

Sommaire des garanties

J. D. IRVING, LIMITED

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE IRVING

VENEER SAWMILL UNION

6975 301-303

GROUPE IRVING : RÉGIME COLLECTIF DES GARANTIES FLEXIBLES
SOINS DE SANTÉ ET SOINS DENTAIRES
ASSURANCES VIE, DMA ET INVALIDITÉ

Date d'effet: 1^{er} janvier 2019

EMPLOYÉS ADMISSIBLES :

- permanents
- à temps plein
- activement au travail à la date d'admissibilité
- résidents du Canada et
- inscrits comme bénéficiaires d'une couverture gouvernementale de soins de santé dans leur province de résidence (requis pour les garanties Soins de santé & Soins dentaires)

PÉRIODE D'ADMISSIBILITÉ - 75 jours ouvrables d'emploi continu

Les **RÉGIMES DE GARANTIES MÉDICAMENTS DU QUÉBEC** (Garanties Médicaments O, IT et 11) s'appliquent seulement aux employés :

- qui travaillent pour une entreprise possédant un établissement au Québec et,
- qui travaillent au Québec et,
- qui résident au Québec.

Les **GARANTIES MÉDICAMENTS STANDARDS** (Garanties Médicaments PX, PY et PZ) s'appliquent à tous les autres employés.

CHANGEMENTS AUX OPTIONS FLEXIBLES DU RÉGIME – VOTRE ADMINISTRATEUR VOUS INDIQUERA À QUEL MOMENT VOUS POURREZ PASSER D'UNE OPTION À UNE AUTRE

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 contrat collectif détenu par votre employeur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le contrat collectif, le contrat collectif prévaut, dans la mesure où la loi l'autorise.

De nouvelles lois ou des changements aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) pourraient entrer en vigueur après la date d'émission et, par conséquent, certaines informations contenues dans cette brochure pourraient ne pas être à jour.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS..... | 1 |
| SOMMAIRE DES GARANTIES | 3 |
| GÉNÉRALITÉS | 22 |
| MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES | 25 |
| SOINS DE SANTÉ..... | 28 |
| SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (OPTION A)..... | 30 |
| HOSPITALISATION - AU CANADA (OPTIONS B et C)..... | 32 |
| SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA (OPTIONS B et C)..... | 32 |
| SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS B et C)..... | 34 |
| SOINS DE LA VUE (OPTIONS B et C) | 36 |
| MÉDICAMENTS ASSURÉS (OPTIONS A, B et C)..... | 39 |
| PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C) | 44 |
| SOINS DENTAIRES (OPTIONS A, B et C) | 56 |
| ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE..... | 58 |
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE..... | 61 |
| ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE..... | 62 |
| ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE | 63 |
| ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE | 69 |
| ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE..... | 74 |
| COORDONNÉES DE CROIX BLEUE MEDAVIE..... | 79 |

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection de soins de santé, d'assurance vie et une protection voyage de qualité, Croix Bleue Medavie recueille et conserve des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. La présente section a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie.

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

Que sont les renseignements personnels?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. 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 Croix Bleue Medavie fait-elle de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels permettent à Croix Bleue Medavie de traiter vos demandes de protection en vertu des régimes de soins de santé, d'assurance vie et de protection voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans le contrat auquel vous êtes adhérent admissible
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats, et*
- à administrer notre entreprise

* ne s'applique pas à l'Ontario et au Québec

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

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

- d'autres Croix Bleue 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 fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service
- des organismes gouvernementaux et de réglementation en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif, et
- le titulaire de certificat de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert.

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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 Medavie juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

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

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

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

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec nous, en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

www.medavie.croixbleue.ca

1-800-667-4511

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

ou

privacyofficer@medavie.bluecross.ca

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

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES NIVELÉE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Couverture individuelle accordée en vertu des garanties Soins de santé et Soins dentaires

Maximum pour l'adhérent : 20 000 \$*

Couverture familiale accordée en vertu des garanties Soins de santé et Soins dentaires

Maximum pour l'adhérent : 20 000 \$*

Maximum pour le conjoint : 4 000 \$*

Maximum par enfant : 2 000 \$*

***Pour une description détaillée, référez-vous à la liste des maladies redoutées assurées sous la section Maladies redoutées de cette brochure.**

L'adhérent, le conjoint et chaque enfant peuvent soumettre une demande de règlement au montant de l'assurance indiqué ci-dessus suivant un délai d'admission de 30 jours. C'est-à-dire que l'assuré doit survivre à l'apparition de la maladie redoutée pour une période de 30 jours avant qu'il y ait versement de prestation. À la fin de cette période de 30 jours, l'état de l'assuré doit toujours correspondre à la définition de maladie redoutée. La clause de conditions préexistantes s'applique et les personnes qui adhèrent au régime en retard devront présenter une preuve d'assurabilité.

Un certificat médical doit être présenté dans les 365 jours suivant l'expiration du délai d'admission de 30 jours décrit ci-dessus.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au 65^e anniversaire de l'adhérent, selon la première éventualité.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ Option A :

HOSPITALISATION – Aucune protection

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER – Régime F

- les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue contractée pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence
- le paiement est effectué par l'entremise du service Assistance dans le monde entier
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA – Régime F

- les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux fournis à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIES SOINS DE SANTÉ – AUTRES QUE MÉDICAMENTS

Franchises

Régime TA (**individuel**)

- franchise de 100 \$ par année civile
- maximum de 200 \$ de déboursé par année civile (incluant la franchise)

Régime TB (**familial**)

- franchise globale de 200 \$ par famille, par année civile
- maximum de 400 \$ de déboursé par année civile (incluant la franchise)

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – Régimes TA et TB

- remboursement à l'adhérent
- le régime rembourse 65 % des frais admissibles après satisfaction de la franchise
- le régime rembourse 100 % des frais lorsque le déboursé maximum par année civile est atteint (sujet à des maximums spécifiques).

SOINS DE LA VUE – Aucune protection

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ Option B :

HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT – Régime SP

- chambre privée ou semi-privée
- paiement direct à l'hôpital
- le régime rembourse 80 % des frais admissibles

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER - Régime F

- les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue contractée pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence
- le paiement est effectué par l'entremise du service Assistance dans le monde entier
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA – Régime F

- les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux fournis à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIES SOINS DE SANTÉ – AUTRES QUE MÉDICAMENTS

Franchises

- Régime JN (individuel)
- franchise de 50 \$ par année civile

- Régime JP (**familial**)
- franchise globale de 100 \$ par famille, par année civile

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – Plan JN, JP

- remboursement à l'adhérent
- le régime rembourse 80 % des frais admissibles après satisfaction de la franchise (sujets à des maximums spécifiques).

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ Option B : (suite)

SOINS DE LA VUE – Régime JN, Régime JP (*ActionSanté*)

Le paiement est effectué sous forme de remboursement à l'adhérent après satisfaction de la franchise de 50 \$/100 \$ (individuel/familial).

Verres/lentilles cornéennes

Les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes visent à rembourser le coût des verres (**maximum de deux**) ou des lentilles cornéennes et **100 % des honoraires professionnels applicables**, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

S'il y a eu un changement important de la vision, les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes s'appliquent :

- lorsque survient un certain changement de l'erreur de réfraction.

