



PROGRAMME D'AVANTAGES FLEXIBLES

GUIDE DE PARTICIPATION



16 Septembre 2020

INTRODUCTION

Voici le régime d'avantages flexibles du Groupe Irving – une nouvelle conception, prestation et approche de financement des soins de santé, des médicaments, des soins dentaires et du régime enregistré d'épargne-retraite collectif (REER collectif).

En tant que participant¹ à ce nouveau régime, vous avez la possibilité d'adapter vos avantages à vos besoins réels et de bénéficier directement des décisions que vous prenez quant à l'accès aux avantages. Vous pourrez donc choisir les avantages adéquats en tenant compte des changements qui surviennent dans votre vie. Vous pouvez modifier vos options sur une base annuelle, au moment où vous renouvelez vos avantages.

Notre régime de soins médicaux, de médicaments et de soins dentaires est souscrit auprès de Croix Bleue Medavie partant du principe que les primes couvriront tous les coûts des réclamations et les frais d'administration – c'est ce qu'on appelle une entente SAS (services administratifs seulement). Pour un groupe de la taille du nôtre, ce genre d'entente est la façon la plus efficace d'assurer le coût des soins médicaux, médicaments et soins dentaires. Les primes serviront à payer toute augmentation, que ce soit en raison du coût élevé des avantages (p. ex. : les médicaments), l'utilisation accrue du régime par les employés, ou une combinaison des deux.

Au cours de l'année, nous continuerons à évaluer la santé financière du régime et à partager cette information avec vous. De cette façon, tout le monde saura comment se porte le régime. Le nouveau concept requiert un nombre minimal de participants à chacun des neuf modules du régime pour en assurer la viabilité financière. S'il n'y a pas assez de participants à un module, la compagnie se réserve le droit de ne plus l'offrir pour préserver l'intégrité financière du régime et pour faire en sorte qu'il demeure abordable.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires à propos du régime d'avantages à mesure que nous avancerons sur la route de la F-L-E-X-I-B-I-L-I-T-É. Si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de votre couverture médicale, veuillez communiquer avec Ressources humaines.

Ce guide résume le régime. Nous avons tout fait pour assurer l'exactitude de l'information, mais, comme c'est un résumé, il est peu pratique d'y inclure toutes les conditions qui régissent le régime. Les détails à ce sujet se trouvent dans un document officiel, le barème des prestations (*Schedule of Benefits*) rédigé et administré par Croix Bleue Medavie.

¹ Le masculin a pour seul but d'alléger le texte; il comprend le féminin et vice-versa.

TABLE DES MATIÈRES

Pourquoi choisir les avantages flexibles?	2
Qu'entend-on par avantages flexibles?	2
Sur quoi sont basés les flex-crédits?	3
À combien de crédits ai-je droit?	3
Régime de soins médicaux.....	4
Assurance Pour États Critiques.....	6
Programme de médicaments	7
Régime de soins dentaires	10
Compte gestion-santé (CGS)	11
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) collectif	12
Qu'est ce qu'un compte de gestion-santé (CGS)?	12
Lignes générales liées aux dépenses admissibles au CGS.....	16
Renseignements Additionnels Sur Le CGS.....	18
Coordination des avantages (CDA)	18
Questions fréquentes et réponses.....	20
Régime d'assurance maladie à la retraite	21

POURQUOI CHOISIR LES AVANTAGES FLEXIBLES?

- **Flexibilité accrue** : Vous pouvez personnaliser le programme d'avantages médicaux selon votre situation individuelle ou familiale. Chaque année, vous pouvez réévaluer votre couverture pour tenir compte de vos besoins.
- **Contrôle des coûts de soins de santé** : Le choix que vous faites vous aide à gérer les coûts liés à vos soins de santé. Le programme flexible vous encourage à participer davantage à l'évaluation de vos besoins médicaux et à choisir la façon la plus efficace d'y répondre.
- **Avantages fiscaux intéressants** : Pour les employés actifs, selon la réglementation gouvernementale actuelle, le compte gestion-santé permet de financer les frais déboursables avec vos flex-dollars.
- **Protection continue** : Pour vous et votre famille dans l'éventualité d'une maladie ou d'une blessure. Les avantages flexibles vous permettent d'adapter le régime à vos besoins et à votre budget.
- **Contribution additionnelle au REER** : Une option offerte aux personnes qui n'utilisent pas complètement leurs flex-crédits.
- **Compte gestion-santé (CGS)** : Un compte ouvert à votre nom pour gérer les flex-crédits non imposables au fédéral et au provincial* qui paient les soins et médicaments non couverts par le régime ainsi que d'autres frais médicaux admis par l'Agence du revenu du Canada (ARC).
- **Régime d'assurance maladie à la retraite (RAMR)** : Le Régime d'assurance maladie à la retraite (RAMR) est conçu de manière à donner aux participants au régime flexible l'occasion de mieux prévoir leurs besoins médicaux à la retraite. Le RAMR permet : 1) Tous les employés de 50 ans et plus d'épargner de l'argent avant impôt (fédéral et provincial**) avant la retraite en vue de payer les primes et les dépenses de santé à la retraite; 2) aux employés ayant de longs états de service qui prennent leur retraite avant l'âge de 65 ans de bénéficier de tarifs préférentiels pour retraite anticipée (régime flexible) sans devoir répondre à un questionnaire médical.

QU'ENTEND-ON PAR AVANTAGES FLEXIBLES?

Un régime basé sur des *avantages flexibles* offre aux employés des choix d'avantages et différents niveaux de couverture. Les employés ont la possibilité de créer leur propre ensemble d'avantages individuels.

Ce programme flexible permet à la compagnie de vous fournir des *flex-crédits* équivalant au montant d'argent qu'elle consacrait aux avantages sociaux, au lieu de payer directement une protection. Vous pouvez désormais choisir le type et le niveau de protection selon vos besoins. Chaque option choisie a son prix et cette somme est déduite du montant de flex-crédits que vous détenez.

* À l'exception du Québec où le remboursement d'un CGS est assujéti à l'impôt provincial sur le revenu.

** Au Québec, les montants du RAMR peuvent être assujéti à l'impôt provincial sur le revenu.

SUR QUOI SONT BASÉS LES FLEX-CRÉDITS?

Votre situation familiale (célibataire ou famille – conjoint ou personnes à charge) détermine le nombre de flex-crédits auxquels vous avez droit. Si vous recevez des crédits familiaux, vous devez choisir la couverture familiale pour tous les modules : soins médicaux, médicaments et soins dentaires.

À COMBIEN DE CRÉDITS AI-JE DROIT?

La valeur de vos flex-crédits équivaut au coût de la contribution actuelle de la compagnie (crédit fixe) à la couverture des soins médicaux, des médicaments et des soins dentaires, et jusqu'à 5% % de votre rémunération habituelle (crédit variable). Si vous êtes non-fumeur, vous recevrez un crédit supplémentaire de mieux-être. Ces crédits annuels sont déterminés avant le renouvellement de la police annuel ou votre réadhésion et sont indiqués séparément sur le formulaire d'attribution des flex-dollars que vous pouvez vous procurer localement auprès d'administrateur des avantages.

COMMENT CHOISIR MES CRÉDITS?

L'inscription à ce programme se fait en utilisant l'outil de réinscription annuelle en ligne Flexit360 ou sur un formulaire de choix de papier disponible auprès d'administrateur des avantages. Vous pouvez également trouver utile d'assister à une réunion avec votre d'administrateur des avantages locaux pour discuter de vos sélections.

QU'EST-CE QUE LA SÉLECTION PAR DÉFAUT?

Inscription par défaut de nouveau participant

En tant que nouveau participant ou participante au régime, on vous accordera la couverture « par défaut » (les modules Standard) (célibataire ou famille, selon le cas). La couverture par défaut comprend ce qui suit : soins médicaux (Standard), médicaments (Standard), soins dentaires (Standard), un minimum de 0 \$ dans votre compte gestion-santé (CGS) et le pourcentage prévu de votre rémunération habituelle alloué au régime enregistré d'épargne-retraite (REER) collectif. Les crédits restants seront déposés dans votre REER comme cotisation forfaitaire volontaire. Si vous voulez apporter des changements à votre couverture par défaut, vous pourrez le faire lors de la première période de renouvellement qui suivra votre date d'embauche ou de toute autre période de renouvellement annuel par la suite. Les nouveaux modules que vous choisirez entreront en vigueur le 1er janvier suivant.

Renouvellement annuel

Votre représentant des Ressources humaines ou coordonnateur de la paye et des avantages sociaux vous informera qu'il est temps de renouveler votre régime flexible. Vous aurez ainsi l'occasion de choisir les modules les plus avantageux pour vous. Comme vous le savez, ces modules sont flexibles; vous pouvez donc passer d'un à l'autre au moment du renouvellement annuel.

