<i>Massothérapeute**</i>	100 %	400 \$*	
<i>Radiographies (chiropraticien)</i>	100 %	1 radiographie/année contractuelle jusqu'à concurrence de 25 \$/radiographie	

*Hôpital et Service ambulancier, le remboursement se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante. Pour les professionnels de la santé, le remboursement par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

**Lorsque prescrit par un médecin.

Les options 2 et 3 des Soins de santé complémentaires ne sont pas disponibles aux employés du Québec.

Une période minimum de deux ans de couverture est requise pour l'option 5 des Soins de santé complémentaires.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

	Pourcentage de remboursement	Maximum
Professionnels de la santé :		Maximum par année contractuelle
Option 4		
<i>Psychologue/Travailleur social (maximum combiné)**</i>	100 %	500 \$*
<i>Chiropraticien</i>	100 %	500 \$*
<i>Naturopathe</i>	100 %	500 \$*
<i>Acupuncteur</i>	100 %	500 \$*
<i>Diététiste**</i>	100 %	500 \$*
<i>Ostéopathe</i>	100 %	500 \$*
<i>Podologue/Podiatre (maximum combiné)</i>	100 %	500 \$*
<i>Audiologiste</i>	100 %	500 \$*
<i>Orthophoniste**</i>	100 %	500 \$*
<i>Physiothérapeute**</i>	100 %	500 \$*
<i>Massothérapeute**</i>	100 %	500 \$*
<i>Radiographies (chiropraticien)</i>	100 %	2 radiographie/année contractuelle jusqu'à concurrence de 25 \$/radiographie

Garantie Soins de santé complémentaires

	Pourcentage de remboursement	Maximum
Professionnels de la santé :		Maximum par année contractuelle
Option 5		
<i>Psychologue/Travailleur social (maximum combiné)**</i>	100 %	600 \$*
<i>Chiropraticien</i>	100 %	600 \$*
<i>Naturopathe</i>	100 %	600 \$*
<i>Acupuncteur</i>	100 %	600 \$*
<i>Diététiste**</i>	100 %	600 \$*
<i>Ostéopathe</i>	100 %	600 \$*
<i>Podologue/Podiatre (maximum combiné)</i>	100 %	600 \$*
<i>Audiologiste</i>	100 %	600 \$*
<i>Orthophoniste**</i>	100 %	600 \$*
<i>Physiothérapeute**</i>	100 %	600 \$*
<i>Massothérapeute**</i>	100 %	600 \$*
<i>Radiographies (chiropraticien)</i>	100 %	2 radiographie/année contractuelle jusqu'à concurrence de 25 \$/radiographie

*Le remboursement par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

**Lorsque prescrit par un médecin.

Une période minimum de deux ans de couverture est requise pour l'option 5 des Soins de santé complémentaires.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires, option 2

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	100 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Fauteuils roulants (manuel/électrique)	100 %	3 000 \$/60 mois consécutifs pour un achat préautorisé
Rampes d'accès extérieurs pour fauteuils roulants	100 %	2 000 \$ à vie
Ventilateur sous pression positive intermittente/ventilateur (combiné)	100 %	2 000 \$/60 mois consécutifs
BIPAP/CPAP/moniteurs respiratoire (combiné)	100 %	2 000 \$/60 mois consécutifs
Pompe de compression	100 %	1 500 \$ à vie
Lève-personne	100 %	2 000 \$/lève-personne/5 années contractuelles
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	100 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	100 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	100 %	1/ 4 années contractuelles
Prothèses auditives	100 %	500 \$/48 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure/Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	100 %	250 \$/année contractuelle
Tests diagnostiques**	100 %	
Autres fournitures et services médicaux	100 %	Voir le texte de la garantie
Vêtements de compression graduée	100 %	2 paires/année contractuelle
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue, Options 2 et 3	100 %	
Examen de la vue	100 %	Option 2 - 75 \$/24 mois consécutifs Option 3 - 120 \$/24 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (combiné)	100 %	Option 2 - 200 \$/24 mois consécutifs Option 3 - 300 \$/24 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Lentilles intraoculaires requis après une chirurgie de la cataracte	100 %	1 paire à vie pour les montures 1/œil à vie pour des verres correctifs, verres de contact ou lentilles intraoculaires
Fin de la garantie	70 ans ou retraite	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Les options 2 et 3 des Soins de santé complémentaires ne sont pas disponibles pour les employés du Québec.

Une période minimum de deux ans de couverture est requise pour les options 2 et 3 des Soins de la vue.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires, option 4

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	100 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Fauteuils roulants (manuel/électrique)	100 %	3 000 \$/60 mois consécutifs pour un achat préautorisé
Rampes d'accès extérieurs pour fauteuils roulants	100 %	2 000 \$ à vie
Ventilateur sous pression positive intermittente/ventilateur (combiné)	100 %	2 000 \$/60 mois consécutifs
BIPAP/CPAP/moniteurs respiratoire (combiné)	100 %	2 000 \$/60 mois consécutifs
Pompe de compression	100 %	1 500 \$ à vie
Lève-personne	100 %	2 000 \$/lève-personne/5 années contractuelles
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	100 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	100 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	100 %	1/4 années contractuelles
Prothèses auditives	100 %	500 \$/48 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure/Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	100 %	400 \$/année contractuelle
Tests diagnostiques**	100 %	
Autres fournitures et services médicaux	100 %	Voir le texte de la garantie
Vêtements de compression graduée	100 %	4 paires/année contractuelle
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %	Évaluation préalable requise
Fin de la garantie		70 ans ou retraite
Prolongation pour les survivants		24 mois

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires, option 5

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	100 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Fauteuils roulants (manuel/électrique)	100 %	3 000 \$/60 mois consécutifs pour un achat préautorisé
Rampes d'accès extérieurs pour fauteuils roulants	100 %	2 000 \$ à vie
Ventilateur sous pression positive intermittente/ventilateur (combiné)	100 %	2 000 \$/60 mois consécutifs
BIPAP/CPAP/moniteurs respiratoire (combiné)	100 %	2 000 \$/60 mois consécutifs
Pompe de compression	100 %	1 500 \$ à vie
Lève-personne	100 %	2 000 \$/lève-personne/5 années contractuelles
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	100 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	100 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	100 %	1/ 4 années contractuelles
Prothèses auditives	100 %	500 \$/48 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure/Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	100 %	400 \$/année contractuelle
Tests diagnostiques**	100 %	
Autres fournitures et services médicaux	100 %	Voir le texte de la garantie
Vêtements de compression graduée	100 %	4 paires/année contractuelle
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %	Évaluation préalable requise
Fin de la garantie	70 ans ou retraite	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Une période minimum de deux ans de couverture est requise pour l'option 5 des Soins de santé complémentaires.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires, option 2

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars	
Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	20 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	20 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires, option 3

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars	
Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	60 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	60 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	2 000 \$/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires, option 4

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars	
Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	80 %	Illimité*
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		12 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	80 %	Illimité*
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		12 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	1 500 \$/année contractuelle
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Soins orthodontiques	50 %	1 500 \$ à vie (assurés de moins de 19 ans)
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Le remboursement se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires, option 5

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars	
Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	100 %	Illimité*
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/6 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/6 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/6 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		16 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	100 %	Illimité*
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
<i>Surfaçage radiculaire</i>		16 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	2 000 \$/année contractuelle
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Implants		1 par dent/10 années contractuelles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années contractuelles
Soins orthodontiques	50 %	2 000 \$ à vie (adultes et enfants)
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes	
Fin de la garantie	70 ans ou à la retraite	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Le remboursement se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Une période minimum de deux ans de couverture est requise pour l'option 5 des Soins dentaires.

Sommaire des garanties

Garantie Voyage, options 1, 2, 3, 4, 5

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection*	
Moins de 65 ans	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
65 ans et plus	Les 30 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	2 000 000 \$ par assuré par événement**
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada***	500 000 \$ par assuré, à vie
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à sa retraite
Prolongation pour les survivants	24 mois

*La durée de la protection est déterminée par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ.

**Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

***Autorisation préalable requise.

Sommaire des garanties

Compte gestion santé, options 1, 2, 3, 4, 5

Année contractuelle	du 1 ^{er} avril au 31 mars
Franchise	Aucune
Administration du régime	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, tel que précisé par l'adhérent sur le formulaire de demande de règlement)
Fréquence d'allocation des crédits	Annuelle
Détails	
Type de CGS	Report des crédits
Délai de grâce pour les employés actifs	12 mois
Délai de grâce pour les employés dont le CGS a pris fin	12 mois
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

Vous et vos personnes à charge

Tout au long de la brochure, nous utilisons quelques termes-clés lorsque nous faisons référence à vous et à vos personnes à charge :

- Employé, adhérent et assuré font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint, enfant et assuré font référence à vos personnes à charge.