S'il n'y a eu aucun changement important de la vision, les prestations relatives aux verres et lentilles cornéennes sont payables de la façon suivante :

- toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Examen de la vue/montures

Le remboursement est à 80 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 160 \$, et s'applique :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Pour plus de détails au sujet des garanties, veuillez consulter la page appropriée de la section Soins de santé de la présente brochure.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ Option C :

HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT – Régime 5

- chambre privée ou semi-privée
- paiement direct à l'hôpital
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles

PROTECTION-VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER – Régime F

- les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue contractée pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence
- le paiement est effectué par l'entremise du service Assistance dans le monde entier
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA – Régime F

- frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux donnés à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré
- les garanties prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou lorsque l'adhérent atteint 75 ans, selon la première de ces éventualités

GARANTIES SOINS DE SANTÉ – AUTRES QUE MÉDICAMENTS

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – Plan JR

- remboursement à l'adhérent
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles (sujets à des maximums spécifiques).

SOINS DE LA VUE – Régime JR (*ActionSanté*)

Verres/lentilles cornéennes

Les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes visent à rembourser le coût des verres (**maximum de deux**) ou des lentilles cornéennes et **100 % des honoraires professionnels applicables**, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

S'il y a eu un changement important de la vision, les garanties relatives aux verres et aux lentilles cornéennes s'appliquent :

- lorsque survient un certain changement de l'erreur de réfraction.

S'il n'y a eu aucun changement important de la vision, les prestations relatives aux verres et lentilles cornéennes sont payables de la façon suivante :

- toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Le paiement est effectué sous forme de remboursement à l'adhérent.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

SANTÉ Option C : (suite)

SOINS DE LA VUE – Régime JR (*ActionSanté*)

Examen de la vue/montures

Le remboursement est à 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 200 \$, et s'applique :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Le paiement est effectué sous forme de remboursement à l'adhérent.

Pour plus de détails au sujet des garanties, veuillez consulter la page appropriée de la section Soins de santé de la présente brochure.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

Garanties Médicaments standard

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales, à des montants maximums, à des franchises, à des quotes-parts ou à d'autres maximums approuvés par Croix Bleue Medavie.

MÉDICAMENT Option A :

MÉDICAMENTS ASSURÉS – Régime PX (Liste des médicaments *ActionSanté* FLX)

Cette liste comprend les médicaments et produits sur ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie. Sont exclus les médicaments visant à améliorer le style de vie qui comprennent, sans s'y limiter : les contraceptifs oraux, les médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile, les produits pour cesser de fumer, les médicaments de fertilité, les médicaments pour le traitement de l'obésité, les produits liés à la perte de poids et les médicaments contre la toux et le rhume.

- paiement direct à la pharmacie
- l'adhérent paie la majoration plus les frais d'honoraires pour chaque médicament admissible sur l'ordonnance. Une fois le déboursé individuel de 350 \$ par année civile ou le déboursé familial global de 700 \$ par année civile atteint*, le régime rembourse 100 % du total des frais admissibles.

* Les médicaments spécialisés onéreux sélectionnés ne sont pas inclus dans le déboursé maximum, ni ne sont remboursés à 100 % lorsque le déboursé maximum est atteint.

Certains médicaments admissibles 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 à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

MÉDICAMENT Option B :

MÉDICAMENTS ASSURÉS – Régime PY (Liste des médicaments *ActionSanté* MA + MA3)

Cette liste comprend les médicaments sur ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie et certains médicaments visant à améliorer le style de vie, y compris les contraceptifs oraux. Les produits pour cesser de fumer sont exclus.

- paiement direct à la pharmacie
- l'adhérent paie la majoration plus les frais d'honoraires, jusqu'à concurrence de 15 \$ pour chaque médicament admissible sur l'ordonnance
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles restants

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

Garanties Médicaments standard

MÉDICAMENT Option B (suite)

Certains médicaments admissibles 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 à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

MÉDICAMENT Option C :

MÉDICAMENTS ASSURÉS – Régime PZ (Liste des médicaments assurés CM)

Cette liste comprend les médicaments sur ordonnance et certains produits sur ordonnance jugés nécessaires au maintien de la vie approuvés par Croix Bleue Medavie. Les produits pour cesser de fumer sont exclus.

- paiement direct à la pharmacie
- l'adhérent paie la majoration plus les frais d'honoraires, jusqu'à concurrence de 15 \$ pour chaque médicament admissible sur l'ordonnance
- le régime rembourse 100 % des frais admissibles restants

Certains médicaments admissibles 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 à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

Garanties médicaments du Québec

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales, à des montants maximums, à des franchises, à des quotes-parts ou à d'autres maximums approuvés par Croix Bleue Medavie. Tous les frais de médicaments sont sujets aux frais usuels, raisonnables et conformes sont complémentaires au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

MÉDICAMENTS Option A :

MÉDICAMENTS ASSURÉS – Régime O

Liste RAMQ - Les médicaments admissibles au remboursement sont les produits couverts en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, tels que déterminés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Certains médicaments d'ordonnance sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales.

- paiement direct à la pharmacie
- l'adhérent paie le pourcentage de remboursement fixé par la RAMQ de chaque médicament admissible sur l'ordonnance. Une fois le déboursé maximal par assuré par année civile fixé par la RAMQ atteint, le régime paie 100 % du total des frais admissibles.

Certains médicaments admissibles 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 à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

MÉDICAMENTS Option B :

MÉDICAMENTS ASSURÉS – Régime IT

Liste MA - Cette garantie comprend les médicaments sur ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie et certains médicaments visant à améliorer le style de vie, comprenant les contraceptifs oraux.

Liste RAMQ - Les médicaments admissibles au remboursement sont les produits couverts en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, tels que déterminés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Certains médicaments d'ordonnance sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales.

- paiement direct à la pharmacie
- l'adhérent paie 20 % de chaque médicament admissible sur l'ordonnance. Une fois le déboursé individuel de 350 \$ par année civile ou le déboursé familial global de 700 \$ par année civile atteint, le régime rembourse 100 % du total des frais admissibles.

Certains médicaments admissibles 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 à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DE SANTÉ

GARANTIES MÉDICAMENTS DU QUÉBEC (Suite)

MÉDICAMENTS Option C :

MÉDICAMENTS ASSURÉS – Régime 11

Liste CM - Cette garantie comprend les médicaments sur ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie et certains médicaments d'ordonnance essentiels au maintien de la vie et qui sont approuvés par Croix Bleue Medavie. Les produits pour cesser de fumer sont exclus.

Liste RAMQ - Les médicaments admissibles au remboursement sont les produits couverts en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, tels que déterminés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Certains médicaments d'ordonnance sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales.

- paiement direct à la pharmacie
- l'adhérent paie 20 % de chaque médicament admissible sur l'ordonnance, jusqu'à concurrence de 15 \$ par médicament
- le régime paie 100 % des dépenses restantes admissibles

Certains médicaments admissibles 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 à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue Medavie et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES Option A :

SOINS DENTAIRES – Régime XR (*ActionSanté*)

Remarque : La présente garantie est limitée et restreint les services d'entretien. Veuillez consulter la section Soins dentaires de la présente brochure pour de plus amples renseignements.