Si vous décidez de ne pas remplir le formulaire de renouvellement, vous serez de réinscrit aux **MÊMES MODULES**. Votre compte gestion-santé (CGS) sera établi au montant minimum de 0 \$ et les crédits restants seront déposés dans votre REER comme cotisation forfaitaire volontaire.

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (AUTRES QUE MÉDICAMENTS)

GARANTIE SOINS DE SANTÉ	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
LE RÉGIME PAIE (% des frais admissibles)	60 %	80 %	100 %
DÉBOURSÉ MAXIMUM DE L'ADHÉRENT	Couverture : individuelle 750 \$/familiale : 1 500 \$		
SOINS DE SANTÉ - AUTRES QUE MÉDICAMENTS			
SERVICES DE MÉDECINS	AU CANADA (HORS DE LA PROVINCE)		
AMBULANCE	AU CANADA Max. payable de 600 \$/année civile	AU CANADA Max. payable de 800 \$/année civile	AU CANADA Max. payable de 1 000 \$/année civile
ACCOMPAGNATEUR DANS L'AMBULANCE	AU CANADA Max. payable de 300 \$/année civile	AU CANADA Max. payable de 400 \$/année civile	AU CANADA Max. payable de 500 \$/année civile
SOINS INFIRMIERS PRIVÉS (sur mesure)	AU CANADA Max. payable de 6 000 \$/année civile	AU CANADA Max. payable de 8 000 \$/année civile	AU CANADA Max. payable de 10 000 \$/année civile
DIAGNOSTICS	AU CANADA – COUVERT		
OXYGÈNE	COUVERTS		
SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT			
FOURNITURES POUR PERSONNES STOMISÉES			
FOURNITURES POUR TRACHÉOTOMIE			
VÊTEMENTS COMPRESSIONS POUR BRÛLURES			
FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX (y compris les pompes à insuline)			
APPAREILS POUR DIABÉTIQUES	Max. payable de 250 \$/année civile		
FOURNITURES POUR DIABÉTIQUES	COUVERTES EN VERTU DE LA GARANTIE MÉDICAMENTS		
AIDES ORTHOPHONIQUES	Max. payable 300 \$ À VIE	Max. payable 400 \$ À VIE	Max. payable 500 \$ À VIE
RÉPARATIONS DES PROTHÈSES	Max. payable de 180 \$/année civile	Max. payable de 240 \$/année civile	Max. payable de 300 \$/année civile
PROTHÈSES	COUVERTES		
LOCATION D'ÉQUIPEMENT	COUVERTE		
FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES et ORTHÈSES PODIATRIQUES	NON COUVERTES	CHAUSSURES/FOURNITURES - Max. payable de 250 \$/2 années civiles ENFANT À CHARGE DE MOINS DE 21 ANS - Max. payable de 250 \$/année civile	
PROTHÈSES AUDITIVES	Max. payable de 500 \$/oreille/3 années civiles		
NEUROSTIMULATEURS TRANSCUTANÉS (TENS)	NON COUVERTS	COUVERTS	
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ			
PSYCHOLOGUE CLINICIEN/CONSEILLER CLINIQUE/PSYCHOTHÉRAPEUTE TRAVAILLEUR SOCIAL	Max. global payable de 2 000 \$ combiné/année civile		
ORTHOPHONISTE	Max. payable de 1 000 \$/année civile		
AUTRES PROFESSIONNELS :	NON COUVERTS	Max. payable de 500 \$/PROFESSIONNEL MAXIMUM GLOBAL DE 1 000 \$/année civile	
- Physiothérapeute/Thérapeute du sport			
- Acupuncteur			
- Chiropraticien			
- Massothérapeute (recommandation écrite du médecin requise)			
- Naturopathe			
- Homéopathes			
- Ostéopathe			
- Podiatre			

SOINS DE LA VUE :		
SOINS DE LA VUE	NON COUVERTS	COUVERTS (ActionSanté)
VERRES :		Montant du guide des tarifs remboursé à 100 %
- Adultes		4 années civiles (exonéré pour les verres s'il y a un changement de prescription d'une demie-dioptrie ou plus)
- Enfants		2 années civiles (exonéré pour les verres s'il y a un changement de prescription d'une demie-dioptrie ou plus)
MONTURES		Adultes : Max. payable de 100 \$/4 années civiles Enfants de moins de 19 ans : Max. payable de 100 \$/2 années civiles
EXAMENS DE LA VUE	Adultes : Max. payable de 100 \$/2 années civiles Enfants de moins de 19 ans : Max. payable de 100 \$/année civile	
HOSPITALISATION		
CHAMBRE À DEUX LITS	100 % des frais admissibles	
CHAMBRE À UN LIT	NON COUVERTE	100 % des frais admissibles
VOYAGE	L'assurance voyage prend lorsque l'employé atteint 75 ans.	
URGENCE	100 % des frais admissibles - (CANASSISTANCE) Max. payable de 2 millions de \$ par incident	
PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA	100 % des frais admissibles - Max. payable de 500 000 \$ À VIE par personne	

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX (autres que médicaments)

Tous les employés sont automatiquement couverts par la couverture **principale** de soins médicaux – **Module Basique**. Vous pouvez étendre cette couverture en choisissant une protection **principale** pour personnes à charge et l'améliorer avec des éléments des **modules Standard ou Amélioré**.

Voici certaines différences entre les modules :

- ◆ **Basique – 60 %** des soins de santé sans médicament et une couverture de 100 % des dépenses admissibles pour une hospitalisation en chambre semi-privée, les déplacements et les états critiques. Une fois que les sommes maximales remboursables* ont été atteintes pour la couverture soins de santé sans médicament, le régime paie 100 % des coûts éligibles. Le module *basique* ne comprend pas de couverture des soins de la vue, et la couverture des praticiens paramédicaux est limitée.
- ◆ **Standard – 80 %** de couverture des soins de santé sans médicament et une couverture de 100 % des dépenses admissibles pour une hospitalisation en chambre semi-privée, les déplacements et les états critiques. Une fois que les sommes maximales remboursables* ont été atteintes pour la couverture soins de santé sans médicament, le régime paie 100 % des coûts éligibles. Le module *standard* couvre un plus large éventail de praticiens paramédicaux et les soins de la vue (lentilles à 100 % sur la base des montants du guide des tarifs).
- ◆ **Amélioré– 100 %** de couverture des soins de santé sans médicament et une couverture de 100 % des dépenses admissibles pour une hospitalisation en chambre semi-privée et **privée**, les déplacements et les états critiques. Une fois que les sommes maximales remboursables* ont été atteintes pour la couverture soins de santé sans médicament, le régime paie 100 % des coûts éligibles.

- ◆ **Les sommes maximales remboursables** sont établies sur base individuelle ou familiale et s'appliquent aux modules *basique*, *standard* et *amélioré*. Si vous choisissez une couverture individuelle, la somme maximale remboursable individuelle s'applique. À l'inverse, si vous choisissez une couverture familiale, ce sont ces montants s'appliquent. Dans le cas d'une couverture familiale, le montant familial intégral doit être atteint avant que les sommes maximales remboursables puissent être satisfaites - le montant familial global ne comporte pas de montant individuel. (*Les sommes maximales remboursables ne s'appliquent pas aux déplacements et états critiques).

Aucun module n'a de disposition de «verrouillage» – chaque année, vous pouvez passer d'un module à l'autre quand vous vous réinscrivez.

COÛTS DU RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

Les primes annuelles en cours sont indiquées sur le formulaire d'attribution des flex-dollars. Demandez-l'administrateur des avantages .

ASSURANCE POUR ÉTATS CRITIQUES

Cette assurance contre les maladies graves est incluse dans chacun des modules Basique, Standard et Amélioré. Cette couverture vous aidera, ainsi que votre famille, à vous ajuster sur le plan financier si vous faites face à une longue convalescence après une maladie grave et que vous ne pouvez pas travailler. Elle vous permet de continuer à payer vos factures et des dépenses imprévues comme de l'équipement spécial, des soins infirmiers privés et même les frais de garde de vos enfants.

GARANTIE MALADIES GRAVES	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
COUVERTURE	Employé 20 000 \$, conjoint : 4 000 \$, chaque enfant : 2 000 \$ La couverture de soins de santé familiale doit avoir été choisie pour que le conjoint et les enfants soient couverts. La couverture prend fin lorsque l'employé atteint 65 ans.		