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- est au service de l'employeur à raison d'un minimum de 20 heures de travail par semaine.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

Personne à charge : Le conjoint ou l'enfant de l'adhérent.

Conjoint : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada; et
- répond à un des critères suivants :
 - est légalement mariée à l'adhérent;
 - est unie civilement à l'adhérent, tel que défini par le Code civil du Québec; ou
 - réside avec lui depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint doit être désigné par l'adhérent sur son formulaire d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint de l'adhérent.

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 25 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Assuré : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du régime.



Conseil pratique

Vous êtes responsable d'inscrire vos personnes à charge au régime lorsqu'elles y deviennent admissibles.

De plus, vous êtes responsable de les désinscrire lorsqu'elles ne répondent plus aux définitions énoncées ci-contre.

Vous pouvez mettre à jour votre statut familial ou celui de vos personnes à charge en remplissant et en soumettant **un formulaire de demande de modification**, disponible sur notre site Internet.



Conseil pratique

En vertu du contrat, l'adhérent, le conjoint et l'enfant sont tous des assurés.

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré; et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 5 activités suivantes :

- Se nourrir : la capacité de porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche;
- S'habiller : la capacité de mettre et d'enlever les vêtements nécessaires et habituellement portés, y compris les attelles pour les jambes;
- Se laver : la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme du robinet et de la douche, entrer dans la baignoire ou la douche et en ressortir, ainsi que se sécher;
- Se déplacer : la capacité de se déplacer seul d'un endroit à un autre avec ou sans matériel d'aide à la mobilité; et
- Utiliser les toilettes (incluant la capacité à maîtriser les fonctions de défécation et de miction) : la capacité d'utiliser les toilettes, les chaises percées ou les urinoirs.

Année contractuelle : du 1^{er} avril au 31 mars de chaque année.

Effectivement au travail : Un employé est effectivement au travail pour un jour donné s'il se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.

Événement de la vie Un événement de la vie se produit lorsqu'un adhérent ajoute une personne à charge pour la première fois ou qu'il n'a plus aucune personne à charge admissible, en raison d'un des événements suivants :

- mariage ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- une personne à charge cesse de répondre aux critères d'admissibilité;
- perte ou obtention involontaire d'une couverture en vertu du régime de votre conjoint; ou
- décès d'une personne à charge.

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par médicament prescrit ou année contractuelle, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année contractuelle et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année contractuelle suivante.



Conseil pratique

L'une des conditions d'admissibilité à la couverture en vertu du régime est que vous soyez effectivement au travail.



Conseil pratique

Important : Croix Bleue rembourse seulement les frais de santé répondant à ces critères de frais admissibles.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire :
 - que les frais demandés sont comparables aux frais exigés habituellement, par un professionnel de la santé ou un fournisseur approuvé, pour des services ou des fournitures similaires, dans la région où les frais sont engagés; et
 - que la fréquence et le nombre de services ou de fournitures reçus par l'assuré sont appropriés à l'état de santé de l'assuré, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le régime est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis ou prescrits par l'assuré lui-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Lorsqu'un traitement différent ou plus d'une forme de traitement existent, Croix Bleue se réserve le droit de baser le remboursement des frais admissibles sur le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Garanties assurées : Les garanties du régime qui sont assurées et administrées par Medavie Inc. ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Toute obligation liée aux prestations en vertu de ces garanties peut être remplie par l'une ou l'autre de ces entités.

Dans le présent régime, les garanties vie de l'adhérent, vie des personnes à charge, vie facultative, décès et mutilation par accident de l'adhérent, invalidité longue durée et voyage sont des garanties assurées.

Garanties auto-assurées : Les garanties du régime qui sont :

- entièrement financées par le promoteur du régime, et dont ce dernier assume seul l'obligation liée aux prestations; et
- administrées par Medavie Inc. en vertu d'une Entente financière de Services administratifs seulement avec le promoteur de régime.

Dans le présent régime, les garanties médicaments, soins de santé complémentaire et dentaires sont des garanties auto-assurées.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline; et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé.



Conseil pratique

Membre de la famille
désigne pour un assuré :

- son conjoint;
- son père ou sa mère, ou leur conjoint ou conjoint de fait;
- ses enfants ou les enfants de son conjoint ou de son conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis ou prescrits pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure; et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.

Assuré du Québec : Un adhérent ou une personne à charge est un assuré du Québec si :

- le promoteur du régime a une succursale au Québec;
- l'adhérent réside et travaille au Québec; et
- l'assuré est assujetti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur et reçue au 31 décembre de chaque année contractuelle. Sont exclus les dividendes, ainsi que toute forme de rémunération non régulière comme les bonis, les primes, les gratifications ou le temps supplémentaire.

Pour les employés dont le salaire est basé sur des commissions, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, tel qu'indiqué sur les feuillets d'impôt de l'employé. Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.

Pour le calcul des prestations, le revenu est le moindre du :

- revenu selon la présente définition; ou
- dernier revenu déclaré à Croix Bleue et utilisé dans le calcul de la prime payable.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré afin d'améliorer ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue; et
- être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou un professionnel de la santé exerçant dans le domaine de la médecine qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré.



Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.



Conseil pratique

Si mentionné dans le Sommaire des garanties, votre revenu peut être utilisé pour le calcul de vos prestations vie, de décès et mutilation par accident ou d'invalidité (s'il y a lieu).

Modalités de la couverture

Qui est admissible à la couverture?

Vous êtes admissible à la couverture si vous répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail.

Vos personnes à charge sont également admissibles à la couverture si elles répondent à la définition de conjoint ou d'enfant apparaissant dans la section Termes-clés.

Pour être admissible à la couverture, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à la couverture gouvernementale de soins de santé ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Vous devez continuer de travailler le nombre minimum d'heures par semaine pour conserver votre admissibilité en vertu du régime.

Dois-je fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la couverture?

Généralement, vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour bénéficier de la couverture collective. Toutefois, une preuve d'assurabilité doit être soumise dans les circonstances suivantes :

- lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties; ou
- pour toute demande d'adhésion à la Garantie Vie facultative (s'il y a lieu).

Comment adhérer à la couverture?

Adhésion

Pour adhérer à la couverture, vous devez remplir et soumettre votre adhésion pendant la période d'adhésion déterminée par votre employeur, dans le format convenu par Croix Bleue. Vous devez aussi soumettre une preuve d'assurabilité pour l'une des raisons figurant ci-dessus.



Conseil pratique

Preuve d'assurabilité

désigne toute déclaration ou toute information médicale, au sujet de votre santé ou de celle de vos personnes à charge.

Maximum sans preuve

d'assurabilité désigne le montant de couverture auquel vous ou vos personnes à charge avez droit, sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.

Les Maximums sans preuve d'assurabilité de chaque garantie (s'il y a lieu) sont mentionnés dans le Sommaire des garanties.



Conseil pratique

Si vous n'adhérez pas à la couverture dans les 31 jours suivant votre admissibilité, votre participation ultérieure aux garanties peut être restreinte et votre niveau de protection pourrait être réduit.

Puis-je ne pas souscrire à la couverture de certaines garanties?

Un choix individuel ne vous est pas permis en vertu du régime, à l'exception des options de garanties flexibles indiquées au Sommaire des garanties. De plus, lorsque vous souscrivez à la couverture, vous devez inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, sous réserve des exceptions qui suivent :

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives. Si vous choisissez de ne pas adhérer à ces garanties, vous ne pourrez obtenir de couverture avant la prochaine période d'adhésion; et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime collectif. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissibles aux garanties soins de santé s'il y a un changement à votre statut familial ou si vous ou vos personnes à charge cessez d'être couverts en vertu de l'autre couverture pour des raisons indépendantes de votre volonté.

Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre :

- la Garantie Médicaments
- la Garantie Soins de santé complémentaires
- la Garantie Soins dentaires
- la Garantie Voyage.

Adhésion annuelle

Votre employeur vous avisera de la période d'adhésion annuelle de votre régime. Pendant cette période désignée, vous pourrez changer d'option, d'un niveau supérieur ou inférieur à la fois, à l'exception des options pour lesquelles une période minimum de deux ans de couverture est requise, tel que spécifié dans le Sommaire des garanties. Lorsque la période d'adhésion annuelle sera complétée, tout changement effectué à votre couverture entrera en vigueur au 1^{er} avril.

Lorsque vous aurez fait vos choix de régime de garanties, aucun changement ne pourra être effectué avant la prochaine période d'adhésion, à moins d'un changement à la suite d'un événement de la vie.