SOINS DE BASE – Aucune protection

PRÉVENTION – Aucune protection

PARODONTIE

- le régime rembourse 70 % des frais admissibles
- le remboursement maximum pour la parodontie est de 2 450 \$ par assuré, pour toute période de cinq années civiles consécutives

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

- le régime rembourse 70% des frais admissibles
- remboursement maximum de 1 500 \$ par année civile
- certains services requièrent une **autorisation spéciale**. Veuillez vous référer à la page appropriée des Soins dentaires de la présente brochure pour plus d'information.

ORTHODONTIE

- le régime rembourse 50 % des frais admissibles
- remboursement maximum de 2 000 \$ viager par assuré

GUIDE DES TARIFS

- le guide de l'année courante des honoraires des dentistes généralistes de l'Association dentaire de la province de résidence de l'adhérent
- les soins de restauration majeure admissibles sont remboursés conformément au guide d'honoraires des spécialistes si les services sont rendus par un spécialiste

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES Option B :

SOINS DENTAIRES – Régime XS (*ActionSanté*)

SOINS DE BASE

- le régime rembourse 80 % des frais admissibles

PRÉVENTION

- le régime rembourse 80 % des frais admissibles

PARODONTIE

- le régime rembourse 70 % des frais admissibles
- le remboursement maximum pour la parodontie est de 2 450 \$ par assuré, pour toute période de cinq années civiles consécutives

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

- le régime rembourse 70 % des frais admissibles
- remboursement maximum de 1 500 \$ par année civile
- certains services requièrent une **autorisation spéciale**. Veuillez vous référer à la page appropriée des Soins dentaires de la présente brochure pour plus d'information.

ORTHODONTIE

- le régime rembourse 50 % des frais admissibles
- remboursement maximum de 2 000 \$ viager par assuré

GUIDE DES TARIFS

- le guide de l'année courante des honoraires des dentistes généralistes de l'Association dentaire de la province de résidence de l'adhérent
- les soins de restauration majeure admissibles sont remboursés conformément au guide d'honoraires des spécialistes si les services sont rendus par un spécialiste

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
Croix Bleue Medavie

SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES Option C :

SOINS DENTAIRES – Régime XT (*ActionSanté*)

SOINS DE BASE

- le régime rembourse 100 % des frais admissibles

PRÉVENTION

- le régime rembourse 100 % des frais admissibles

PARODONTIE

- le régime rembourse 70 % des frais admissibles
- le remboursement maximum pour la parodontie est de 2 450 \$ par assuré, pour toute période de cinq années civiles consécutives

SERVICES DE RESTAURATION MAJEURE

- le régime rembourse 70 % des frais admissibles
- remboursement maximum de 1 500 \$ par année civile
- certains services requièrent une **autorisation spéciale**. Veuillez vous référer à la page appropriée des Soins dentaires de la présente brochure pour plus d'information.

ORTHODONTIE

- le régime rembourse 50 % des frais admissibles
- remboursement maximum de 2 000 \$ viager, par assuré

GUIDE DES TARIFS

- le guide de l'année courante des honoraires des dentistes généralistes de l'Association dentaire de la province de résidence de l'adhérent
- les soins de restauration majeure admissibles sont remboursés conformément au guide d'honoraires des spécialistes si les services sont rendus par un spécialiste

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

| | |
|------------------------------|--|
| Montant assurable : | Deux fois le salaire annuel de base |
| Protection maximale : | 80 000 \$ |
| Réduction de la protection : | Le 1 ^{er} janvier coïncidant avec ou suivant immédiatement : 65 ans – 50 % du montant d'assurance 70 ans – 5 000 \$ |

Tous les montants d'assurance sont arrondis au 500 \$ supérieur.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE VIE COLLECTIVE FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Montant assurable : Multiples de 25 000 \$

Protection maximale 500 000 \$

Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance vie facultative.

Fin de la couverture : La couverture prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 70 ans, selon la première éventualité.

Fin de la couverture : La couverture du conjoint prend fin à la retraite de l'adhérent, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 70 ans, ou lorsque le conjoint ne répond plus à la définition d'une personne à charge, selon la première éventualité.

TAUX

Taux mensuels (par 1 000 \$)

| Âge de l'adhérent ou du conjoint | Fumeur | | Non-fumeur | |
|---|--------|-------|------------|-------|
| | Homme | Femme | Homme | Femme |
| Moins de 30 | 0,06 | 0,04 | 0,04 | 0,02 |
| 30-34 | 0,09 | 0,05 | 0,04 | 0,02 |
| 35-39 | 0,10 | 0,05 | 0,06 | 0,03 |
| 40-44 | 0,17 | 0,10 | 0,09 | 0,05 |
| 45-49 | 0,26 | 0,17 | 0,13 | 0,09 |
| 50-54 | 0,55 | 0,32 | 0,27 | 0,17 |
| 55-59 | 0,83 | 0,47 | 0,43 | 0,30 |
| 60-64 | 1,35 | 0,74 | 0,75 | 0,43 |
| 65-69 | 2,38 | 1,28 | 1,32 | 0,75 |

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Conjoint : 10 000 \$

Enfant : 5 000 \$

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite de l'adhérent ou à sa cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

Le montant principal est égal au montant de l'assurance vie collective de base.

Réduction de la protection : Le 1^{er} janvier coïncidant avec ou suivant immédiatement :
65 ans – 50 % du montant d'assurance
70 ans – 5 000 \$

Tous les montants d'assurance sont arrondis au 500 \$ supérieur.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Montant assurable : 67 % du revenu hebdomadaire habituel

Prestation maximale : Maximum de l'A.-E.

Délai de carence : 0 jour civil dans le cas d'un accident
0 jour civil dans le cas d'une hospitalisation
7 jours civils dans le cas d'une maladie

Hospitalisation signifie que l'adhérent a été admis dans un hôpital général agréé comme patient alité pour un séjour minimal d'une nuit.

Durée maximale des prestations: 15 semaines
(Excluant le délai de carence dans le cas d'une maladie)

Les prestations reçues sont imposables.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première de ces éventualités.

Cette garantie a pour but de remplacer partiellement la perte de revenu survenue en raison d'une d'invalité causée par un accident ou une maladie.

SOMMAIRE DES GARANTIES
Souscrit auprès de
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

MONTANT DE L'ASSURANCE

| | |
|-----------------------|---|
| Montant assurable : | 50 % du revenu mensuel |
| Prestation maximale : | \$1,500* par mois, date d'effet 22 janvier 2016 \$1,900* par mois, date d'effet 1 ^{er} janvier 2018 \$2,000* par mois, date d'effet 1 ^{er} janvier 2021 |

*L'augmentation de la prestation maximale est applicable seulement aux invalidités qui surviennent après la date d'effet de cette augmentation.

| | |
|--------------------|--|
| Délai de carence : | La fin du versement de la prestation d'invalidité de courte durée ou 112 jours civils, selon la première éventualité |
|--------------------|--|

| | |
|--------------------------|---|
| Période de prestations : | Cessation d'invalidité, au décès ou à l'âge de 65 ans, selon la première de ces éventualités. |
|--------------------------|---|

Les prestations reçues sont non imposables.

Fin de la protection : La protection prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à l'âge de 65 ans, selon la première de ces éventualités. La protection pour les adhérents actifs prend fin à 65 ans moins le délai de carence.