Pour la **familiale** santé et dentaire les niveaux de prestations sont les suivants :

- ◆ Employé - 20 000 \$
- ◆ Conjoint - 4 000 \$
- ◆ par Enfant - 2 000 \$

Pour l'**individuelle** santé et dentaire les niveaux de prestations sont les suivants :

- ◆ Employé seulement - 20 000 \$

Pour en savoir plus sur cette protection (p. ex. : terminologie particulière et conditions critiques couvertes), vous pouvez communiquer avec l'administrateur des avantages ou avec le personnel de Ressources humaines, ou encore le groupe du service à la clientèle de Croix Bleue Medavie de l'Atlantique.

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS

GARANTIE MÉDICAMENTS

	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
LE RÉGIME PAIE	Niveau 1 – 60 % Niveau 2 – 40 %	Niveau 1 – 85 % Niveau 2 – 60 %	Niveau 1 – 100 % Niveau 2 – 70 %
FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE	Couverts jusqu'à un maximum de 8 \$		
DÉBOURSÉ MAXIMUM DE L'ADHÉRENT (montant non payé des frais admissibles)	Couverture : individuelle 500 \$/année – familiale 1 000 \$/année (certaines exceptions s'appliquent)		
LISTE DE MÉDICAMENTS - CHOIX RX	<p>NIVEAU 1 : Médicaments de première intention qui sont destinés au traitement de maladies graves et qui offrent généralement un meilleur rapport coût-efficacité. Ce niveau regroupe environ 90 % des médicaments et comprend de nombreux produits génériques et de marque. Les médicaments de ce niveau respectent les lignes directrices généralement reconnues relatives au traitement de bon nombre de maladies aiguës et chroniques. Les fournitures pour diabétiques font partie (y compris les moniteurs de mesure du glucose) du niveau 1.</p>		
	<p>NIVEAU 2 : Les médicaments du niveau 2 ne sont pas toujours destinés au traitement de première intention, sont généralement indiqués pour des maladies moins graves ou ont des équivalents thérapeutiques moins coûteux parmi les médicaments du niveau 1.</p>		
GESTION DES MÉDICAMENTS	<p>Prix maximum admissible (PMA) : Remboursement au prix du médicament offrant le meilleur rapport-coût efficacité (médicament de référence) dans la catégorie thérapeutique. Le PMA s'appliquera à 3 catégories de médicaments destinées au traitement des troubles gastro-intestinaux (IPP), de l'hypercholestérolémie (statine) et de l'hypertension (ECA). Le régime paie selon le niveau 1 en fonction du médicament de référence de chaque catégorie.</p>		
	<p>Médicaments spécialisés : Les médicaments admissibles dont le coût est élevé (coût annuel de 10 000 \$ ou plus) nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue Medavie afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères de remboursement sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent comprendre la participation de l'assuré à un programme de soutien pour les patients.</p>		

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS

Tous les employés sont automatiquement couverts par la couverture **principale** de soins médicaux – **Module Basique**. Vous pouvez étendre cette couverture en choisissant une protection **principale** pour personnes à charge et l'améliorer avec des éléments des **modules Standard ou Amélioré**.

Voici certaines différences entre les modules :

- ◆ **Basique** – le régime paie sur la base de **60 %** pour le premier niveau et **40 %** pour les médicaments de deuxième niveau, et jusqu'à 8,00 \$ maximum par frais d'ordonnance. Une somme maximale remboursable s'applique, après laquelle vous n'avez plus de participation à verser ou de coût à payer (mais certaines exceptions s'appliquent). Les médicaments sur ordonnance liés au mode de vie pour la contraception orale, la dysfonction érectile et les traitements de fertilité sont inclus.
- ◆ **Standard** – le régime paie sur la base de **85 %** pour le premier niveau et **60 %** pour les médicaments du deuxième niveau, et jusqu'à 8,00 \$ maximum par frais d'ordonnance. Une somme maximale remboursable s'applique, après laquelle vous n'avez plus de participation à verser ou de coût à payer (mais certaines exceptions s'appliquent). Les médicaments sur ordonnance liés au mode de vie pour la contraception orale, la dysfonction érectile et les traitements de fertilité sont inclus.

- ◆ **Amélioré** – le régime paie sur la base de **100 %** pour le premier niveau et **70 %** pour les médicaments du deuxième niveau, et jusqu'à 8,00 \$ maximum par frais d'ordonnance. Une somme maximale remboursable s'applique, après laquelle vous n'avez plus de participation à verser ou coût à payer (mais certaines exceptions s'appliquent). Les médicaments sur ordonnance liés au mode de vie pour la contraception orale, la dysfonction érectile et les traitements de fertilité sont inclus.

Aucun module n'a de disposition de «verrouillage» – chaque année, vous pouvez passer d'un module à l'autre quand vous vous réinscrivez.

COÛTS DU PROGRAMME DE MÉDICAMENTS

Les primes annuelles en cours sont indiquées sur le formulaire d'attribution des flex-dollars. Demandez-l'administrateur des avantages.

PROGRAMME DE MÉDICAMENTS POUR LE QUÉBEC

GARANTIE MÉDICAMENTS	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
LE RÉGIME PAIE	Niveau 1 – 63 % Niveau 2 – 63 %	Niveau 1 – 85 % Niveau 2 – 63 %	Niveau 1 – 100 % Niveau 2 – 70 %
FRAIS D'EXÉCUTION D'ORDONNANCE	Couverts jusqu'à un maximum de 8 \$		
DÉBOURSÉ MAXIMUM DE L'ADHÉRENT (montant non payé des frais admissibles)	Couverture : individuelle 500 \$/année – familiale 1 000 \$/année (certaines exceptions s'appliquent)		
LISTE DE MÉDICAMENTS – CHOIX RX* (Les médicaments de la liste de la RAMQ qui ne figurent pas sur la liste du régime Choix Rx seront remboursés selon le niveau 2.)	NIVEAU 1 : Médicaments de première intention qui sont destinés au traitement de maladies graves et qui offrent généralement un meilleur rapport coût-efficacité. Ce niveau regroupe environ 90 % des médicaments et comprend de nombreux produits génériques et de marque. Les médicaments de ce niveau respectent les lignes directrices généralement reconnues relatives au traitement de bon nombre de maladies aiguës et chroniques. Les fournitures pour diabétiques font partie (y compris les moniteurs de mesure du glucose) du niveau 1.		
	NIVEAU 2 : Les médicaments du niveau 2 ne sont pas toujours destinés au traitement de première intention, sont généralement indiqués pour des maladies moins graves ou ont des équivalents thérapeutiques moins coûteux parmi les médicaments du niveau 1.		
GESTION DES MÉDICAMENTS	Prix maximum admissible (PMA) : Remboursement au prix du médicament offrant le meilleur rapport-coût efficacité (médicament de référence) dans la catégorie thérapeutique. Le PMA s'appliquera à la catégorie thérapeutique destinée au traitement des troubles gastro-intestinaux (IPP). Le régime paie selon le niveau 1 en fonction du médicament de référence de la catégorie des IPP.		
	Médicaments spécialisés : Les médicaments admissibles dont le coût est élevé (coût annuel de 10 000 \$ ou plus) nécessitent une autorisation préalable et/ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue Medavie afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères de remboursement sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent comprendre la participation de l'assuré à un programme de soutien pour les patients.		

* tous les modules comprennent la liste de médicaments de la RAMQ et sous réserve de modification par an.

Tous les employés sont automatiquement couverts par la couverture **principale** de médicaments – **Basique**. Vous pouvez étendre cette couverture en choisissant une protection **principale** pour personnes à charge et l'améliorer avec des éléments des **modules Standard ou Amélioré**. (tous les modules comprennent la liste de médicaments de la RAMQ).

Voici les différences entre les modules :

- ◆ **Basique** – le régime paie sur la base de **63 %** pour le premier niveau et **63 %** pour les médicaments de deuxième niveau. Une somme maximale remboursable s'applique, après laquelle vous n'avez plus de participation à verser ou de coût à payer (mais certaines exceptions s'appliquent). Les médicaments sur ordonnance liés au mode de vie pour la contraception orale, la dysfonction érectile et les traitements de fertilité sont inclus.
- ◆ **Standard** – le régime paie sur la base de **85 %** pour le premier niveau et **63 %** pour les médicaments du deuxième niveau. Une somme maximale remboursable s'applique, après laquelle vous n'avez plus de participation à verser ou de coût à payer (mais certaines exceptions s'appliquent). Les médicaments sur ordonnance liés au mode de vie pour la contraception orale, la dysfonction érectile et les traitements de fertilité sont inclus.
- ◆ **Amélioré** – le régime paie sur la base de **100 %** pour le premier niveau et **70 %** pour les médicaments du deuxième niveau. Une somme maximale remboursable s'applique, après laquelle vous n'avez plus de participation à verser ou coût à payer (mais certaines exceptions s'appliquent). Les médicaments sur ordonnance liés au mode de vie pour la contraception orale, la dysfonction érectile et les traitements de fertilité sont inclus.