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du régime;
- la date à laquelle vous répondez à tous les critères d'admissibilité; ou
- la date à laquelle Croix Bleue approuve votre preuve d'assurabilité, s'il y a lieu.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle vous êtes de nouveau effectivement au travail.

Personnes à charge

La couverture de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve leur preuve d'assurabilité, s'il y a lieu; ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si :
 - elles étaient couvertes en vertu du contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du régime; ou
 - l'enfant est né pendant que cette couverture est en vigueur; l'enfant est couvert dès sa naissance, ou en ce qui concerne la Garantie Vie, au moment spécifié dans la Garantie Vie des personnes à charge du Sommaire des garanties (s'il y a lieu).

Conseil pratique

Contrat antérieur désigne un régime d'assurance collective qui fournissait une couverture à vous et à vos personnes à charge et qui s'est terminé dans les 31 jours de la date d'entrée en vigueur du présent régime collectif.

Qu'advient-il de ma couverture durant une absence du travail?

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter de la période maximale pour laquelle votre couverture sera maintenue.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail pour une période de temps prolongée en raison d'un accident ou d'une maladie et êtes incapable d'accomplir les tâches de votre travail, et que vous recevez des prestations d'invalidité, la couverture pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires se poursuivra pour un maximum de 24 mois à partir de la date de l'invalidité.

L'extension de ces prestations se terminera lors du rétablissement de l'invalidité, à la fin des prestations d'invalidité ou à la fin de l'emploi, selon la première de ces éventualités.

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, vous pouvez choisir entre le maintien ou le non-maintien de toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Votre décision de maintenir ou de ne pas maintenir votre couverture doit être faite avant votre congé et vous ne pouvez pas revenir sur cette décision à une date ultérieure. Si vous décidez de maintenir votre couverture, vous devez continuer à payer vos primes (s'il y a lieu) pour toute la durée de l'absence.

Si vous êtes un assuré du Québec, vous devez au moins maintenir la Garantie Médicaments, sauf si vous avez une couverture médicaments en vertu d'un autre régime collectif.

Mise à pied temporaire – Congé autorisé – Suspension disciplinaire – Grève ou lockout

Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Quand ma couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le régime se termine;
- la date à laquelle vous ne répondez plus à un ou plusieurs critères d'admissibilité;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous (ou votre conjoint dans le cas de la Garantie Vie facultative, s'il y a lieu) atteignez l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite auprès de l'employeur, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date de votre décès;
- le jour où vous ou vos personnes à charge commettez un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue ou du promoteur du régime; ou
- la date à laquelle le promoteur du régime est en défaut de paiement des primes.

La couverture de vos personnes à charge cesse à la date à laquelle votre couverture se termine.

Aucune protection ne s'applique pour vous ou vos personnes à charge alors que vous exercez vos fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Que se passe-t-il lorsque votre couverture prend fin?

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsque la couverture de certaines de vos garanties prend fin, vous et vos personnes à charge avez le droit de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, pourvu que vous satisfassiez à certaines exigences.

Le libellé de la garantie indique si ce droit de transformation s'applique à une garantie particulière.

Lorsque la transformation est offerte, les conditions suivantes s'appliquent :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée sous le libellé Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.

Prolongation pour les survivants

Advenant votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes pour certaines garanties, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties.

La couverture de vos personnes à charge en vertu de la prolongation pour les survivants se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le régime collectif se termine;
- la date à laquelle la période maximale est atteinte, telle que mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vos personnes à charge adhèrent à une couverture similaire en vertu d'un autre régime; ou
- la date à laquelle vos personnes à charge ne répondent plus aux critères d'admissibilité (pour des raisons autres que votre décès).

Et si j'ai une couverture ailleurs?

À l'exception des prestations versées en vertu de la garantie Voyage (voir la section Voyage de la présente brochure), Croix Bleue coordonne votre couverture collective avec les autres régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est offerte. Le processus de coordination des prestations vous assure de profiter au maximum de votre couverture et de recevoir un remboursement pour vos frais admissibles pouvant atteindre 100 %.

Couverture en vertu d'un régime gouvernemental de soins de santé

Croix Bleue ne couvre pas les services ou les fournitures de soins de santé admissibles en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé ou administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur gouvernementaux. Croix Bleue prend seulement en considération les frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé.

Conseil pratique

L'avantage d'exercer votre droit de transformation est qu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.

Conseil pratique

Les primes pour les garanties converties sont généralement plus élevées que les primes pour les garanties collectives présentement payées.

Plutôt que de transformer votre couverture collective, vous pouvez également opter pour une couverture individuelle. Vous aurez alors à fournir une preuve d'assurabilité.

Conseil pratique

Croix Bleue vous aidera à vous guider vers les programmes gouvernementaux existants, lorsque possible.

Autres régimes de soins de santé

Profitez-vous des autres régimes qui vous sont offerts? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez être privé d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % des frais admissibles.

Croix Bleue coordonne les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Voici les règles générales qui s'appliquent :

Frais engagés pour vous :

- Vous devez d'abord soumettre les frais engagés au présent régime (pour lequel vous êtes couvert en tant qu'adhérent). Le montant non remboursé par le présent régime (s'il y a lieu) peut être soumis à un autre régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant que personne à charge (par exemple, le régime de votre conjoint).
- Si vous êtes couvert en tant qu'adhérent en vertu de plus d'un régime collectif, le régime qui vous couvre depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Frais engagés pour votre conjoint :

- Votre conjoint doit d'abord soumettre les frais engagés pour lui à son propre régime collectif (s'il y a lieu). Le montant non remboursé par son régime (s'il y a lieu) peut être soumis au présent régime.

Frais engagés pour votre enfant :

- Lorsqu'un enfant est couvert en tant que personne à charge en vertu de votre régime et de celui de votre conjoint, vous devez soumettre ses demandes de règlement au régime du parent qui a son anniversaire le plus tôt dans l'année.
- En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent où l'enfant réside (le régime du parent qui a la garde de l'enfant) est le premier payeur.



Conseil pratique

Les autres régimes pouvant être assujettis à la coordination des prestations incluent toute forme de régime collectif, individuel, familial, assurance des débiteurs et des épargnants qui prévoit des prestations pour des traitements, des services et des articles médicaux.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la coordination des prestations (y compris des exemples), visitez notre site Internet.

Garantie Vie de l'adhérent

Objet de la garantie

Si un adhérent décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée à l'adhérent si :

- l'adhérent en fait la demande écrite à Croix Bleue;
- le médecin traitant de l'adhérent a présenté à Croix Bleue un certificat médical jugé satisfaisant par cette dernière, selon lequel l'adhérent souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les 12 mois suivant la date de la demande de paiement anticipé; et
- l'adhérent est âgé de moins de 65 ans.

Une prestation de décès anticipée ne peut être supérieure à 50 % de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de la demande de paiement anticipé ou 50 000 \$, selon le plus petit de ces montants. Cette prestation est versée en une somme globale qui est déduite du montant de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent. Le reste de la prestation est versé au bénéficiaire au décès de l'adhérent.

L'adhérent est admissible à une seule prestation de décès anticipée, à vie.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire. Dans le cas du paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale, la prestation est versée directement à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à ou avant l'âge de 65 ans, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique, sans excéder l'âge de 65 ans.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Garantie Vie de l'adhérent

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de la protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie des personnes à charge

Objet de la garantie

Si une personne à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à l'adhérent le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Versement de la prestation

Toute prestation est payable à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si sa Garantie Vie des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la fin de la Garantie Vie de l'adhérent pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle; ou
- le conjoint ou l'enfant n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant de la protection de la police individuelle des personnes à charge ne peut être :
 - supérieur au montant de protection de la Garantie Vie des personnes à charge en vigueur à la date de la fin de la garantie; ou
 - inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi, ou à 5 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie facultative

Objet de la garantie

La présente garantie offre des montants d'assurance vie supplémentaires à ceux offerts en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent et de la Garantie Vie des personnes à charge (s'il y a lieu).