GÉNÉRALITÉS

Pour faciliter la lecture, « la compagnie » désigne « Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada » pour les garanties Vie, Décès et mutilation accidentels, Salaire de courte durée, Salaire de longue durée et Maladies graves, et désigne « Medavie Inc. » pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires.

EMPLOYÉS ADMISSIBLES

Vous êtes admissibles aux garanties si vous répondez aux conditions d'admissibilité indiquées au Sommaire des garanties (voir la première page de cette brochure).

Les employés doivent adhérer au régime en remplissant un formulaire de demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la période d'admissibilité. La protection entre en vigueur à la date d'admissibilité sauf lorsque : a) l'employé n'est pas activement au travail le jour de la prise d'effet, ou b) la demande est présentée après le délai d'adhésion de 31 jours.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous auriez normalement été admissible à la protection, l'entrée en vigueur du régime sera reportée à la date à laquelle vous retournerez au travail à temps plein.

Un employé est considéré activement au travail à la date d'effet s'il se présente au lieu où il travaille habituellement pour le preneur et s'il est capable d'accomplir les tâches régulières de son travail sur une base permanente. Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, 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 activement au travail tant qu'il est capable d'accomplir les tâches régulières de son travail.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

On entend par « personne à charge » votre conjoint tel que défini ci-dessous. La couverture des personnes à charge prend effet le même jour que votre couverture ou, si une personne à charge est ajoutée plus tard, la couverture à leur égard prend effet dès qu'elle devient admissible.

On entend par « conjoint » une personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an.

On entend par « enfant à charge » un enfant ou une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est votre enfant naturel ou adopté ou celui de votre conjoint, ou un enfant dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de vous ou de votre 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 26 ans et fréquente à plein temps 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.

GÉNÉRALITÉS

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES (suite)

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 pour son soutien. La Compagnie peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience de l'enfant lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

PREUVE D'ASSURABILITÉ

La preuve d'assurabilité n'est pas requise si la demande est présentée dans les 31 jours à partir de la date où, pour la première fois, la personne devient admissible. Si la demande d'adhésion n'est pas faite au cours de ce délai de 31 jours, une preuve d'assurabilité peut être demandée pour l'adhérent et les personnes à sa charge, s'il y a lieu, avant la prise d'effet de la protection.

La déclaration de santé peut être requise dans certaines autres situations avant que la couverture ne soit approuvée. Vous devrez assumer les frais relatifs à l'obtention d'une déclaration de bonne santé si vous ou vos personnes à charge ne présentez pas de demande d'adhésion dans le délai de 31 jours à partir de la date d'admissibilité.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Toute désignation de bénéficiaire effectuée en vertu du contrat d'assurance collective antérieur sera reportée au présent contrat. Vous devez vérifier la désignation existante pour vous assurer qu'elle reflète vos intentions présentes.

FIN DE LA PROTECTION

Votre protection et celle de vos personnes à votre charge prendra fin à la première de ces éventualités :

- la date de votre cessation d'emploi
- la date à laquelle vous cessez d'être admissible en raison de votre retraite, de votre décès, d'une limite d'âge, d'un changement de catégorie d'employés, etc.
- la date de résiliation du contrat d'assurance collective.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations similaires sont prévues dans plus d'une section des garanties de soins de santé, toute demande de règlement sera évaluée de façon à offrir la prestation la plus avantageuse.

À l'exception de la Protection-voyage dans le monde entier, si vous êtes admissible à des protections semblables en vertu d'un autre régime d'assurance collective, le montant payable en vertu du présent régime, sera coordonné aux autres régimes d'assurance et ne pourra dépasser 100 % des dépenses admissibles. Lorsque les deux conjoints d'une famille détiennent une couverture en raison du régime de leur employeur, le premier payeur de chacune des demandes de règlement des conjoints correspondra à celui de leur régime respectif. Tout montant qui n'est pas payé par le premier payeur peut alors être soumis à des fins de considération au régime d'assurance du conjoint (le second payeur).

GÉNÉRALITÉS

COORDINATION DES PRESTATIONS (suite)

Le paiement des prestations sera coordonné avec tout autre régime ou contrat, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP), afin que le maximum reçu de toutes sources ne soit pas plus grand que les dépenses réelles encourues.

Les remboursements en vertu de la Protection-voyage dans le monde entier de la présente police sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de toute autre police, tel qu'indiqué dans les Exclusions de la Protection-voyage dans le monde entier.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

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 Medavie est en droit d'acquérir vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue Medavie.

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.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Chaque procédure ou demande en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie), pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du contrat, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi sur les assurances.

MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES

PRESTATIONS PAYABLES DU VIVANT DE L'ASSURÉ

Ces prestations vous seront payées en un montant forfaitaire si vous ou vos personnes à charge souffrez d'une maladie redoutée. Vous devez fournir une preuve médicale satisfaisante à Croix Bleue Vie dans les 365 jours suivant la fin du délai de carence.

Le montant global des prestations pour maladies redoutées avec tableau nivelé ne doit pas excéder 100 % du montant de la protection en vigueur. Une personne assurée à qui l'on a versé le montant le moins élevé du barème des prestations peut demander de recevoir le solde du montant principal pourvu que la protection demeure en vigueur et que le critère relatif au niveau de prestations de 100 % soit satisfait.

Les prestations sont payées une seule fois pour toute condition assurée résultant d'une même maladie ou d'un état de santé qui y est relié. Les manifestations multiples et non reliées seront assurées, à condition que toutes les prestations combinées n'excèdent pas le maximum viager alloué. L'indemnité maximale viagère par assuré pour toutes les maladies redoutées est de deux fois le montant spécifié au Sommaire des garanties.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune prestation pour maladies redoutées ne sera versée si l'invalidité, la maladie, la blessure ou l'accident survient pendant la participation à un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Les prestations pour maladies redoutées ne sont pas payables en cas d'une maladie ou d'un état de santé résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- un accident, sauf pour les brûlures graves; ou
- une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit; ou
- une insurrection, une guerre (déclarée ou non), des actes hostiles de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
- la conduite d'un véhicule alors que le taux d'alcool dans le sang de l'assuré est supérieur à la limite permise par la juridiction où l'accident est survenu. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend, sans s'y limiter, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, la bicyclette, la motoneige ou le bateau).

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Les prestations pour maladies redoutées ne sont pas payables par suite d'une condition préexistante, sauf si la maladie redoutée se manifeste après 24 mois consécutifs de protection.

Une condition préexistante désigne toute maladie ou condition pour laquelle vous, ou vos personnes à charge, avez reçu un traitement médical, une consultation, des soins ou des services (y compris des mesures diagnostiques) ou pour lequel des médicaments ont été prescrits au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'effet de la protection.

MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES

MALADIES REDOUTÉES ASSURÉES

Dans le cas des trois (3) maladies redoutées suivantes, la prestation pour maladie redoutée nivelée permet un paiement des prestations à 100 % ou à 40 % du montant couvert, selon la gravité de la maladie. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour obtenir le libellé exact du contrat.

Cancer - 40 % des prestations sont payables pour certains cancers qui ne constituent pas un danger de mort (certaines exclusions s'appliquent).