Aucun module n'a de disposition de «verrouillage» – chaque année, vous pouvez passer d'un module à l'autre quand vous vous réinscrivez.

COÛTS DU PROGRAMME DE MÉDICAMENTS

Les primes annuelles en cours sont indiquées sur le formulaire d'attribution des flex-dollars. Demandez-l'administrateur des avantages.

PROGRAMME DE SOINS DENTAIRES

GARANTIE SOINS DENTAIRES	BASIQUE	STANDARD	AMÉLIORÉ
	GUIDE D'HONORAIRES - Dentistes généralistes et spécialistes		
SOINS DE BASE, PRÉVENTIFS ET DE RESTAURATION			
LE RÉGIME PAIE (% des frais admissibles. Tous les montants indiqués représentent le montant de remboursement maximal)	60 %	80 %	100 %
REMBOURSEMENT MAXIMUM PAR PERSONNE	Jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par année civile, combiné avec les soins de restauration majeure	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année civile	Aucun maximum
EXAMEN COMPLET	1 fois par période de 5 années civiles		
EXAMENS DE RAPPEL	Assurés de plus de 19 ans : 1 examen de rappel par année civile Assurés de moins de 19 ans : 2 examens de rappel par année civile		Tous les assurés : 2 examens de rappel par année civile
EXAMENS D'URGENCE	1 par année civile		
RADIOGRAPHIES : - Interproximales ou périapicales - Série complète et pellicule panoramique	Jusqu'à concurrence de 4 par année civile		
TRAITEMENT AU FLUORURE	Assurés de moins de 19 ans : 1 par année civile		
SCELLANTS DE PUIITS ET DE FISSURES	Assurés de moins de 19 ans : prémolaires et molaires		
SERVICES D'ENDODONTIE, DE PARODONTIE ET DE CHIRURGIE BUCCALE	Couverts		
SERVICES DE RESTAURATION MINEURE (obturations)	Non couverts	Couverts	
ÉRUPTION/EXTRACTION DE DENT		Couverte	
POLISSAGE (1 unité = 15 minutes)		Assurés de plus de 19 ans : 2 unités par année civile Assurés de moins de 19 ans : 1 unité par année civile	
DÉTARTRAGE (1 unité = 15 minutes)		6 unités par année civile	10 unités par année civile
RESTAURATION MAJEURE			
LE RÉGIME PAIE	60 %	60 %	70 %
REMBOURSEMENT MAXIMUM PAR PERSONNE	Jusqu'à 1 500 \$ par année civile, combiné avec les soins de base	Jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par année civile	Jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année civile
PROSTHODONTIE	Couverte		
PROTHÈSE AMOVIBLE	Couverte		
PONTS ET COURONNES	Couverts		
RESTAURATIONS ET INCRUSTATIONS	Couvertes		
ORTHODONTIE	Appareil orthodontique		
LE RÉGIME PAIE	50 %		
REMBOURSEMENT MAXIMUM PAR PERSONNE	Jusqu'à 2 500 \$ à vie		

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

Les modules comportent certaines différences :

- ◆ **Basique** – le régime paie sur la base de **60 %** des dépenses admissibles remboursées à concurrence de 1 500 \$ par année civile. Un montant maximum combiné de 1 500 \$ avec la couverture majeure s'applique. Une couverture essentielle et préventive est disponible, y compris fluoruration et résine pour scellement des puits et fissures pour les enfants de moins de 19 ans. La couverture majeure est remboursée à 60 % à concurrence de 1 500 \$ par année civile maximum combiné avec une couverture essentielle.
- ◆ **Standard** – le régime paie sur la base de **80 %** des dépenses admissibles remboursées à concurrence de 2 000 \$ par année civile. La couverture est la même que le module **basique** mais le polissage, les obturations et les extractions sont ajoutés. La couverture majeure est remboursée à 60 % à concurrence de 2 000 \$ par année civile maximum.
- ◆ **Amélioré** - le régime paie sur la base de **100 %** des dépenses admissibles remboursées sans maximum annuel. La couverture est la même que le module **Standard**. La couverture majeure est remboursée à 70% à concurrence de 2 000 \$ par année civile maximum.

COÛTS DU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES :

Les primes annuelles en cours sont indiquées sur le formulaire d'attribution des flex-dollars. Demandez-l'administrateur des avantages.

COMPTE GESTION-SANTÉ (CGS)

À cette somme, vous pourrez ajouter vos flex-crédits non utilisés. Le CGS est une façon efficace, sur le plan fiscal, de couvrir les frais médicaux et dentaires qui ne font pas partie du régime. Les remboursements que vous recevez du CGS sont non imposables au fédéral et au provincial* Seuls les flex-crédits fournis par l'employeur peuvent faire profiter votre CGS.

Pensez-y bien...

- ◆ Si vous pensez avoir des dépenses médicales pour la prochaine année qui ne sont pas couvertes dans le module de soins médicaux, de médicaments ou de soins dentaires que vous avez choisi, vous devriez envisager de transférer une partie de vos flex-crédits à votre compte gestion-santé (CGS) pour couvrir ces dépenses.
- ◆ Si votre conjoint paie une couverture de soins médicaux et dentaires par retenue salariale après impôt, vous pouvez utiliser vos dollars CGS pour vous faire rembourser ces dépenses.

* À l'exception du Québec où le remboursement d'un CGS est assujéti à l'impôt provincial sur le revenu.

RÉGIME ENREGISTRÉ D'ÉPARGNE-RETRAITE (REER) COLLECTIF

Contributions de base

Après avoir alloué vos **flex-crédits** à l'achat d'une couverture de soins médicaux, de médicaments et de soins dentaires et CGS, le reste des **flex-crédits** sera reporté dans votre **REER collectif**.

Si vous n'avez pas assez de flex-crédits pour couvrir la pleine contribution (% déterminé) au REER collectif, vous devez faire des contributions supplémentaires à votre **REER collectif de base d'employé** pour que l'accumulation totale des contributions au **REER collectif** soit égale à la valeur qu'elle aurait eue sans le report des crédits variables restant après l'achat d'une couverture de soins médicaux et dentaires et l'allocation au CGS.

Cette contribution supplémentaire à votre **REER collectif** sera prélevée à chaque période de paye en montants égaux pour l'année.

Une fois ces contributions faites, elles seront régies par les mêmes dispositions que les contributions requises actuellement au **REER collectif** de base de l'employé, et ce, jusqu'à votre cessation d'emploi ou votre départ à la retraite. Cette contribution supplémentaire sera indiquée comme déduction séparée sur votre fiche de paye et deviendra déductible d'impôt.

Montant flex forfaitaire volontaire au REER

S'il vous reste des **flex-crédits** non alloués après avoir choisi vos avantages, y compris la contribution obligatoire de % de votre revenu d'emploi au **REER**, un montant forfaitaire volontaire équivalant au solde non alloué sera versé dans votre compte REER volontaire. Pour ces montants volontaires, le paiement sera affecté à votre nom ou le nom de votre conjoint selon vos instructions actuelles sur fichier avec notre fournisseur de GRSP

Le transfert du montant forfaitaire s'effectuera le dernier jour de février. L'année suivante, le Group Retirement Services (le groupe responsable des services de retraite) vous remettra un reçu d'impôt pour l'année de transfert des fonds. Les opérations de paye seront inscrites dans l'année du transfert.

QU'EST CE QU'UN COMPTE DE GESTION-SANTÉ (CGS)?

Il s'agit d'un compte ouvert à votre nom et administré par Croix Bleue Medavie pour gérer les flex-crédits non imposables au fédéral et au provincial* qui paient les soins et médicaments non couverts par le régime ainsi que d'autres frais médicaux admis par l'Agence du revenu du Canada (ARC).

Admissibilité

Si vous répondez aux critères d'admissibilité au programme d'avantages flexibles de la compagnie, vous pouvez vous inscrire au CGS. L'inscription sera en vigueur lorsque la couverture des soins médicaux, des médicaments et des soins dentaires sera mise à exécution.

* À l'exception du Québec où le remboursement d'un CGS est assujéti à l'impôt provincial sur le revenu.

Comment fonctionne le CGS?

À titre d'employé actif, vous décidez chaque année, au moment de la réinscription, du montant des flex-crédits que vous voulez verser dans votre compte CGS pour l'année suivante. Il n'y a aucune allocation minimale requise pour le compte de gestion de santé.

Vous pouvez présenter des demandes pour dépenses admissibles au cours de l'année, ou de la partie de l'année, durant laquelle vous participez au CGS. S'il y a assez de fonds dans votre CGS, les dépenses payées de votre poche vous seront remboursées en flex-crédits. De cette façon, vous paierez vos dépenses admissibles en dollars avant impôt plutôt qu'après impôt.