Si un adhérent ou l'une de ses personnes à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue paie le montant de la Garantie Vie facultative en vigueur pour l'assuré au moment du décès, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Admissibilité

Pour être admissibles à la présente garantie, l'adhérent et ses personnes à charge doivent présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie Vie facultative choisi par l'adhérent ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie ou de celui de ses personnes à charge. Cependant, une telle augmentation de la protection ne sera accordée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée directement à son bénéficiaire. Dans le cas où une personne à charge décède, la prestation est versée à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Exclusions et restrictions

Si le décès de l'adhérent ou d'une personne à charge résulte d'un suicide, que la personne ait été saine d'esprit ou non, et qu'un montant de Garantie Vie facultative était en vigueur depuis moins de 24 mois consécutifs, ce montant n'est pas payable et se limite au remboursement des primes perçues.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie facultative de l'adhérent prend fin à ou avant l'âge de 65 ans en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Un conjoint a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si la Garantie Vie facultative des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle; ou
- le conjoint n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise à l'adhérent est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie de l'adhérent et du montant Vie facultative de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent; ou
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle émise à l'adhérent ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 10 000 \$ pour les résidents du Québec; ou
- le montant de la protection de la police individuelle émise aux personnes à charge ne peut être supérieur au montant de la Garantie Vie facultative des personnes à charge et inférieur à 5 000 \$ dans le cas des résidents du Québec.

Objet de la garantie

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent perd la vie, tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant spécifié dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent est couvert en vertu de la présente garantie; et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Un adhérent est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si son décès est causé par une noyade accidentelle.

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties, et tel que décrit dans le tableau ci-dessous :

Perte	Pourcentage de la protection
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémiplégie	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit survenir dans les 30 jours suivant l'accident et il doit persister sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent est dans le coma ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition et disparition

Si un adhérent est inévitablement exposé aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Un adhérent est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si :

- l'adhérent disparaît en raison de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition d'un véhicule; et
- son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'accident (sauf s'il y a des preuves du contraire qui suggèrent que l'adhérent est toujours en vie).

Retour de la dépouille

Si des prestations sont payables pour une perte de la vie qui se produit à une distance d'au moins 150 kilomètres de la résidence de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais engagés pour :

- la préparation de la dépouille en vue de l'enterrement ou de l'incinération; et
- les frais de transport de la dépouille au lieu de l'enterrement ou de l'incinération, ou les frais d'enterrement ou d'incinération à l'endroit même du décès.

La prestation maximale pour tous les frais couverts en vertu de cette clause est de 10 000 \$. Les montants payables sont versés à la personne qui, de l'avis de Croix Bleue, semble avoir droit à la prestation, en raison du fait qu'elle a engagé des frais mentionnés ci-dessus.

À la réception d'une preuve écrite des frais prévus, Croix Bleue peut également faire un paiement anticipé, à condition que le promoteur du régime confirme à Croix Bleue :

- le nom de l'adhérent, la date et la cause du décès; et
- que l'adhérent était admissible à la présente garantie à la date de son décès.

Exclusion : le coût du cercueil.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à un adhérent en raison d'une perte, Croix Bleue paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident; et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie; ou
 - afin de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Formation professionnelle du conjoint

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par son conjoint pour un programme de formation, à condition que :

- le conjoint prenne part au programme dans le but d'entrer sur le marché du travail dans un emploi pour lequel il n'aurait pas été qualifié autrement; et
- les frais soient engagés dans les 3 ans suivant le décès de l'adhérent.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Frais d'études pour les enfants

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais de scolarité ainsi que les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés pour chaque enfant inscrit dans une institution d'éducation postsecondaire, à condition que l'inscription soit :

- à temps plein; et
- en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou qu'elle ait lieu dans les 365 jours suivant son décès.

Le maximum payable par enfant est le moindre parmi les montants suivants :

- 5 % du montant de la protection de l'adhérent mentionné dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles réellement engagés; ou
- 5 000 \$ pour chaque année d'études postsecondaires à temps plein, jusqu'à un maximum de 5 années ou jusqu'au 25^e anniversaire de naissance de l'enfant, selon la première éventualité.

Payable sous forme de versements annuels, le montant est versé à l'enfant (s'il a 18 ans et plus) ou au parent survivant ou au tuteur légal de l'enfant (si l'enfant a moins de 18 ans).

Chaque versement se fait à la réception, par Croix Bleue, d'une preuve écrite de l'inscription et des frais engagés.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement, de logement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si un adhérent est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma; ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours.

Croix Bleue paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent est hospitalisé.

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport; ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

En cas de perte de la vie, Croix Bleue verse la prestation directement au bénéficiaire de l'adhérent. Pour toute autre perte ou tout coma, la prestation est versée à l'adhérent.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident, ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

Croix Bleue verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la perte.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- b) suicide, tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
- c) absorption volontaire de poison ou de drogue;
- d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
- e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;
- g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation mensuelle mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Durée maximale des prestations : La durée maximale pendant laquelle Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Si l'invalidité totale n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés pour atteindre le délai de carence, à condition :

- que la protection demeure en vigueur pendant la totalité de la période d'accumulation du délai de carence;
- qu'il n'y ait pas d'interruption de l'invalidité totale qui dure plus de 30 jours;
- que les invalidités successives soient causées par les mêmes causes ou des causes reliées; et
- que le délai de carence soit complété à l'intérieur d'une période de 1 an.

Revenu net : Le revenu de l'adhérent moins les impôts sur le revenu et les cotisations au Régime de pensions du Canada, au Régime de rentes du Québec, à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant le délai de carence et la durée de la Notion de propre emploi (mentionnée dans le Sommaire des garanties) qui suit immédiatement le délai de carence, l'adhérent est totalement invalide aux fins de la présente garantie si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre emploi, en raison d'une maladie ou d'un accident.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité; et
- qu'il est raisonnablement apte à exercer, ou pourrait le devenir, en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

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

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.



Conseil pratique

Si vous avez effectué des **tâches de travail modifiées** pendant au moins 6 mois avant de faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ces tâches de travail modifiées constitueront votre propre emploi aux fins de l'évaluation de l'invalidité.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque mois, pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

La prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation mensuelle en suivant les 3 étapes suivantes :

Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation mensuelle (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties).

Étape 2. Croix Bleue soustrait du montant de prestation mensuelle tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :

- a) le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada;
- b) toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
- c) tout régime d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- d) la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC); ou
- e) toute loi fédérale ou provinciale.

Étape 3. Lorsque la prestation d'invalidité de longue durée calculée à l'étape 2 et les autres sources de revenus figurant ci-dessous, s'il y a lieu, dépassent le Maximum provenant de toutes sources mentionné dans le Sommaire des garanties, la prestation d'invalidité de longue durée est de nouveau réduite, si nécessaire, afin que le total de tous les montants reçus ne dépasse pas le pourcentage du Maximum provenant de toutes sources.

Les autres sources de revenus désignent :

- a) tous les montants payables à l'adhérent en raison de cette invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu des régimes suivants :
 - i. tout régime d'avantages sociaux offert par l'employeur, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu;
 - ii. tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association; ou
 - iii. tout régime d'avantages sociaux mis en place conformément à toute loi provinciale ou fédérale, incluant les régimes mentionnés à l'étape 2; et
- b) tout montant payable à l'adhérent en vertu de tout régime de retraite financé entièrement ou partiellement par l'employeur, y compris le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada si l'adhérent a demandé sa rente de retraite après la date à laquelle son invalidité a débuté.

En ce qui concerne les montants calculés à l'étape 2 et à l'étape 3 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas inclus;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des montants auxquels l'adhérent est admissible, Croix Bleue peut réduire les prestations de ces montants, même si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants;
- Croix Bleue peut estimer les revenus qui sont en attente d'attribution;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes à ces revenus en raison des ajustements au coût de la vie; et



Conseil pratique

Le montant de prestations d'invalidité de longue durée que vous recevez, ajouté à tout autre revenu d'invalidité auquel vous êtes admissible, ne peut dépasser le Maximum provenant de toutes sources figurant dans le Sommaire des garanties.

Garantie Invalidité de longue durée

- lorsqu'une indemnité est versée sous forme de somme globale plutôt que par versements mensuels, Croix Bleue inclut dans ses calculs le montant obtenu en divisant cette somme globale par :
 - le nombre de versements mensuels que représente la somme globale, s'il est connu de Croix Bleue; ou
 - 60, si Croix Bleue ne connaît pas ce nombre de mois.

Prolongation pour les survivants

Lorsque le Sommaire des garanties mentionne une prolongation pour les survivants et que l'adhérent décède alors qu'il reçoit des prestations d'invalidité de longue durée, Croix Bleue versera au bénéficiaire désigné par l'adhérent la somme globale mentionnée au Sommaire des garanties.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- l'adhérent atteint l'âge de la Fin de la garantie mentionné dans le Sommaire des garanties;
- la Durée maximale des prestations est atteinte;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation, emploi ou bénévolat, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence.