100 % des prestations sont payables pour la plupart des cancers invasifs ainsi que les cas de tumeurs cérébrales inopérables. L'expression « invasif » désigne un cancer qui s'est répandu à d'autres parties du corps.

Crise cardiaque - 40 % des prestations sont payables pour une crise cardiaque de classe III, qui se traduit par une limitation significative des activités physiques.

100 % des prestations sont payables pour une crise cardiaque de classe IV, qui se traduit par l'incapacité de faire une activité physique sans ressentir de malaise.

Accident vasculaire cérébral (AVC) - 40 % des prestations sont payables pour un AVC entraînant des complications neurologiques pendant plus de 30 jours.

100 % des prestations sont payables pour un AVC entraînant des complications neurologiques pendant plus de 30 jours et résultant en l'incapacité d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Dans le cas des maladies redoutées restantes, la garantie est payée à 100 %.

Maladie d'Alzheimer - diagnostic sans équivoque d'une maladie dégénérative du cerveau entraînant une perte importante du fonctionnement mental et social.

Cécité - diagnostic sans équivoque d'une perte permanente de la vue des deux yeux.

Brûlures - brûlures au troisième degré, subies au cours d'un seul et même accident et couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.

Coma - état d'inconscience présentant une absence de réactions aux stimuli externes ou de réponse aux besoins internes pendant une période continue de 30 jours.

Surdité - diagnostic sans équivoque de la perte permanente et totale de l'ouïe des deux oreilles.

Perte de la parole - perte de la parole complète et incurable caus e par une maladie physique.

Insuffisance majeure d'un organe - insuffisance incurable et en phase terminale, à un stade avanc e ou à évolution rapide, des reins, du foie, des poumons ou du cœur, pour laquelle vous, ou vos personnes à charge, n'êtes pas candidat à recevoir une transplantation.

MALADIES REDOUTÉES NIVELÉES

MALADIES REDOUTÉES ASSURÉES (suite)

Insuffisance majeure d'un organe vital nécessitant une transplantation - insuffisance incurable des reins, du foie, des poumons ou du cœur nécessitant la transplantation de l'organe en question. L'acceptation à un programme reconnu est requise.

Maladie des motoneurones - comprend les maladies résultant de la perte de contrôle des muscles volontaires, comme la maladie de Lou Gehrig. Un diagnostic sans équivoque doit être posé et la maladie doit être telle que vous, ou vos personnes à charge, êtes incapables d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Sclérose en plaques - diagnostic sans équivoque posé par un neurologue reconnu. La maladie doit être telle que vous, ou vos personnes à charge, êtes incapable d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Paralysie - perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus causée par un déficit neurologique.

Maladie de Parkinson - diagnostic sans équivoque posé par un neurologue reconnu. La maladie doit être telle que vous, ou vos personnes à charge, êtes incapables d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide.

Démence sénile - diagnostic sans équivoque d'une maladie dégénérative du cerveau entraînant une perte importante du fonctionnement mental et social.

Tous les diagnostics doivent avoir été rendus par un médecin spécialiste reconnu.

ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE

Quatre (4) des maladies décrites précédemment font allusion aux cinq (5) activités de la vie quotidienne suivantes qu'une personne devrait normalement accomplir sans aide. Il s'agit de :

Se nourrir - porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche.

S'habiller - mettre et enlever les articles vestimentaires nécessaires qui sont habituellement portés, y compris les orthèses de membres inférieurs.

Se laver - la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme des robinets et de la douche, entrer dans la baignoire et en ressortir, ainsi que se sécher.

Se déplacer - la capacité de se déplacer seul d'un endroit à l'autre avec ou sans matériel d'aide à la marche.

Utiliser les toilettes - (incluant la continence) la capacité d'utiliser les toilettes, une chaise d'aisance ou un urinoir.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les formulaires de demande de règlement sont disponibles auprès de votre employeur.

En cas de décès ou de toute autre perte, les demandes de règlement doivent être reçues par Croix Bleue Vie dans un délai d'un (1) an suivant la perte.

SOINS DE SANTÉ

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais usuels, habituels et raisonnables pour ces services admissibles, en tenant compte de la franchise, du pourcentage de remboursement ou du montant maximum indiqués au Sommaire des garanties et du montant maximal de prestation indiqué ci-dessous.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA (OPTION A)

HONORAIRES DE MÉDECIN - les frais engagés pour des services reçus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré en excédent de l'indemnité offerte par le régime gouvernemental d'assurance maladie de l'adhérent.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais de transport d'un patient en civière par un service professionnel d'ambulance ou par avion, si nécessaire, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique à bord d'un vol régulier. Le montant maximum admissible est de 1 000 \$ par année civile.

ACCOMPAGNATEUR DANS L'AMBULANCE - les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient), lorsque médicalement nécessaire. Le montant maximum admissible est de 500 \$ par année civile.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - les honoraires pour soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré (ailleurs que dans une maison de convalescence ou une maison de santé) donnés par un infirmier autorisé, un infirmier de l'Ordre de Victoria du Canada, un conseiller régional en soins infirmiers ou un infirmier auxiliaire autorisé, lorsque nécessaires sur le plan médical, sur autorisation écrite du médecin traitant.

De plus, les services offerts par un aide-soignant (dûment autorisé) sont admissibles en vertu de la présente garantie jusqu'à concurrence de quatre heures par jour. Ces aides-soignants offrent des services essentiels relatifs aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se nourrir et se déplacer. Vous êtes admissible à des services rendus par un aide-soignant à votre domicile lorsque vous êtes sous les soins actifs d'un infirmier ou si vous nécessitez temporairement des soins à domicile pendant votre période de rétablissement à votre sortie de l'hôpital. Les services qui ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie comprennent les soins de garde, l'entretien ménager léger, la préparation de repas, le magasinage, le transport et les soins de relève (les soins aux patients prodigués à domicile de façon intermittente visant à offrir une aide temporaire à l'aidant naturel de la famille).

Seuls les services approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie et dispensés par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie seront examinés aux fins de remboursement. Si vous ou l'une de vos personnes à charge nécessitez de tels services, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie en composant le numéro sans frais : **1-800-667-4511**

Le montant maximum admissible est de 10 000 \$ par assuré, par année civile. Le paiement des frais admissibles sera basé sur le barème de paiement visant les infirmiers privés établi par Croix Bleue Medavie pour la province de résidence de l'assuré.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA (OPTION A)

SERVICES DIAGNOSTIQUES- les frais pour des services diagnostiques lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue Medavie et qui, selon Croix Bleue Medavie, possède les qualifications requises pour rendre de tels services. Ces services incluent les analyses de laboratoire.

OXYGÈNE - coût de l'oxygène.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (OPTION A)

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT - le coût des soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 180 jours suivant l'accident.

FOURNITURES POUR DIABÉTIQUES - le coût des aiguilles, seringues, tampons, papiers réactifs et lancettes, lorsque prescrits par un médecin.

APPAREILS POUR DIABÉTIQUES - le coût des appareils suivants, servant au traitement et au contrôle du diabète : préci-jet, glucomètre, pompe à insuline (sauf les piles), ou autre appareil semblable approuvé par Croix Bleue Medavie. Les frais maximum globaux admissibles sont de 5 000 \$ par cinq années civiles.