Votre régime offre la possibilité de reporter vos dépenses de l'année en cours à l'année suivante si vous n'avez pas assez de fonds alloués dans votre CGS pour couvrir le montant d'une demande de remboursement. Les conditions de report du régime CGS sont les suivantes :

Dépenses de l'année en cours – les dépenses faites pendant l'année en cours par un participant au CGS peuvent être déduites des fonds alloués dans le CGS pour l'année en cours en tout temps pendant l'année en cours et avant le dernier jour de février de l'année suivante. **ET**

Les dépenses de l'année en cours peuvent être déduites des fonds alloués dans le CGS pour l'année suivante si l'allocation de l'année en cours est insuffisante pour les couvrir. Le report des dépenses de l'année en cours à l'année suivante doit être déduit des fonds alloués dans le CGS avant le dernier jour de février de l'année suivante.

Les dépenses de l'année suivante ne peuvent être déduites des fonds alloués dans le CGS pour l'année précédente.

Normalement les fonds aux CGS sont calculés à un taux de 1/26 par jour si vous êtes payé aux deux semaines ou de 1/52 si vous êtes payé chaque semaine. Cependant, la compagnie vous offre des fonds CGS au début de chaque année, avant que vous ayez gagné vos crédits annuels ou avant que la retenue salariale avant impôt ait entièrement couvert le coût total de votre versement annuel au CGS. **Remarque : Avancer ces fonds coûte de l'argent à la compagnie; ils sont directement liés au degré et au moment d'utilisation des fonds CGS. Nous allons suivre ces coûts de près pour déterminer leur importance et la possibilité de devoir modifier les règles relatives au calendrier des remboursements.**

Dépenses admissibles

L'Agence du revenu du Canada (ARC), anciennement Revenu Canada, définit les dépenses admissibles dans la *Loi de l'impôt sur le revenu* et inclut les dépenses non remboursées par des régimes de soins médicaux et dentaires en raison des quotes-parts, des limites maximales, etc. Cela comprend les dépenses pour les personnes à charge. Par exemple, si vous dépensez 300 \$ pour des lunettes et que votre régime ne couvre que 200 \$, les 100 \$ représentent une dépense admissible que vous pouvez vous faire rembourser à même votre CGS. **Bien que Croix Bleue Medavie traite la demande, il incombe à l'employé de voir à ce que les demandes respectent les directives de l'ARC.**

Les dépenses admissibles du compte gestion-santé incluent ce qui suit, sans toutefois s'y limiter :

- ◆ médicaments en vente libre prescrits par un médecin ou un dentiste et fournis par un pharmacien;
- ◆ primes d'assurance ou quote-part exigée pour les régimes de soins médicaux ou soins dentaires de votre conjoint, assurance médicale de voyage ou assurance pour verres correcteurs;
- ◆ foyers de soins pour les personnes à charge admissibles;
- ◆ certains traitement médical et dentaire esthétique à des fins médicales ou restauratrices
- ◆ counseling nutritionnel sur recommandation écrite d'un médecin;

- ◆ certains appareil et services médicaux pour les personnes atteintes d'une déficience auditive ou d'une incapacité, plus les logiciels ou accessoires spécifiques;
- ◆ services à temps plein de préposés aux soins médicaux;
- ◆ modifications domiciliaires pour permettre à une personne atteinte d'incapacité de se déplacer et d'être fonctionnelle dans son logement.

Comment présenter une demande de remboursement

- ◆ L'employé doit présenter des formulaires dûment remplis et accompagnés des reçus originaux directement à Croix Bleue Medavie, qui paiera d'abord le maximum admissible en vertu des régimes de soins médicaux, de médicaments et de soins dentaires, puis déduira la partie impayée du CGS de l'employé
- ◆ Si votre conjoint dispose d'une couverture pour soins médicaux, médicaments et soins dentaires, vous devez demander un remboursement seulement pour la partie du montant que l'autre assureur ne couvre pas.
- ◆ Une fois que Croix Bleue Medavie aura reçu et traité une réclamation en fonction de votre régime, il ne sera plus nécessaire de fournir un reçu signé pour recevoir un paiement de votre CGS. Vous devez conserver pour vérification tous les reçus pour lesquels Croix Bleue Medavie aura fait un paiement direct au fournisseur de services (p. ex. : une quote-part de dépense pour médicaments, c'est-à-dire le reçu obtenu de la pharmacie pour votre partie des coûts de l'ordonnance).
- ◆ Pendant la première semaine de janvier 2021, une fois que toutes les allocations au CGS 2021 auront été mises à jour, Croix Bleue Medavie fera encore le remboursement des dépenses admissibles de 2020 par un prélèvement au solde restant de CGS 2020 et à la nouvelle allocation de fonds de 2021. Pour qu'il n'y ait aucune confusion et que le processus soit efficace pour tout le monde, nous vous recommandons d'attendre si possible au 13 janvier 2021 pour présenter à la Croix Bleue Medavie toute nouvelle demande de remboursement admissible à même votre CGS pour 2021.

Chaque fois que vous enverrez par la poste une demande de remboursement à Croix Bleue Medavie ou visiterez un centre Quick Pay, toutes les dépenses admissibles non réclamées seront remboursées à même le solde restant du CGS. De plus, au début de chaque trimestre de 2021 (janvier, avril, juillet et octobre), Croix Bleue Medavie effectuera un paiement à même le solde restant du CGS pour toutes les dépenses admissibles non réclamées.

Tenue de dossier

Toute demande de remboursement présentée à Croix Bleue Medavie pour votre CGS sera inscrite à votre dossier et sur le relevé annuel (octobre). Toute demande pour laquelle il n'y a pas assez de fonds dans votre CGS sera indiquée comme dépense non réclamée sur votre relevé annuel. Cette information vous aidera à décider du nombre de flex-crédits que vous souhaitez placer dans votre CGS pour l'année suivante. La disposition de report de dépenses non utilisées de notre régime minimise le risque de ne pas réclamer de votre CGS.

Qu'en est-il des employés qui reçoivent des prestations d'invalidité?

Si les prestations sont de courte durée, vous pouvez continuer à participer au CGS jusqu'à la fin de la période pour laquelle vous êtes admissible aux prestations de courte durée en autant que vous continuez à contribuer au REER collectif flexible. Si vous recevez des prestations d'invalidité est de longue durée ou d'indemnisation des accidents du travail, vous pouvez allouer des flex-dollars au CGS, mais seulement pour le solde du montant fixe de flex-dollars que verse la compagnie après que vos choix de soins de santé, médicaments et soins dentaires ainsi que les contributions minimales requises ont été versées au CGS.

Congé approuvé : parental, de maternité ou pour raisons familiales

Couverture médicale et dentaire : Avant le congé, les employés auront le choix de mettre fin à la couverture ou de la conserver. Ceux qui décident de la conserver peuvent le faire en faisant des paiements équivalents à la retenue salariale actuelle, s'il y a lieu.

Si vous avez l'intention de retourner au travail avant le 1^{er} janvier de l'année suivante, vous devrez indiquer votre sélection CGS avant cette date et faire des paiements équivalents à la nouvelle retenue salariale pour l'année, s'il y a lieu.

Cessation d'emploi et retraite

Les flex-crédits transférés à un CGS seront considérés comme étant acquis à un taux de 1/26 si l'employé est payé aux deux semaines ou de 1/52 s'il est payé chaque semaine de la date de cessation d'emploi ou de la retraite. Le solde du CGS n'est pas remboursé. Toutefois, si le solde proportionnel du CGS donne lieu à une somme non utilisée au moment de la cessation d'emploi, vous aurez jusqu'au 31 décembre de l'année de cessation d'emploi pour engager des dépenses et présenter des demandes de remboursement.

Si le solde du CGS à la date de cessation d'emploi ne suffit pas à rembourser les dépenses engagées, le manque à gagner sera déduit de votre dernière paie, y compris la paye de vacances ou tout autre montant que la compagnie vous doit.

Couverture du survivant

Les flex-dollars des participants au CGS qui meurent durant l'année seront considérés entièrement gagnés pour l'année du décès. Les personnes à charge du participant décédé peuvent continuer à présenter des demandes de remboursement contre le solde CGS pour des dépenses engagées avant le 31 décembre de cette année. Toutes les demandes doivent être présentées 60 jours au plus tard après la fin de l'année du décès.