Dans le cas où le délai précité de 90 jours n'est pas respecté pour une raison qui, de l'avis de Croix Bleue, est non justifiée, le délai de carence commence à courir à la date de réception par Croix Bleue de tous les documents pertinents établissant la preuve de l'invalidité.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de longue durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte de mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 6 mois du retour au travail, selon l'horaire normal de travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement, des mesures diagnostiques ou une médication prescrite;
- un travail à temps plein, un travail à temps partiel ou du bénévolat effectués par l'adhérent, que celui-ci reçoive ou non un salaire ou une rémunération; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations mensuelles sont réduites de 50 % de la rémunération reçue par l'adhérent d'un tel programme et sont réduites de nouveau, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - d) soins médicaux et traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.

2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
- a) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé, lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - b) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - c) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Conditions préexistantes

Une condition préexistante est définie comme étant toute maladie ou blessure pour laquelle, au cours des 3 mois précédant immédiatement la date d'effet à son égard de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent régime ou du contrat antérieur), l'adhérent :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques.

Lorsque le Sommaire des garanties mentionne que la clause Conditions préexistantes s'applique, les prestations ne sont pas payables si l'invalidité totale résulte d'une condition préexistante, à moins que :

- l'invalidité totale survienne au moins 12 mois après la date à laquelle l'adhérent est devenu couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent régime ou du contrat antérieur);
ou
- au cours d'une période de 6 mois se situant pendant la période de 15 mois commençant 3 mois avant la date d'effet à son égard de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent régime ou du contrat antérieur) et se terminant 12 mois après cette date, l'adhérent :
 - n'a pas eu une consultation médicale;
 - ne s'est pas vu prescrire ou n'a pas pris de médicaments; ou
 - n'a pas reçu de traitement, incluant des mesures diagnostiques pour cette condition.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN) ou un numéro de produit naturel (NPN) au Canada;
- essentiel au maintien de la vie, selon Croix Bleue, ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent les mêmes ingrédients actifs; et
- ont la même voie d'administration.

Médicament essentiel au maintien de la vie : Un médicament admissible qui ne requiert pas une ordonnance en vertu de la loi, mais que Croix Bleue détermine comme essentiel à la survie de l'assuré. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation spéciale; ou
 - une coordination avec les programmes d'aide aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure :

- les fournitures pour diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC), ainsi que les fournitures pour pompe à insuline;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur la liste suivante de médicaments :
 - **Liste régulière** : La liste de tous les médicaments essentiels au maintien de la vie, ainsi que la liste des médicaments admissibles qui ne peuvent légalement être obtenus que sur ordonnance. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Autorisation spéciale

Certains médicaments admissibles déterminés par Croix Bleue nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

En quoi le programme d'autorisation spéciale concerne-t-il ma demande de règlement?

La première fois que vous présentez une ordonnance pour un médicament admissible figurant sur la liste d'autorisation spéciale, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation spéciale.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de votre employeur ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus près ou sur notre site Internet. Vous devez remplir la section du patient sur le formulaire et votre médecin doit remplir et signer la portion restante. Vous devez ensuite poster votre formulaire rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.

Votre demande d'autorisation sera examinée en toute confidentialité par un professionnel de la santé, conformément aux critères de remboursement établis. Lorsque toutes les informations nécessaires sont reçues par Croix Bleue, le délai de traitement habituel pour les décisions d'autorisation spéciale est de 7 à 10 jours ouvrables.

Vous recevrez par écrit la décision concernant votre demande d'autorisation spéciale. Si votre demande est approuvée, la confirmation inclura la date d'effet et la durée de votre approbation.

Tous les frais nécessaires pour remplir le formulaire ou pour obtenir des informations médicales supplémentaires sont votre responsabilité.



Conseil pratique

Votre régime collectif vous offre un accès immédiat à la plupart des médicaments admissibles.

Certains médicaments admissibles requièrent une autorisation spéciale avant que votre ordonnance ne soit couverte.



Conseil pratique

Pour imprimer une copie de notre formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicament sur ordonnance, visitez notre site Internet.

Clause de substitution par un médicament moins coûteux

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

L'assuré peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du régime.

Remboursement : Au moment de l'achat chez un fournisseur approuvé, l'assuré doit s'acquitter du coût total de l'ordonnance. À la réception d'une preuve de paiement, Croix Bleue rembourse les frais admissibles.

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin de vérifier son admissibilité. L'assuré paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.



Conseil pratique

Un médicament générique et son équivalent de marque sont considérés comme des médicaments interchangeables. Santé Canada impose, pour les médicaments génériques, les mêmes standards et tests que ceux qui sont exigés pour les médicaments de marque. Les médicaments génériques sont efficaces et sécuritaires, tout en étant moins coûteux.



Conseil pratique

Si votre régime comporte un mode de paiement direct ou de paiement différé, demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas déboursier un montant plus élevé que nécessaire.

Paiement différé : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin d'en vérifier l'admissibilité et l'assuré paie le coût total de l'ordonnance au fournisseur approuvé. Croix Bleue rembourse à l'assuré la portion de la demande de règlement qui est couverte par cette garantie, et ce, après l'atteinte d'un certain montant ou après qu'une certaine période de temps se soit écoulée.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été remboursé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) injections sclérosantes;
- b) antihistaminiques et sérums contre les allergies;
- c) auxiliaires antitabagiques;
- d) vaccins;
- e) vitamines;
- f) médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
- g) produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels et alimentaires;
- h) médicaments de fertilité;
- i) médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile;
- j) stimulants pour la pousse des cheveux;
- k) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- l) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
- m) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- n) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- o) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- p) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture; et
- q) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du régime, le cas échéant.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent qui n'est pas un assuré du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Conseil pratique

Lorsque vous payez les frais demandés en totalité et que vous soumettez ensuite vos demandes aux fins de remboursement, vous pourriez être surpris de devoir déboursier un plus gros montant, car votre pharmacien pourrait vous facturer davantage que le montant maximum permis par le système de Croix Bleue.

Conseil pratique

Comparez le prix des différents fournisseurs et trouvez le prix le plus avantageux pour vos médicaments d'ordonnance.

Pour une même ordonnance, le prix peut varier selon la pharmacie, même parmi les magasins d'une même bannière.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance-médicaments

Le régime doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance-médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles et les médicaments d'exception.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses personnes à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses personnes à charge.

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré atteint l'âge de 65 ans, il doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ afin de continuer sa couverture en vertu de la présente garantie; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'accepter la couverture du régime public est irrévocable.

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie.

Exception : s'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la présente garantie offre une couverture complémentaire au régime public de la RAMQ, les frais suivants sont admissibles :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Si l'adhérent choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout assuré du Québec âgé de 65 ans et plus.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale; ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit en vertu de la loi provinciale sur l'hospitalisation et être admissible aux paiements en vertu de cette loi;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24; et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les centres d'accueil, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.



Conseil pratique

Avantage Bleu[®] offre des rabais aux assurés de Croix Bleue pour les soins médicaux et les soins de la vue, et pour de nombreux autres produits et services offerts par des fournisseurs participants à travers le Canada.

Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez

Avantage Bleu[®] à tout fournisseur participant avant d'effectuer votre transaction.

Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles Termes-clés de la présente brochure.

Hospitalisation

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique dans les 14 jours suivant son congé de l'hôpital où il recevait des soins actifs.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Fournitures et services médicaux

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés, en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Exclusion : les frais pour les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux activités de la vie quotidienne.



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins infirmiers, vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue en appelant le numéro sans frais indiqué sur votre carte d'identification Croix Bleue.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence; et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une recommandation médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent régime);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital; et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical : Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions, et la rampe extérieure pour fauteuil roulant;
- lit d'hôpital standard, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, vibromasseur et pompe à succion;
- ventilateur sous pression positive intermittente, ventilateur, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), respirateurs et autres moniteurs de respirations (y compris les fournitures);
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

L'achat d'équipement médical nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, l'équipement médical est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de cet équipement. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement semblable est limité à une fois par période de 5 années contractuelles consécutives, à moins d'indication contraire dans le Sommaire des garanties.

Deux pièces d'équipement sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration, assurer la mobilité ou distribuer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air.

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien et de collets cervicaux.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 \$ s'applique pour les membres myoélectriques;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins ou des fournitures, demandez à votre professionnel de la santé s'il fait partie des fournisseurs approuvés par Croix Bleue, pour ainsi vous éviter des dépenses inattendues.



Conseil pratique

Vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue avant l'achat d'équipement médical ou de prothèses pour éviter la surprise de devoir déboursier un montant important.