FOURNITURES POUR STOMISÉS - le coût de fournitures essentielles pour stomisés.

AIDES ORTHOPHONIQUES - les appareils orthophoniques (approuvés par un orthophoniste qualifié et par le médecin traitant) pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, sous réserve d'un maximum viager de 500 \$ de frais admissibles.

AUTRES PROFESSIONNELS - les frais de traitement, à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital, par un orthophoniste qualifié ou un psychologue clinicien. Les frais maximum admissibles pour chaque type de professionnel sont de 500 \$ par année civile.

PROTHÈSES - le coût des prothèses correctives suivantes :

- membres artificiels (maximum viager d'une prothèse pour chaque membre);
- prothèses mammaires (maximum d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite par deux années civiles consécutives);
- prothèses oculaires (maximum viager d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite);
- béquilles, attelles, plâtres;
- bandages herniaires (maximum d'un par cinq années civiles consécutives);
- appareils de soutien (maximum d'un collet cervical par année civile; pour tous les autres appareils de soutien, maximum d'un à vie);
- canne (maximum viager d'une seule canne); et
- prothèses capillaires, lorsque la perte de cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 300 \$ de frais admissibles. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique de cheveux (par exemple, l'alopecie régionale masculine) sont exclus.

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

Les frais maximums admissibles de réparations ou d'ajustements sont de 300 \$ par année civile.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (OPTION A)

FOURNITURES MÉDICALES ET APPAREILS - les frais d'achat de vêtements de compression pour les victimes de brûlures, ainsi que les frais de location (ou l'achat, sur approbation de Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'appareils pour l'administration d'oxygène. Les vêtements compressifs pour brûlures majeures sont sujets à un maximum admissible de 500 \$ par année civile.

PROTHÈSES AUDITIVES - le coût des prothèses auditives (à l'exclusion des piles et des examens) jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 600 \$ par trois années civiles consécutives, lorsque prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréé. Les enfants à charge de moins de 21 ans nécessitant un appareil pour chaque oreille sont admissible à deux appareils auditifs (un par oreille) jusqu'à concurrence de 600 \$ en frais admissibles par appareil auditif par période de trois années civiles consécutives.

SOINS DE SANTÉ

HOSPITALISATION - AU CANADA (OPTIONS B et C)

CHAMBRE D'HÔPITAL - la différence entre les frais d'hospitalisation en salle commune et le type de chambre indiqué au Sommaire des garanties.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA (OPTIONS B et C)

HONORAIRES DE MÉDECIN - les frais engagés pour des services reçus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré en excédent de l'indemnité offerte par le régime gouvernemental d'assurance maladie de l'adhérent.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais de transport d'un patient en civière par un service professionnel d'ambulance ou par avion, si nécessaire, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique à bord d'un vol régulier. Le montant maximum admissible est de 1 000 \$ par année civile.

ACCOMPAGNATEUR DANS L'AMBULANCE - les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient), lorsque médicalement nécessaire. Le montant maximum admissible est de 500 \$ par année civile.

SOINS INFIRMIERS À DOMICILE - les honoraires pour soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré (ailleurs que dans une maison de convalescence ou une maison de santé) donnés par un infirmier autorisé, un infirmier de l'Ordre de Victoria du Canada, un conseiller régional en soins infirmiers ou un infirmier auxiliaire autorisé, lorsque nécessaires sur le plan médical, sur autorisation écrite du médecin traitant.

De plus, les services offerts par un aide-soignant (dûment autorisé) sont admissibles en vertu de la présente garantie jusqu'à concurrence de quatre heures par jour. Ces aides-soignants offrent des services essentiels relatifs aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se nourrir et se déplacer. Vous êtes admissible à des services rendus par un aide-soignant à votre domicile lorsque vous êtes sous les soins actifs d'un infirmier ou si vous nécessitez temporairement des soins à domicile pendant votre période de rétablissement à votre sortie de l'hôpital. Les services qui ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie comprennent les soins de garde, l'entretien ménager léger, la préparation de repas, le magasinage, le transport et les soins de relève (les soins aux patients prodigués à domicile de façon intermittente visant à offrir une aide temporaire à l'aidant naturel de la famille).

Seuls les services approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie et dispensés par un fournisseur approuvé par Croix Bleue Medavie seront examinés aux fins de remboursement. Si vous ou l'une de vos personnes à charge nécessitez de tels services, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie en composant le numéro sans frais : **1-800-667-4511**.

Le montant maximum admissible est de 10 000 \$ par assuré, par année civile. Le paiement des frais admissibles sera basé sur le barème de paiement visant les infirmiers privés établi par Croix Bleue Medavie pour la province de résidence de l'assuré.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES - AU CANADA (OPTIONS B et C)

SERVICES DIAGNOSTIQUES- les frais pour des services diagnostiques lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue Medavie et qui, selon Croix Bleue Medavie, possède les qualifications requises pour rendre de tels services. Ces services incluent les analyses de laboratoire.

OXYGÈNE - coût de l'oxygène.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS B et C)

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT - le coût des soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 180 jours suivant l'accident.

FOURNITURES POUR DIABÉTIQUES - le coût des aiguilles, seringues, tampons, papiers réactifs et lancettes, lorsque prescrits par un médecin.

APPAREILS POUR DIABÉTIQUES - le coût des appareils suivants, servant au traitement et au contrôle du diabète : préci-jet, glucomètre, pompe à insuline (sauf les piles), ou autre appareil semblable approuvé par Croix Bleue Medavie. Les frais maximum globaux admissibles sont de 5 000 \$ par cinq années civiles.

FOURNITURES POUR STOMISÉS - le coût de fournitures essentielles pour stomisés.

AIDES ORTHOPHONIQUES - les appareils orthophoniques (approuvés par un orthophoniste qualifié et par le médecin traitant) pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, sous réserve d'un maximum viager de 500 \$ de frais admissibles.

AUTRES PROFESSIONNELS - les frais de traitement, à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital, par les professionnels licenciés suivants : orthophoniste qualifié, massothérapeute*, psychologue clinicien, chiropraticien, ostéopathe, podologue/podiatre, physiothérapeute/thérapeute du sport, acupuncteur ou naturopathe. Les frais maximum admissibles pour chaque type de professionnel sont de 500 \$ par année civile. Les frais maximum globaux admissibles sont de 1 500 \$ par année civile. En plus, les frais maximum admissibles pour les radiographies sont de 35 \$ par professionnel, par année civile.

*Requiert une recommandation médicale écrite (valide pour une année). La demande de règlement doit être accompagnée d'un formulaire de demande de règlement rempli par un massothérapeute approuvé par Croix Bleue Medavie.

PROTHÈSES - le coût des prothèses correctives suivantes :

- membres artificiels (maximum viager d'une prothèse pour chaque membre);
- prothèses mammaires (maximum d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite par deux années civiles consécutives);
- prothèses oculaires (maximum viager d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite);
- béquilles, attelles, plâtres;
- bandages herniaires (maximum d'un par cinq années civiles consécutives);
- appareils de soutien (maximum d'un collet cervical par année civile; pour tous les autres appareils de soutien, maximum d'un à vie);
- canne (maximum viager d'une seule canne); et
- prothèses capillaires, lorsque la perte de cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 300 \$ de frais admissibles. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique de cheveux (par exemple, l'alopecie régionale masculine) sont exclus.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES – DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS B et C)

PROTHÈSES (suite)

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

Les frais maximums admissibles de réparations ou d'ajustements sont de 300 \$ par année civile.