Les personnes à charge et le CGS

Croix Bleue Medavie suit les directives de la *Loi de l'impôt sur le revenu* de l'Agence des douanes et du revenu du Canada quand elle évalue les demandes des personnes à charge. Si vous avez d'autres personnes à charge autorisées par vous à profiter du régime, vous devez en aviser Croix Bleue Medavie par écrit pour que les demandes faites en leur nom soient traitées à partir du CGS. Si leur nom n'est pas inscrit au dossier, Croix Bleue Medavie peut rejeter la demande jusqu'à l'obtention d'autres renseignements, ce qui retarde le remboursement. De plus, les demandes pour lesquelles vous autorisez le remboursement à même votre CGS doivent respecter la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Si vous avez des questions sur le compte gestion-santé ou sur votre solde actuel, appelez le centre de service à la clientèle de Croix Bleue Medavie au numéro sans frais 1 800 667-4511.

N'oubliez pas, votre CGS fonctionne comme un compte de banque. Vous seul, à titre de détenteur de police, pouvez demander de l'information à ce sujet.

Pensez-y bien...

- ◆ Votre conjoint est-il couvert par son employeur? Si oui, quelles sont ses options par rapport aux vôtres?
- ◆ Les dépenses de soins dentaires non admissibles à votre régime de soins dentaires peuvent être remboursées à même votre compte gestion-santé.

LIGNES GÉNÉRALES LIÉES AUX DÉPENSES ADMISSIBLES AU CGS

En règle générale, vous pouvez utiliser votre CGS pour couvrir ce qui suit :

- ◆ Tout élément de soins médicaux indiqué comme étant déductible d'impôt dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*, de son règlement et de ses bulletins d'interprétation;
- ◆ Les dépenses non couvertes ou partiellement couvertes par vos options de soins médicaux, de médicaments et de soins dentaires;
- ◆ Tout article ou service décrit dans la grille suivante, à condition qu'il ne soit pas couvert ou qu'il soit couvert en partie seulement par l'assurance-maladie provinciale ou par tout autre régime de soins médicaux privés auquel vous participez.

Spécialistes (frais pour services)

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| - Acupuncteur | - Ergothérapeute |
| - Podologue (podiatre) | - Optométriste |
| - Chiropraticien | - Ostéopathe |
| - Praticien de la Science chrétienne | - Physiothérapeute |
| - Massothérapeute | - Personnel infirmier auxiliaire |
| - Naturopathe | - Psychoanalyste |
| - Personnel infirmier | - Psychologue |
| - Orthophoniste | - Thérapeute |

Frais dentaires

- ◆ Tous les frais dentaires, y compris les traitements préventifs, diagnostiques, restaurateurs, orthodontiques et thérapeutiques.

Types de soins et d'établissements

- ◆ Centre pour toxicomanes et alcooliques (repas et hébergement)
- ◆ Foyer de soins
- ◆ Soins à domicile
- ◆ Soins en établissement scolaire ou spécial ou tout autre endroit pour déficients mentaux ou physiques
- ◆ Soins en établissement
- ◆ Soins aux non-voyants
- ◆ Préposés à temps plein ou soins dans un foyer (ou personne alitée ou en fauteuil roulant)
- ◆ Paiements à un hôpital privé autorisé
- ◆ Chambre à deux lits, préférentielle ou individuelle (hôpital)
- ◆ Appareils auditifs
- ◆ Lit d'hôpital, y compris les accessoires inclus dans une prescription
- ◆ Tampons d'iléostomie ou de colostomie
- ◆ Insuline
- ◆ Poumon d'acier
- ◆ Rein artificiel
- ◆ Appareil prothétique vocal
- ◆ Prothèses pour membres
- ◆ Dispositif ou équipement mécanique servant à l'utilisation du bain, de la douche ou de la toilette
- ◆ Aiguilles ou seringues
- ◆ Lecteur optique ou un dispositif semblable d'aide à la lecture d'un texte imprimé (aveugles).

- ◆ Chaussures ou bottes orthopédiques ou renfort pour chaussures ou bottes, sur ordonnance, pour compenser une infirmité.
- ◆ Tente ou équipement à oxygène
- ◆ Élévateur mécanique donnant accès à différentes parties d'un bâtiment ou à un véhicule et y plaçant le fauteuil roulant (usage exclusif d'une personne handicapée)
- ◆ Corset dorsal
- ◆ Télécopieur ou dispositif semblable, y compris un indicateur de sonnerie de poste téléphonique, pour l'utilisation du téléphone par une personne sourde ou muette
- ◆ Marchette ou fauteuil roulant
- ◆ Perruque faite sur mesure dans les cas de perte anormale de cheveux en raison d'une maladie, d'un traitement médical ou d'un accident
- ◆ Oeil artificiel
- ◆ Béquilles
- ◆ Dispositif ou équipement, et pièces de rechange, à l'usage exclusif des personnes ayant une maladie respiratoire chronique grave ou des troubles chroniques graves du système immunitaire (climatiseur, humidificateur, déshumidificateur et purificateur d'air exclus)
- ◆ Dispositif ou équipement de stimulation, de régulation ou de monitoring du cœur à l'usage exclusif des cardiaques
- ◆ Dispositif d'assistance à la marche dans les cas de mobilité réduite
- ◆ Dispositif de conduite automobile à l'usage exclusif des personnes à mobilité réduite
- ◆ Décodeur-afficheur des signaux vocaux de télévision
- ◆ Dispositif d'alarme à l'usage exclusif des bébés et jeunes enfants diagnostiqués prédisposés au syndrome de mort subite
- ◆ Dispositif de mesure du taux de glycémie (diabétiques)
- ◆ Préparations, substances ou médicaments prescrits par un médecin ou un dentiste
- ◆ Synthétiseur de parole électronique permettant à une personne muette de communiquer à l'aide d'un clavier portative
- ◆ Prothèse mammaire externe requise par suite d'une mastectomie
- ◆ Frais de transport par ambulance
- ◆ Chirurgie esthétique pour traiter une malformation ou une blessure causée par un accident ou de maladie **(fins purement à améliorer l'apparence ne sera pas éligible).**
- ◆ Frais entourant une transplantation de la moelle épinière ou d'un organe
- ◆ Coût d'un service et d'un équipement médical à l'extérieur de la province de résidence
- ◆ Frais liés à l'ouïe, y compris les appareils auditifs
- ◆ Procédures ou services de laboratoire, de radiologie ou de diagnostic
- ◆ Modifications domiciliaires pour une personne confinée dans un fauteuil roulant
- ◆ Procédures préventives de diagnostic, de laboratoire et de radiologie.
- ◆ Transplantation d'oreille chirurgicale effectuée par un médecin
- ◆ Frais de transport pour recevoir des soins médicaux, notamment :
 - Transport public, ou véhicule privé si non disponible, pour des distances de 40 km et plus
 - Moyen de transport raisonnable, repas et hébergement de la personne accompagnante – si un médecin spécifie que le patient ne peut voyager seul
- ◆ Aides à la vision, y compris lunettes, verres de contact et chiens-guides
- ◆ Chirurgie des yeux au laser
- ◆ Programme d'amaigrissement ou d'arrêt de fumer, sur ordonnance du médecin pour une affection Particulière

Comme nous l'avons mentionné, cette liste n'est pas exhaustive; il se peut que certains éléments soient couverts même s'ils n'y figurent pas. Veuillez contacter Croix Bleue Medavie pour confirmer si un élément est couvert ou non.

Remarque : Pour obtenir une liste complète des dépenses admissibles au compte gestion-santé (CGS), veuillez consulter la section Formulaire et publications du site internet de l'Agence du revenu du Canada (ARC), au <http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/Ins300-350/330-331/menu-fra.html> et utiliser le moteur de recherche pour trouver les renseignements relatifs aux frais médicaux RC4065(F). Pour en savoir plus sur les CGS vous pouvez aussi communiquer avec l'ARC au 1 800 959-8281.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS SUR LE CGS

Vous avez des questions à propos de ce que vous pouvez réclamer dans votre CGS? N'hésitez pas à communiquer avec les administrateur des avantages., quelqu'un examinera avec vous les dépenses admissibles.

- ◆ N'OUBLIEZ PAS – Si vous avez un conjoint qui paie une couverture des soins médicaux et dentaires par retenue salariale après impôt, vous pouvez réclamer ce montant de votre CGS. Vous n'avez qu'à obtenir de votre conjoint une lettre de son employeur précisant la somme retenue.
- ◆ Emportez avec vous votre relevé CGS quand vous allez au bureau de paiement rapide de Croix Bleue Medavie. Vous pourrez ainsi réclamer appliquer les fonds CGS aux demandes faites mais non remboursées.
- ◆ Faites attention de ne pas verser trop de flex-crédits dans votre CGS. N'oubliez pas que vous devez dépenser les flex-dollars dans l'année d'allocation, sinon vous les perdrez (exigence de l'ARC).
- ◆ Si vous avez plusieurs reçus pour remboursement à même votre compte CGS, vous pouvez les laisser au bureau de paiement direct de Croix Bleue Medavie au lieu d'attendre et on vous enverra un chèque par la poste ou effectuera un dépôt direct à votre compte.