Garantie Soins de santé complémentaires

- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 200 \$ par 24 mois consécutifs, y compris le remplacement, les réparations et les ajustements; et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 300 \$ à vie.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année contractuelle.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine); et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Appareils pour diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, un moniteur de mesure du glucose en continu ou un système de dosage de l'insuline, ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Les pompes à insuline sont admissibles dans la catégorie Équipement médical.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives lorsque prescrites par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exception : pour un enfant de moins de 21 ans qui a besoin d'une prothèse auditive pour chaque oreille, le Maximum mentionné dans le Sommaire des garanties est par oreille.

Exclusion : les frais pour les piles et les examens de l'audition.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure :

Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation :

- de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes; ou
- de chaussures profondes.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la couverture des chaussures orthopédiques ou des orthèses plantaires, visitez notre site Internet.
www.medavie.croixbleue.ca/misesajourgaranties

Garantie Soins de santé complémentaires

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :

- analyses de laboratoire; et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)). Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré en interdit le remboursement.

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année contractuelle;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année contractuelle;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année contractuelle;
- vêtements de compression graduée, jusqu'au maximum mentionné dans le Sommaire des garanties;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- tube d'espacement, jusqu'à concurrence de 1 par année contractuelle;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par 12 mois consécutifs;
- bouchons d'oreille jusqu'à concurrence d'une paire par 24 mois consécutifs; et
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 700 \$ à vie.

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine, si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place; et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur;
- débuter dans les 180 jours suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation et approuvé à l'intérieur de cette période; et
- avoir été reçu et exécuté dans les 12 mois suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.



Conseil pratique

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant. Les frais pour les implants et les services reliés aux implants qui ne sont pas admissibles en vertu de cette garantie.

Soins de la vue

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs; et
- la chirurgie oculaire au laser.

Verres, montures, verres de contact et lentilles intraoculaires implantés lors d'une chirurgie de la cataracte : Les frais pour les produits et services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :

- les lunettes correctrices (monture et verres), verres de contact; ou
- les lentilles intraoculaires implantées à la suite d'une chirurgie de la cataracte.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

Le remboursement des frais admissibles est calculé de la façon suivante :

- Étape 1. Croix Bleue applique tout maximum usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante. Les frais admissibles correspondent au moindre entre le coût réel et les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante pour le service ou la fourniture;
- Étape 2. Croix Bleue soustrait la franchise (s'il y a lieu);
- Étape 3. le pourcentage de remboursement s'applique au restant des frais admissibles;
- Étape 4. le résultat est le montant payable par Croix Bleue, sous réserve de tout maximum applicable.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou

- iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais de stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du régime, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- n) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - ii. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - iii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue. Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

Exception : Lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps :

- dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où le traitement est rendu, ou
- dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime,

chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs pour le service nécessitant les frais de laboratoire;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure.



Conseil pratique

Croix Bleue paie jusqu'à concurrence du montant figurant dans le guide des tarifs indiqué dans le Sommaire des garanties.

Avant de commencer votre traitement, demandez à votre dentiste s'il base ses tarifs sur le guide des tarifs de sa province.



Conseil pratique

Vous êtes responsable de payer tous les frais excédant le guide des tarifs figurant dans le Sommaire des garanties. Il est important d'en tenir compte, car cela peut influencer directement ce que vous déboursez de votre poche.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années contractuelles;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence, jusqu'à concurrence de 2 par fournisseur par 12 mois consécutifs; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence de 2 par fournisseur par 12 mois consécutifs.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète et pellicule panoramique, jusqu'à un maximum combiné de 1 par 36 mois consécutifs;
- Intra-orales :
 - périapicales et interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par 9 mois consécutifs; et
 - occlusales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année contractuelle;
- Sialographies; et
- Substances radio-opaques.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- Culture microbiologique;
- Biopsie des tissus buccaux mous;
- Biopsie des tissus buccaux durs; et
- Examen cytologique.

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents;
- Traitement au fluorure;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 15 ans seulement);
- Protecteur buccal; et
- Détartrage.

Appareils de maintien : pour les assurés de moins de 18 ans seulement.

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate (pour les assurés de 3 à 10 ans seulement); et
- Coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal jusqu'à concurrence de 1 par dent par 36 mois consécutifs;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents devitalisées seulement); et
- Apexification.

Conseil pratique

Lorsqu'un traitement dentaire est requis à la suite d'un accident, il devient admissible dans les frais de soins de santé complémentaires, plutôt que dans la présente garantie.

Conseil pratique

Détartrage désigne l'enlèvement de la plaque, du calcul et des taches sur les dents.

Conseil pratique

Restaurations (plombage) désignent le matériel dentaire utilisé pour restaurer la fonction et l'intégrité d'une dent.

Conseil pratique

Endodontie désigne les soins relatifs aux traitements de canal et aux tissus entourant la racine des dents.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontaire;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année contractuelle;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités par 12 mois consécutifs;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 pour la mâchoire supérieure et 1 pour la mâchoire inférieure par 36 mois consécutifs;
- Ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année contractuelle; et
- Autres services parodontaires complémentaires.



Conseil pratique

Parodontie désigne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de gencive.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence de 1 pour la mâchoire supérieure et 1 pour la mâchoire inférieure par 36 mois consécutifs; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- Ablation de dents et de racines;
- Exposition et déplacement chirurgical de dents;
- Incision, ablation et drainage des tumeurs ou des kystes;
- Frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- Ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- Soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie);
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspidés; et
- Couronnes : Frais pour les restaurations individuelles seulement (autres que les restaurations en acier préfabriqué et en polycarbonate) pour les dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique.

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années contractuelles.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Corps coulé;
- Pivot préfabriqué;
- Recimentation d'incrustation ou de couronne; et
- Ablation d'incrustation ou de couronne.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années contractuelles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années contractuelles;
- Implants, si mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- Si indiquées dans le Sommaire des garanties, restaurations sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années contractuelles;
- Services reliés aux implants, si les implants sont couverts;
- Construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial; et
- Remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.

Soins orthodontiques

Frais engagés pour les services suivants :

- Examens orthodontiques;
- Modèles de diagnostic orthodontiques non montés;
- Appareils amovibles pour repositionner les dents;
- Appareils fixes ou cimentés (appareils orthodontiques);
- Appareils de contrôle des habitudes buccales;
- Appareils de rétention; et
- Traitement complet majeur.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré. Ce dernier doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé; ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 500 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.



Conseil pratique

Prothèses dentaires désignent le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le maintien des fonctions, du confort, de l'apparence et de la santé buccale, pour les patients aux prises avec des conditions associées à des dents manquantes ou déficientes.



Conseil pratique

Soins orthodontiques désignent le traitement pour la correction des malpositions dentaires et des déformations maxillaires.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.

Remboursement pour les soins orthodontiques

Les soins orthodontiques sont remboursés de la façon suivante :

- au moment où l'assuré effectue son paiement pour les soins orthodontiques, Croix Bleue rembourse le moindre entre :
 - le paiement initial effectué par l'assuré; ou
 - la moitié du montant total des frais admissibles en lien avec le traitement; et
- le solde du montant total des frais admissibles est divisé par le nombre de mois de traitement restant et est alors remboursé en versements mensuels égaux pour la durée du traitement.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit;
 - ii. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - iii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent régime, le cas échéant;
- l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspides sont utilisés à cette fin;
- m) 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 de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) facettes;
- o) implants et services qui y sont reliés;
- p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
- q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, l'assuré n'a pas :

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition ou à une condition connexe;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou reçu des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- 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);
- été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- 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.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie
- les remboursements pour la présente garantie sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime (lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel que mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).



Conseil pratique

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez.

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du régime. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Garantie Voyage

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement. Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

Garantie Médico-hospitalière d'urgence et Patients dirigés hors Canada : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré doit faire parvenir sa preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis; ou
- f) les dépenses ont été engagées en raison :
 - i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit; ou
 - v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës;
ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- f) tous frais reliés à toute condition préexistante, telle que définie ci-dessous.

Condition préexistante : Une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Personne à charge de l'ARC : Conformément à la définition de l'Agence de revenu du Canada (ARC), un membre de votre famille qui dépend financièrement de vous, tels que vos parents, vos grands-parents ou vos petits-enfants.

Délai de grâce – Report des crédits : La période de temps commençant à la fin de l'année du CGS et à l'intérieur de laquelle les demandes de règlement doivent être soumises à Croix Bleue. Ce délai de grâce est indiqué dans le Sommaire des garanties.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles selon les lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada. Les frais admissibles comprennent les franchises, les quotes-parts, les montants excédant le maximum des garanties, ainsi que les frais qui ne sont pas couverts par tout autre régime applicable : régime collectif, régime individuel, régime gouvernemental de soins de santé ou tout régime privé.