FOURNITURES MÉDICALES ET APPAREILS - les frais d'achat de vêtements de compression pour les victimes de brûlures, ainsi que les frais de location (ou l'achat, sur approbation de Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'appareils pour l'administration d'oxygène, d'orthèse crânienne (limite de deux à vie) et d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS), avec l'autorisation écrite d'un médecin. Les frais maximum admissibles pour un appareil TENS sont de 300 \$ par période de cinq années civiles. Les vêtements compressifs pour brûlures majeures sont sujets à un maximum admissible de 500 \$ par année civile.

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET ORTHÈSES PLANTAIRES FABRIQUÉES SUR MESURE - les frais pour :

1. 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/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 orthopédiques soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
2. 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/podiatre; et
 - que les orthèses plantaires soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Les frais maximum admissibles sont de 200 \$ par année civile. Les frais maximum admissibles pour les enfants à charge de moins de 21 ans sont de 300 \$ par année civile.

PROTHÈSES AUDITIVES - Le coût des prothèses auditives (à l'exclusion des piles et des examens) jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 600 \$ par trois années civiles consécutives, lorsque prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréé. Les enfants à charge de moins de 21 ans nécessitant un appareil pour chaque oreille sont admissible à deux appareils auditifs (un par oreille) jusqu'à concurrence de 600 \$ en frais admissibles par appareil auditif par période de trois années civiles consécutives.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE LA VUE (OPTIONS B et C)

SOINS DE LA VUE – Régime JN, Régime JP et Régime JR (*ActionSanté*)

Verres

La garantie relative aux verres vise à rembourser le coût des verres (maximum de deux) et les honoraires professionnels applicables, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

La garantie relative aux verres s'applique lorsqu'il y a un changement dans l'erreur de réfraction, soit d'au moins une des composantes de l'ordonnance des verres suivantes : égal ou supérieur à une demi-dioptrie dans la sphère ou dans le cylindre; au moins dix degrés dans l'axe lorsque le cylindre est de deux dioptries ou moins; au moins cinq degrés dans l'axe lorsque le cylindre est supérieur à deux dioptries; une dioptrie dans le prisme horizontal (intérieur ou extérieur); ou une demie dioptrie dans le prisme vertical (supérieur ou inférieur).

S'il n'y a eu aucun changement important de la vision, les prestations relatives aux verres sont payables :

- toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Verres spéciaux et revêtements

Les verres spéciaux et revêtements requis à la suite d'une maladie précise sont admissibles s'ils sont approuvés par l'intermédiaire du processus d'autorisation spéciale. Les frais maximums admissibles des verres spéciaux et revêtements approuvés par l'intermédiaire du processus d'autorisation spéciale sont déterminés selon le montant établi par Croix Bleue Medavie.

Les verres spéciaux et les revêtements de verres sont admissibles lorsqu'il y a eu un changement considérable de la vision, tel que spécifié à la section des verres.

Examens de la vue spéciaux

Les examens de la vue spéciaux, nécessaires à titre de suivi pour certains problèmes médicaux précis, sont évalués au moyen de l'autorisation spéciale. Le remboursement maximal et les limites de fréquence des examens de la vue spéciaux seront déterminés par Croix Bleue Medavie et approuvés au moyen du processus d'autorisation spéciale.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE LA VUE (OPTIONS B et C)

SOINS DE LA VUE – Régime JN, Régime JP et Régime JR (*ActionSanté*)

Lentilles cornéennes (facultative)

Les lentilles cornéennes sont admissibles au lieu des lentilles ophtalmiques. La garantie relative aux lentilles cornéennes vise à rembourser le coût des lentilles cornéennes et les honoraires professionnels applicables, jusqu'à concurrence du maximum établi par Croix Bleue Medavie.

La garantie relative aux lentilles cornéennes s'applique lorsqu'il y a un changement dans l'erreur de réfraction, soit d'au moins une des composantes de l'ordonnance des lentilles cornéennes suivantes : égal ou supérieur à une demi-dioptrie dans la sphère ou dans le cylindre; au moins dix degrés dans l'axe lorsque le cylindre est de deux dioptries ou moins; au moins cinq degrés dans l'axe lorsque le cylindre est supérieur à deux dioptries.

S'il n'y a eu aucun changement important de la vision, les prestations relatives aux lentilles cornéennes sont payables :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour une personne de moins de 19 ans;
- une fois toutes les quatre années civiles consécutives pour une personne de 19 ans et plus.

Lentilles cornéennes (requis pour des raisons médicales)

Les lentilles cornéennes et les mesures d'ajustement initiales des lentilles cornéennes à la suite d'une kératite, d'une perforation ou d'une cicatrisation de la cornée, du karatocône, d'aphakie ou d'autres problèmes médicaux approuvés par Croix Bleue Medavie sont admissibles si elles sont approuvées par le biais du processus d'autorisation spéciale.

Lorsque les lentilles cornéennes sont approuvées par le biais du processus d'autorisation spéciale pour le problème médical précisé, la garantie facultative relative aux lentilles cornéennes décrite ci-dessus n'est pas applicable.

Les lentilles cornéennes de remplacement requises pour des raisons médicales observent les mêmes critères que les lentilles cornéennes de la garantie facultative relativement aux prestations et à leur fréquence.

Entraînement visuel

Les soins relatifs à l'entraînement visuel, tel qu'exigé pour le traitement du déséquilibre des muscles oculaires ou d'un autre problème d'ordre médical sur approbation de Croix Bleue Medavie, sont admissibles s'ils sont approuvés par le biais du processus d'autorisation spéciale.

Examen de la vue/Montures – Régime JN, Régime JP (*Option B*)

Le remboursement est de 80 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 160 \$ et s'applique :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les quatre années civiles pour un assuré de 19 ans et plus.

SOINS DE SANTÉ

SOINS DE LA VUE (OPTIONS B et C) (suite)

Examen de la vue/Montures – Régime JR (*Option C*)

Le remboursement est de 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence de 200 \$ et s'applique :

- une fois toutes les deux années civiles consécutives pour un assuré de moins de 19 ans; et
- une fois toutes les quatre années civiles consécutives pour un assuré de 19 ans et plus.

Le remboursement des garanties soins de la vue est effectué sous forme de remboursement à l'adhérent.

SOINS DE SANTÉ

MÉDICAMENTS ASSURÉS (OPTIONS A, B et C)

Veillez consulter le Sommaire des garanties pour connaître les modalités de remboursement et la liste de médicaments assurés qui s'applique à ce régime, et pour savoir si les médicaments assurés font l'objet d'un paiement direct ou d'un remboursement.

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles peuvent être assujettis à des quantités maximales, à des montants maximums, à des franchises, à des quotes-parts ou à d'autres maximums approuvés par Croix Bleue Medavie.

Un assuré peut se prévaloir des médicaments nécessitant une ordonnance et figurant sur la liste des médicaments admissibles selon des besoins médicaux précis, une fois approuvés par Croix Bleue Medavie, par le biais du processus d'autorisation spéciale.