Soumettre vos demandes de règlement

Vous avez encore beaucoup d'options pour soumettre vos demandes de règlement, tant par voie électronique que sur papier:

Facturation des fournisseurs en ligne -S'ils sont inscrits pour la facturation en ligne, les fournisseurs peuvent soumettre votre demande de règlement à votre place. Les demandes de règlement en ligne envoyées par votre fournisseur sont le moyen le plus facile de soumettre des demandes de règlement et d'éviter d'avoir à débours des frais.

Demandes de règlement électroniques - Nous acceptons désormais les demandes de règlement par voie électronique par l'entremise de notre nouveau système de demandes de règlement électroniques. Visitez le www.medavie.croixbleue.ca, puis sélectionnez « Adhérents », en haut à droite, et connectez-vous ou inscrivez-vous au site des adhérents sécurisé. Une fois rendu, cliquez sur « Soumettre une demande de règlement » et suivez les directives.

Quick Pay/Paiement express® - Visiter un bureau régional du Quick Pay/Paiement express

Par courrier - envoyer les détails de la dépense et un reçu complet (documents de votre fournisseur).

L'application mobile - Vous pouvez télécharger l'application dans le App Store d'Apple, dans Google Play d'Android ou dans BlackBerry World. Vous devez d'abord vous assurer d'être inscrit sur le site sécurisé des adhérents au bluecross.ca/MemberWeb. N'oubliez pas de vous inscrire aussi au dépôt direct pour pouvoir soumettre vos demandes de règlement. Pour accéder à l'application, vous devrez entrer le nom d'utilisateur et le mot de passe que vous utilisez pour le site des adhérents.

COORDINATION DES AVANTAGES (CDA)

Maximisez vos dollars de soins médicaux grâce à la coordination des avantages!

Profitez-vous du régime de prestations d'assurance-maladie de votre conjoint? **Vous payez peut-être pour une couverture que vous n'utilisez pas!**

Un processus appelé «coordination des avantages» (CDA) peut tirer le maximum des deux régimes de la famille.

Si vous payez deux régimes d'assurance, vous êtes couvert et pouvez faire des demandes aux deux régimes lorsque vous engagez des frais médicaux admissibles. Autrement dit vous pouvez être remboursé jusqu'à 100 % des demandes admissibles tout en réduisant les réclamations à votre programme.

Au Canada, les compagnies d'assurance suivent les lignes directrices en matière de coordination des avantages établies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. Ces lignes directrices assurent la cohérence pour les compagnies d'assurance et leurs clients. Le processus peut sembler compliqué, mais en fait il est très simple – vous avez intérêt à le comprendre.

Présentez les demandes à votre propre régime en premier

Si vous êtes le souscripteur principal d'un régime de soins médicaux, vous devez présenter vos demandes personnelles à votre régime en premier. De plus, si votre conjoint profite également d'un régime d'avantages, il doit aussi s'adresser à son régime en premier.

Quand vous avez tous deux une couverture familiale, vous pouvez présenter la portion non payée des demandes au régime d'assurance de votre conjoint pour une coordination d'avantages.

Donc, vous pouvez recevoir toute portion payable du régime de votre conjoint, pour autant que la totalité de la somme qu'on vous rembourse ne dépasse pas 100 % du total de la réclamation. Si vous ne profitez pas de la CDA, vous ne maximisez pas la valeur totale de votre régime d'avantages.

La CDA et les demandes pour un enfant

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. a une règle à ce sujet. Pour faciliter les choses, considérez rapidement la date d'anniversaire de chaque parent et voyez laquelle est la plus proche du début de l'année. Quand les deux parents ont un régime d'avantages familial, les demandes pour les enfants à charge doivent être traitées par le régime du parent dont la date d'anniversaire est la plus proche du début de l'année. La règle utilise le mois puis le jour pour déterminer qui fêtera son anniversaire le premier dans l'année; elle ne tient pas compte de l'année de naissance. Quand les parents sont séparés ou divorcés, le parent qui a la garde de l'enfant est celui qui doit faire une demande en premier auprès de son régime.

Pensez-y bien...

- ◆ Êtes-vous couvert par le régime de votre conjoint? Si oui, vous devriez envisager un module restreint et profiter de la coordination des avantages. Reportez-vous à la section **Coordination des avantages** de ce guide.
- ◆ N'oubliez pas que vous pouvez utiliser votre compte gestion-santé (voir la section **Compte gestion-santé** de ce guide.)

Voici un exemple qui illustrera les avantages de la CDA :

Jim et Alice Foster ont deux enfants et deux régimes d'avantages familiaux. Jim participe au programme de soins dentaires de Croix Bleue Medavie de sa compagnie tandis qu'Alice participe au régime parrainé par son employeur auprès d'un autre assureur. Après s'être fait plomber une dent, Jim présente sa demande de réclamation au bureau de paiement rapide de Croix Bleue Medavie et est remboursé à 80 %. Son chèque est accompagné d'une Explication des avantages (EDA) – un relevé qui explique quelle portion de la demande a été payée. Il envoie ensuite son relevé EDA et sa demande originale à la compagnie d'assurance d'Alice, qui traite la demande et lui envoie un chèque pour le couvrir le solde non payé (20 %). Le résultat : les Foster ont été remboursés à 100 % pour le plombage de Jim. Quand Alice a une demande, elle l'envoie en premier à son assureur, puis à Croix Bleue Medavie. Le résultat est le même : les Foster sont remboursés à 100 %.

Qu'arrive-t-il quand les Foster veulent se faire rembourser les frais de soins dentaires de leur fille, Marissa, ou de leur garçon, Mark? Les demandes sont d'abord envoyées à la compagnie d'assurance du parent dont la date d'anniversaire est la plus proche du début de l'année, puis à l'assureur du deuxième parent. Dans le cas des Foster, Alice est née en mai et Jim, en juillet. Les demandes de remboursement de soins dentaires de Marissa ou de Mark sont donc toujours envoyées à la compagnie d'assurance d'Alice en premier, puis à Croix Bleue Medavie.

Maximisez vos dollars de soins médicaux. Si votre famille participe à plus d'un régime, utilisez les deux à votre avantage. C'est de l'argent en poche!

Aperçu de la CDA :

Pour les couples – chaque membre du couple présente une demande à son propre régime en premier, puis à celui du conjoint.

Pour les enfants – le parent dont l'anniversaire de naissance est le proche du début de l'année réclame en premier, puis l'autre parent.

QUESTIONS FRÉQUENTES ET RÉPONSES

Q. Si je me marie pendant l'année, puis-je changer ma couverture de «célibataire» à «famille» pour le reste de l'année?

A. Oui. Vous n'avez qu'à contacter le coordonnateur ou la coordonnatrice de la paye et des avantages, qui vous expliquera les fonds supplémentaires auxquels vous avez droit en tant employé ou que vous devez.

Q. Est-ce que je peux inscrire mes enfants comme personnes à charge au compte gestion-santé, mais pas dans ma couverture élargie de soins médicaux et dentaires?

A. Oui c'est possible. Même si vous n'avez pas de couverture de soins médicaux, de médicaments et de soins dentaires pour la famille, vous pouvez inscrire vos enfants et autres personnes à charge à votre compte gestion-santé s'ils répondent aux exigences de l'ARC (Agence du revenu du Canada) concernant les personnes à charge et l'impôt.

Q. Si je démissionne ou prends ma retraite, qu'arrivera-t-il de mes flex-crédits, utilisés ou non, et de ma couverture?

A. Les crédits sont gagnés et leur allocation se fait au prorata. Autrement dit, une somme sera déduite de la dernière paye pour toute somme non gagnée du compte gestion-santé (CGS) et pour les montants forfaitaires volontaires du REER collectif non déboursés. Voir **Cessation d'emploi et départ à la retraite** dans la section **Qu'est-ce qu'un compte gestion-santé (CGS)?**

Régime d'assurance maladie à la retraite (RAMR)

Le régime d'assurance maladie à la retraite d'Irving (**RAMR**) donne aux membres du régime d'avantages sociaux flexible d'Irving (**régime iFlex**) la possibilité de percevoir à la retraite deux types de prestations pour soins de santé. Chacun sait que lorsqu'on prend sa retraite, deux difficultés se présentent : d'une part, trouver une assurance maladie abordable et d'autre part, trouver l'argent nécessaire pour payer les primes et les autres frais médicaux qui ne sont pas pris en charge par les régimes d'assurance. Le **RAMR** donne les moyens de régler un de ces problèmes ou même les deux :

- en permettant aux employés de longue durée de **mettre de l'argent de côté avant impôt** avant le départ à la retraite pour payer les primes et les dépenses de santé à la retraite;
- en accédant à la **protection en matière de santé du régime iFlex pour retraite anticipée** à des tarifs préférentiels sans devoir répondre à un questionnaire médical (ce qui permet de faire la transition entre la retraite anticipée et l'âge de 65 ans, où l'assurance est disponible dans le cadre du régime d'assurance maladie des provinces).