Crédits du CGS

En vertu d'un CGS, vous avez accès à un montant prédéterminé de crédits de CGS. Ces crédits représentent la valeur allouée au CGS pour une année du CGS donnée (indiquée dans le Sommaire des garanties).

Les crédits du CGS vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

Les crédits non utilisés du CGS ne peuvent en aucun cas être versés en espèces.

Ces crédits servent à rembourser les frais de santé et de soins dentaires et peuvent également être utilisés pour enrichir des garanties existantes. Par exemple, ils peuvent être utilisés pour couvrir les franchises, les quotes-parts ou les montants excédant les maximums des garanties.

Frais admissibles fréquents			
Soins auxiliaires (requièrent une attestation de la nécessité par un médecin)	<ul style="list-style-type: none"> Services offerts à la maison, dans une résidence pour personnes âgées, une maison de santé ou un foyer de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> Les frais engagés pour les services suivants sont inclus : <ul style="list-style-type: none"> Préposés aux soins Infirmier autorisé 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de relève Préparation des repas Entretien ménager Services de buanderie
Soins dentaires (excluant le blanchiment des dents et les facettes à des fins esthétiques)	<ul style="list-style-type: none"> Services de diagnostic (radiographies) Prothèses dentaires Orthodontie 	<ul style="list-style-type: none"> Soins préventifs, tels que : <ul style="list-style-type: none"> Examens de rappel Polissage Application de fluorure 	
Services de diagnostic*	<ul style="list-style-type: none"> Analyses de laboratoire, tests radiologiques et tomographies à des fins de diagnostic 		
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments nécessitant une ordonnance ou fournis par un pharmacien, un médecin ou un professionnel de la santé* 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments de fertilité Vaccins contre la grippe Insuline* Extrait de foie (injection)* 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments pour cesser de fumer* Vaccins Injections de vitamine B12*
Soins en établissement (excluant la location de télévision et les frais de téléphone)	<ul style="list-style-type: none"> Maison de convalescence Hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Maison de santé Établissement psychiatrique Centre de désintoxication 	
Appareils et services médicaux*	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs (requis en raison d'un malaise, d'une maladie ou d'un trouble chronique grave) Membres artificiels ou prothèses oculaires Frais de transfusion sanguine Prothèses mammaires Implants cochléaires Béquilles Fournitures pour diabétiques 	<ul style="list-style-type: none"> Instruments électroniques de guérison osseuse Synthétiseurs électroniques de la parole Appareils auditifs Moniteurs cardiaques Aiguilles et seringues Fournitures pour personnes stomisées Équipement pour l'administration d'oxygène Honoraires de médecin 	<ul style="list-style-type: none"> Prothèses Réparations des appareils admissibles au CGS Appareils respiratoires Triporteurs Bandages herniaires Aides à la marche Fauteuils roulants (excluant les accessoires)
Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Acupuncteur Thérapeute du sport Audiologiste Podologue/Podiatre Chiropraticien Hygiéniste dentaire Dentiste 	<ul style="list-style-type: none"> Diététiste Homéopathe Massothérapeute** Naturopathe Ergothérapeute Ostéopathe Préposé aux soins* 	<ul style="list-style-type: none"> Physiothérapeute Psychiatre Psychologue Infirmier autorisé Travailleur social Orthophoniste
Services de transport pour des raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> Services ambulanciers Frais liés à une greffe de moelle osseuse (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas 	<ul style="list-style-type: none"> Frais de transport et de repas, lorsque le transport du patient est requis (et pour un accompagnateur, si nécessaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Frais liés aux dons d'organe (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas
Divers	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes de santé et de soins dentaires (assurance privée) 	<ul style="list-style-type: none"> Rénovation domiciliaire ou transformation d'un véhicule, en raison d'une invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> Frais divers liés à un chien-guide pour aveugle
Thérapie (réhabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> Lecture labiale 	<ul style="list-style-type: none"> Langage gestuel 	
Soins de la vue	<ul style="list-style-type: none"> Verres de contact Examens de la vue 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie oculaire au laser 	<ul style="list-style-type: none"> Verres de prescription et montures

*Ordonnance requise

**Pour les massages thérapeutiques seulement

Exclusions et restrictions

Les frais suivants sont des exemples de ce qui n'est pas couvert :

Frais non admissibles fréquents			
Frais d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> Frais d'adoption 		
Traitements esthétiques (visant strictement l'amélioration de l'apparence)	<ul style="list-style-type: none"> Augmentations Injections de botox Liposuccion 	<ul style="list-style-type: none"> Traitements et produits de remplacement des cheveux (ex. prothèses et rallonges capillaires) Maquillage Écran solaire 	<ul style="list-style-type: none"> Épilation au laser Enlèvement de tatouage Blanchiment des dents
Produits cosmétiques et d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Solutions pour verres de contact Lotions et crèmes 	<ul style="list-style-type: none"> Maquillage Écran solaire 	<ul style="list-style-type: none"> Dentifrice
Suppléments diététiques	<ul style="list-style-type: none"> Aliments (sauf en cas d'alimentation entérale) 	<ul style="list-style-type: none"> Minéraux et suppléments 	<ul style="list-style-type: none"> Substituts de repas
Massothérapie non thérapeutique	Telle que :	<ul style="list-style-type: none"> Massage aromathérapique 	<ul style="list-style-type: none"> Enveloppements corporels
Frais pour les rendez-vous manqués	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour les rendez-vous manqués 		
Programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour un programme de perte de poids 		
Appareils électroménagers	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs Purificateurs d'air 	<ul style="list-style-type: none"> Déshumidificateurs Ventilateurs 	<ul style="list-style-type: none"> Humidificateurs (sauf si requis pour les machines CPAP)
Spas et saunas	<ul style="list-style-type: none"> Spas 	<ul style="list-style-type: none"> Saunas 	
Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire 		
Médicaments en vente libre	Tels que : <ul style="list-style-type: none"> Régulateur d'acidité Médicaments contre les allergies 	<ul style="list-style-type: none"> Produits contre la toux et le rhume Crèmes et lotions Aides à la digestion 	<ul style="list-style-type: none"> Remèdes à base de plantes Analgésiques Auxiliaires antitabagiques Vitamines
Système d'assistance en cas d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Services d'alerte médicale 	<ul style="list-style-type: none"> Services d'assistance santé 	
Chaussures	<ul style="list-style-type: none"> Ordinaires 	<ul style="list-style-type: none"> Pour le sport 	
Équipement sportif	<ul style="list-style-type: none"> Tapis roulants 		

En plus de cette liste, veuillez vous référer au Sommaire des garanties pour les exclusions spécifiques au CGS, s'il y a lieu.

Versement de la prestation

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne le type d'administration du régime qui s'applique à l'assuré en vertu du présent contrat.

Type de CGS

Report des crédits

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés dans la même année du CGS que celle pour laquelle les crédits ont été alloués.

Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante, mais ils ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés sont perdus.

Pour le traitement des demandes de règlement, les crédits reportés de l'année du CGS précédente sont utilisés en premier, avant les crédits alloués pour l'année du CGS en cours.

Les demandes de règlement doivent être soumises dans l'année du CGS au cours de laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué dans le Sommaire des garanties.

Délai de grâce pour les employés de le CGS a pris fin

Si votre emploi prend fin ou la couverture cesse, vous avez un délai de grâce pour les employés dont le CGS a pris fin (indiqué dans le Sommaire des garanties) à l'intérieur duquel vous pouvez utiliser le solde des crédits. Seuls les frais admissibles engagés avant la cessation de la couverture sont admissibles.

Quelles sont mes responsabilités en vertu du régime?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir des renseignements précis et complets lorsque vous adhérez au régime collectif, contenant également les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires. Vous devez avoir complété la période d'adhésion au régime collectif dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture.

Pour s'assurer que l'information sur votre couverture individuelle ou familiale est tenue à jour, il est important que vous avisiez votre employeur de tout changement dans les 31 jours suivant le changement. Le défaut de le faire peut entraîner l'obligation de fournir une preuve d'assurabilité avant que toute modification à votre statut ne prenne effet. Les changements qui doivent être rapportés à Croix Bleue comprennent :

- ajout/retrait d'une personne à charge;
- mise à jour du statut d'une personne à charge étudiante;
- changement de votre état civil;
- changement de bénéficiaire;
- adhésion aux garanties à l'égard desquelles vous étiez exempté auparavant.

Désignation de votre bénéficiaire

Sauf stipulation relative au bénéficiaire, toutes les prestations vous sont payables.

Prestations de décès

Lors de votre décès, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui que vous avez désigné sur votre demande d'adhésion à la couverture collective. Vous pouvez changer le bénéficiaire en soumettant une demande écrite signée à Croix Bleue.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part qui doit être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si votre bénéficiaire décède avant vous, vous devez désigner un autre bénéficiaire.