Avantages

Épargner de l'argent avant impôt

Quiconque aura atteint l'âge de 50 ans à la fin de la prochaine année iFlex peut participer au début de la prochaine année iFlex. C'est simple, il suffit d'acheter des unités du **RAMR** avant de partir à la retraite. Une fois à la retraite, vous pourrez utiliser les crédits **RAMR** que vous aurez accumulés pour payer les primes d'assurance maladie et les dépenses médicales admissibles.

La couverture du **RAMR** est proposée sous forme d'unités individuelles d'une valeur de 100 \$ chacune. Vous pouvez vous procurer jusqu'à 10 unités par année (10 x 100 \$ = crédit de 1000 \$), jusqu'à concurrence de 160 unités (160 x 100 \$ = crédit de 16 000 \$). Ces unités de couverture seront gérées en votre nom par Croix Bleue Medavie pendant toute la période d'accumulation. Leur valeur sera bonifiée selon les grilles des versements périodiques différés pour les soins de santé de Croix Bleue Medavie dont les taux se basent sur celui des certificats de placement garanti amélioré sur cinq ans (CPG). Les maximums seront indexés annuellement selon l'Indice des prix à la consommation Canadien de la Santé.

L'avantage fiscal de la participation au **RAMR** comporte trois volets : 1) les flex-crédits avant impôt servent à payer les primes du **RAMR**; 2) la plus-value réalisée sur les unités de couverture du **RAMR** n'est pas imposable; 3) les sommes prélevées sur le **RAMR** après la retraite pour payer les primes et les frais médicaux admis par l'Agence du revenu du Canada (ARC) ne sont pas imposables.

Consultez le site de l'ARC pour en savoir plus sur les dépenses médicales admissibles. :

<http://www.cra-arc.gc.ca/tx/ndvdl/tpcs/ncm-tx/rtrn/cmpltng/ddctns/lns300-350/330-331/menu-fra.html>

Si vous avez atteint l'âge de 50 ans à votre première participation au programme, vous pouvez rattraper le temps où vous n'avez pas contribué en achetant jusqu'à 20 unités ou un crédit de 2000 \$ par année.

Important : Une fois que vous faites une contribution au RAMR, vous devez y contribuer chaque année au moins au niveau de crédit minimum de 100 \$. Si vous interrompez votre contribution pendant une année, vous ne pourrez plus participer au volet du programme qui permet d'épargner de l'argent avant impôt.

Accès à la protection en matière de santé du régime iFlex pour retraite anticipée

Si vous prenez votre retraite entre 55 et 65 ans et que la somme de votre âge et de vos années de service est égale ou supérieure à 75 (règle de 75), vous pouvez continuer à bénéficier du **régime iFlex** jusqu'à 65 ans, puis choisir une couverture parmi les modules proposés aux retraités. Cette couverture sera proposée à des tarifs de groupe préférentiels et vous n'aurez pas de questionnaire médical à remplir.

Deux types de couverture sont proposés aux retraités admissibles qui souhaitent adhérer au **régime iFlex**.

Régime de base pour retraité : Module Basique pour les soins médicaux autres que les médicaments et module Standard pour les médicaments (sans assurance voyage ni états critiques). La prime annuelle pour 2021 est de 682 \$ pour un célibataire et de 2169 \$ pour une famille.

Régime de base Plus pour retraité : Couverture de base plus assurance voyage et états critiques pour retraités. (Les assurances voyage et états critiques destinées aux retraités ont été modifiées par Croix Bleue Medavie. L'assurance voyage est limitée à 30 jours consécutifs à l'étranger et l'assurance états critiques est réduite à 10 000 \$ pour le participant, 2000 \$ pour son conjoint et 1000 \$ par personne à charge.) Pour 2021, la prime annuelle du **régime de base Plus pour retraité** est de 832 \$ pour un célibataire et de 2385 \$ pour une famille.

Les retraités admissibles au volet retraités du régime **iFlex** devront choisir s'ils y participent au moment de prendre leur retraite. S'ils décident de ne pas y participer, ils ne pourront plus le faire par la suite.

Consultez sur Pathway les renseignements concernant les avantages du régime **iFlex** ou demandez de la documentation à votre administrateur des RH ou des avantages sociaux pour en savoir plus sur les protections offertes.

À l'âge de 65 ans, vous passerez au régime du Nouveau-Brunswick pour les personnes âgées (ou à un autre régime provincial), là encore, sans avoir de questionnaire médical à remplir. Cela signifie que vous bénéficierez d'une protection ininterrompue en matière de santé au moment de l'emploi effectif, au départ à la retraite anticipée et à l'âge de 65 ans.

N'oubliez pas que pour bénéficier du régime iFlex et de ses tarifs préférentiels à la retraite sans avoir de questionnaire médical à remplir, vous devez avoir contribué au RAMR chaque année depuis votre adhésion au moins au niveau de crédit minimum de 100 \$.

Remarque : Si la règle de 75 ne s'applique pas à vous et que vous prenez votre retraite avant 65 ans sans avoir le droit de continuer à participer au **régime iFlex**, vous pouvez quand même utiliser les crédits **RAMR** que vous aurez accumulés pour payer les primes du régime de santé de Croix Bleue Medavie ou d'une autre compagnie et pour payer les dépenses médicales admissibles. Dans ce cas, vous devrez peut-être remplir le questionnaire médical du fournisseur de régime de santé pour obtenir la protection à un taux préférentiel.

Administration

Inscription

Il est facile de participer : il suffit de sélectionner un montant au l'écran du **RAMR** qui se trouve dans la section inscription en ligne au **régime iFlex**. Vous pouvez acheter votre couverture par unité de 100 \$, pour une somme allant du minimum annuel de 100 \$ au maximum annuel de 1000 \$. Le maximum annuel peut s'élever à 2000 \$ si vous avez des années à rattraper.

Accumulation du crédit

Chaque année, vous recevrez de Croix Bleue Medavie un relevé annuel indiquant la valeur de votre compte.

Dépenses de soins de santé après la retraite

Lorsque vous prenez votre retraite, que ce soit avant ou après 65 ans, vous pouvez utiliser le solde accumulé de votre **RAMR** pour payer les primes du régime de santé auquel vous avez adhéré ainsi que les dépenses médicales admissibles non couvertes par ce régime. Les sommes retirées ne sont pas imposables.

Chaque année, vous recevrez de Croix Bleue Medavie un relevé indiquant les frais payés ainsi que le solde disponible pour les futures primes et les frais médicaux admissibles.

Lorsque votre solde deviendra nul, vous devrez payer vous-même vos primes pour continuer à participer au régime de santé; ces primes ne seront plus prélevées sur votre **RAMR**. Parallèlement, les dépenses admises par l'ARC ne seront plus remboursées par votre **RAMR**. À partir de ce moment, vous devrez déboursier tous les paiements après impôt.

Indemnité de décès

Avant et après la retraite – Vos contributions au RAMR et la valeur accumulée sont assorties d'une assurance-vie dont vous devez désigner le bénéficiaire au moment de votre adhésion. Dans l'éventualité de votre décès, le bénéficiaire recevra un capital d'assurance-vie équivalent à la valeur de votre **compte**

RAMR. Il pourra recevoir le capital de l'assurance-vie ou l'affecter à un nouveau compte RAMR Croix Bleue Medavie qui servira à couvrir de futures dépenses médicales.

Et si je quitte l'entreprise avant la retraite?

Les crédits **RAMR** que vous aurez accumulés seront immédiatement mis à votre disposition par Croix Bleue Medavie pour payer les primes du régime de santé contracté auprès d'un fournisseur ainsi que les dépenses médicales admises par l'ARC. Vous devrez peut-être remplir un questionnaire médical pour bénéficier des tarifs préférentiels. Croix Bleue Medavie peut vous renseigner sur les possibilités qui s'offrent à vous en cas de départ.

Toutes les dispositions du régime d'assurance **RAMR** sont assujetties aux règlements et interprétations de l'Agence du revenu du Canada, qui peuvent faire l'objet de modifications ponctuelles se répercutant sur la situation fiscale des fonds du **RAMR**. Au Québec, les indemnités pourraient être considérées comme un avantage imposable dans le cadre de l'impôt provincial sur le revenu. En Ontario et au Québec, les indemnités du **RAMR** sont assujetties à la taxe de vente provinciale.

Les crédits **RAMR** n'ont pas de valeur monétaire à moins d'être utilisés pour le paiement de primes ou de dépenses médicales admises par l'ARC.

NOTES :