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné par écrit votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à vos ayants droit.



Conseil pratique

Il est primordial de tenir à jour votre désignation de bénéficiaire.

Lorsqu'un montant est versé à votre succession, cet argent peut être sujet aux droits des créanciers et aux droits de succession.

Toutefois lorsqu'un bénéficiaire est désigné, cette personne reçoit l'entière prestation non imposée, peu importe les dettes contractées par le défunt.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire disponible auprès de votre employeur ou sur notre site Internet.

Fournir une preuve de sinistre

Vous devez soumettre vos demandes de règlement à l'intérieur des limites de temps applicables indiquées dans chacune des garanties. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme jugée satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires ou que vous vous fassiez examiner par un médecin ou un professionnel de la santé, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

Vous êtes responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du régime

À la résiliation du régime collectif, vous devez soumettre les demandes de règlement à Croix Bleue :

- pour les garanties invalidité, **dans les 6 mois** suivant le début de l'invalidité ou pendant la période allouée par la législation provinciale, si cette période est plus longue;
- pour les garanties Décès et mutilation par accident ou pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent régime collectif; ou
- pour toutes les autres garanties, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du régime.

Recouvrement d'indemnités d'une tierce partie (subrogation)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte reliée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue est en droit d'acquies vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

La fraude en matière de protection-santé est la soumission intentionnelle de renseignements qui sont faux et trompeurs aux fins de gains financiers.

Qu'elle soit commise à petite ou grande échelle, la fraude peut entraîner des pertes financières importantes pour le régime et, par le fait même, entraîner une hausse de primes et une protection moindre. Croix Bleue s'engage à protéger l'intégrité de ses programmes pour ses promoteurs de régimes et ses adhérents en surveillant les activités abusives ou frauduleuses et en prenant des mesures efficaces pour résoudre ces dernières.

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent à un régime collectif, vous pouvez nous aider à éliminer la fraude envers votre régime :

- Conservez en lieu sûr votre carte d'identification, votre numéro de régime, votre numéro d'adhérent et les informations s'y rattachant;
- Examinez attentivement vos reçus de produits et de services pour vous assurer :
 - que vous comprenez les frais facturés; et
 - que les frais correspondent aux services reçus.



Conseil pratique

Votre preuve de sinistre doit être soumise en anglais ou en français. Si la preuve de sinistre initiale est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous êtes responsable de tous les frais reliés à la traduction de cette preuve.



Conseil pratique

Le coût de la fraude en matière de protection santé au Canada est estimé à entre 2 et 12 milliards de dollars annuellement.

Si les frais apparaissant sur votre reçu ne vous semblent pas clairs, demandez au fournisseur de vous les expliquer :

- Examinez attentivement votre relevé d'explication des garanties pour repérer toute divergence entre les services reçus et les services réclamés.
- Ne signez jamais un formulaire de demande de règlement non rempli.
- De temps en temps, nous envoyons un questionnaire de vérification aux adhérents pour fins de confirmation des traitements et des autres informations s'y rattachant. Si vous recevez l'un de ces questionnaires, veuillez le remplir et le retourner rapidement. Cela représente une contribution essentielle à nos efforts pour dissuader la fraude.

Quels sont mes droits en vertu du régime?

Protection des renseignements personnels

Dans le cadre de son administration des régimes, Croix Bleue recueille et conserve des renseignements personnels sur ses assurés et leurs personnes à charge.

Assurer la confidentialité des informations de nos assurés est au cœur de notre vision d'entreprise. Notre personnel prend très au sérieux nos politiques sur la protection de la vie privée, ainsi que la marche à suivre pour assurer la confidentialité.

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Il peut s'agir par exemple du nom, de l'âge, du numéro d'identification, du revenu, des données d'emploi, de l'état civil, du statut des personnes à charge, des dossiers médicaux et de renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels sont nécessaires pour permettre à Croix Bleue de traiter votre demande d'adhésion en vertu des différentes garanties du régime. Ils sont utilisés aux fins de vous fournir, en tant qu'adhérent admissible, les services précisés dans le régime collectif, de comprendre vos besoins ou de vous recommander des produits et services adéquats, ainsi qu'à des fins administratives.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, il nous sera peut-être nécessaire de fournir certains renseignements personnels aux entités suivantes, de façon confidentielle, afin de vous fournir les services prévus dans le régime :

- d'autres Croix Bleue au Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des spécialistes de la santé, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou à un service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tierces parties;
- le titulaire principal de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au régime.



Conseil pratique

Si vous soupçonnez une fraude en matière de protection santé, veuillez en aviser Croix Bleue en utilisant l'une des méthodes confidentielles suivantes :

Numéro sans frais :
1-877-412-8809

fraude@croixbleue.
medavie.ca

www.medavie.croixbleue.
ligneconfidentielle.com



Conseil pratique

Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Internet.

Vos droits et responsabilités en vertu du régime

En devenant un assuré de Croix Bleue ou en remplissant une demande de règlement, vous acceptez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée.

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, vous avez le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit à Croix Bleue dans les 30 jours suivant la date de l'avis de refus.

Le délai alloué pour toute poursuite, en vertu du régime collectif, débute à la date du refus initial écrit de Croix Bleue et se prolonge jusqu'à la date d'expiration établie par la législation provinciale applicable.

Chaque procédure ou demande en justice contre Croix Bleue, pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du régime, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi de l'assurance ou toute autre loi applicable.

Copie du régime collectif

Lorsque permis par la loi, vous avez le droit de demander une copie du régime collectif, une copie de votre demande d'adhésion et de tout avis écrit ou de tout autre dossier fournis à Croix Bleue comme preuve d'assurabilité.

Les droits de Croix Bleue en vertu du régime

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier des demandes de règlement d'un assuré.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré;
- tout montant versé à l'assuré à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations; ou
- toute somme payée à l'assuré et constituant un trop-perçu.

Si le trop-perçu ou le montant versé par erreur à la suite d'une demande de règlement porte sur les garanties auto-assurées, le promoteur du régime consent à entreprendre une démarche raisonnable pour recouvrer ce montant.

Si le trop-perçu ou le montant versé par erreur ne peut être recouvré, Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures des garanties assurées de l'assuré, jusqu'à ce que le montant soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Le droit à des prestations d'un assuré peut être suspendu ou prendre fin sans avis préalable, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue ou le promoteur du régime engage des poursuites criminelles ou prend des sanctions disciplinaires contre l'assuré.

Le paiement d'une demande de règlement peut être suspendu ou refusé s'il concerne les services ou fournitures prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.



Conseil pratique

Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers détenus par Croix Bleue ou par ses fournisseurs approuvés.

Comment soumettre une demande de règlement

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous);
- à l'un de nos bureaux Paiement express;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie, décès et mutilation par accident ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments, les soins dentaires et pour votre compte gestion santé (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.
Visitez www.medavie.croixbleue.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.
- **Paiement express®**
Paiement express® est un service unique offert par Croix Bleue. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les soins dentaires, les médicaments et les soins de santé complémentaires. Vous serez immédiatement informé de la décision et recevrez votre remboursement sur place.

En fait, Paiement express vous offre l'occasion de discuter du traitement de votre demande de règlement, de la coordination des prestations, de la subrogation et de d'autres détails de votre régime collectif. Vous rencontrerez en personne un représentant qualifié du Service à la clientèle qui pourra répondre à vos questions.

Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus près de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.medavie.croixbleue.ca.

- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.



Conseil pratique

Plutôt que de recevoir un chèque par la poste, vous pouvez être remboursé directement dans votre compte bancaire en vous inscrivant au dépôt direct. C'est rapide et pratique. Visitez notre site Internet pour vous y inscrire.

Comment soumettre une demande de règlement

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie, décès et mutilation par accident et invalidité** à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demandes au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification;**
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **www.medavie.croixbleue.ca**.



Conseil pratique

Pour des raisons de sécurité, le site des adhérents est réservé à votre usage personnel. Vos personnes à charge et les autres membres de votre famille n'y ont pas accès.



Conseil pratique

Veuillez prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation ultérieure.

Coordonnées de Croix Bleue

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

National : 1-888-873-9200

Vous pouvez également visiter notre site Internet au www.medavie.croixbleue.ca.

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)

Visitez notre blogue sur le mieux-être, une source d'information utile pour vous aider à entreprendre les étapes importantes vers une vie en santé au www.unpasalafoismedavie.com

Ma Bonne Santé®

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Visitez cbmedavie.mabonnesante.ca et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Conseil pratique

Ayez en main votre numéro de régime collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.