Croix Bleue Medavie consent à effectuer le remboursement des médicaments admissibles qui sont prescrits par un médecin ou un dentiste, pour la quantité prescrite et jugée raisonnable par Croix Bleue Medavie en consultation avec ses consultants en soins de santé.

MÉDICAMENTS SPÉCIALISÉS ONÉREUX

Un médicament qui requiert une autorisation préalable, et :

- coûte 10 000 \$ ou plus par traitement ou par année civile; et
- est utilisé pour traiter des maladies chroniques complexes ou mettant la vie en danger, telles que les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques et l'hépatite C; et
- est prescrit par un spécialiste; ou
- est considéré comme un médicament spécialisé onéreux par le Groupe consultatif sur les médicaments et peut inclure une participation obligatoire au programme de soutien aux patients. Croix Bleue Medavie peut soustraire du montant du médicament spécialisé onéreux un montant égal au montant de l'assistance financière que la personne est en droit de recevoir, pour ce service ou cette fourniture, en vertu d'un programme de soutien aux patients.

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

Un programme qui offre un soutien aux personnes pour l'achat de services ou de fournitures et qui inclut, sans s'y limiter, les médicaments spécialisés onéreux.

SOINS DE SANTÉ

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le contrat 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, les médicaments d'exception et les services en pharmacie admissibles.

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 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; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'annuler l'inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ est révocable.

La décision d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ est irrévocable.

SOINS DE SANTÉ

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ sont admissibles à un remboursement pour les dépenses suivantes en vertu de cette garantie

- 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.

SOINS DE SANTÉ

EXCEPTIONS ET LIMITES

Les prestations relatives aux soins de santé ne seront pas versées pour les frais se rapportant aux cas suivants :

- les services de convalescence, de garde ou de réadaptation
- les soins donnés pour des conditions qui ne sont pas nuisibles pour la santé
- les produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie de l'assuré
- les soins et services que l'assuré reçoit ou est en droit de recevoir de la Commission des accidents du travail
- les frais de kilométrage ou de livraison
- les frais engagés à la suite d'une insurrection ou d'une guerre
- les blessures subies durant la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel
- les produits ou services de nature expérimentale ou aux fins de recherche
- les produits ou services qui ne sont pas médicalement nécessaires.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel établi par Croix Bleue Medavie, à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Ce droit de transformation est également offert au conjoint survivant ou aux enfants à charge advenant votre décès.

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.

SOINS DE SANTÉ

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement pour les Soins de santé et les Soins dentaires se font par mode de remboursement à moins d'être indiqué autrement dans le Sommaire des garanties. Les demandes doivent être présentées dans les 12 mois suivant la réception des services et des fournitures. Pour demander un règlement par mode de remboursement, veuillez suivre les procédures prescrites au paragraphe (b) ci-dessous.

Pour les demandes de règlement pour les Soins de santé, les Médicaments ou les Soins dentaires, l'adhérent ou sa personne à charge doit s'assurer qu'il se fait traiter par un professionnel de la santé approuvé par Croix Bleue Medavie. Par la suite, une des procédures suivantes doit être entamée :

- a) Mode de paiement direct : présentez la carte d'identification Croix Bleue Medavie de l'adhérent, le fournisseur s'occupe de facturer directement à Croix Bleue Medavie, ou
- b) Mode de remboursement : payez le fournisseur, obtenez un reçu officiel et soumettez-le à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Remplissez les formulaires de demande appropriés, disponibles chez votre employeur ou le fournisseur de services. Pour les demandes de règlement de médicaments par mode de remboursement, les reçus doivent comprendre les renseignements suivants pour chaque ordonnance :
 - nom du patient;
 - numéro et date de l'ordonnance;
 - le numéro du médicament (DIN) ou son nom, de même que la concentration et la quantité.
- c) Certaines garanties nécessitent une autorisation spéciale de la part de Croix Bleue Medavie. Pour faire une demande d'autorisation spéciale à Croix Bleue Medavie, vous devez faire remplir le formulaire d'autorisation spéciale approprié par un professionnel de la santé. Les frais encourus pour remplir le formulaire sont de votre responsabilité.

Remarque : Soumettez votre demande le plus rapidement possible, afin qu'elle soit traitée en temps opportun.

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

La protection voyage dans le monde entier couvre une vaste gamme de services ou de soins qui peuvent être requis à la suite d'un accident ou d'une maladie inattendue alors que l'adhérent est à l'extérieur de sa province de résidence pendant que le présent régime est en vigueur. Sous réserve des montants maximum indiqués ci-dessous, le régime rembourse 100 % des frais admissibles sans maximum global, en excédent des frais payables par un régime gouvernemental d'assurance maladie.

Les frais admissibles comprennent :

HOSPITALISATION - les frais de séjour en chambre d'hôpital (et non une suite) et le coût des soins nécessaires sur le plan médical au patient hospitalisé ou traité au service de consultation externe.

MÉDECINS ET CHIRURGIENS - les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les soins rendus.

APPAREILS MÉDICAUX - le coût des plâtres, des cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie soudaine qui se produit à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et sur ordonnance d'un médecin.

SOINS INFIRMIERS - les honoraires pour des soins infirmiers privés (l'infirmier ne doit pas avoir de lien de parenté avec le patient ou être un employé de l'hôpital), sur ordonnance du médecin traitant.

SERVICE D'AMBULANCE - les frais usuels de transport par ambulance, y compris par ambulance aérienne et secours d'urgence à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier agréé le plus proche.

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

- deux billets en classe économique, par la voie la plus directe, à destination de la ville de résidence du patient au Canada, soit un aller simple pour l'assuré et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui l'accompagne;
- pour un patient en civière, le nombre de sièges requis pour installer ce dernier (aller simple) et un billet aller-retour pour l'auxiliaire médical qui l'accompagne.

SERVICES DIAGNOSTIQUES - les frais d'analyse de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant.

SERVICES PARAMÉDICAUX - les honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou podiatre, ou d'un physiothérapeute autorisés, jusqu'à concurrence des frais habituels et courants à l'exclusion du coût des radiographies.

MÉDICAMENTS ASSURÉS - les coûts des médicaments, sérums et produits injectables approuvés par Croix Bleue Medavie et achetés sur ordonnance d'un médecin (à l'exclusion des vitamines, médicaments brevetés et spécialités pharmaceutiques).

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

SOINS DENTAIRES - les frais de soins dentaires requis à la suite d'un coup direct et accidentel à la bouche, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ canadiens. Les soins doivent être donnés ou signalés et approuvés dans les 180 jours suivant l'accident, avec rapport de l'accident à l'appui.

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

RETOUR DE LA DÉPOUILLE - le coût de la préparation et le transport de la dépouille de l'assuré (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada par la voie la plus directe, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ canadiens.

REPAS ET HÉBERGEMENT - les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, engagés par l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge parce qu'ils doivent reporter leur retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par un compagnon de voyage ou un assuré, jusqu'à concurrence de 1 200 \$ canadiens par voyage (150 \$ par jour pour huit jours), sous réserve de la présentation d'une attestation du médecin traitant à l'appui et des reçus de l'établissement commercial.

FRAIS DE DÉPLACEMENT POUR RENDRE VISITE À L'ASSURÉ - le coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour se rendre au chevet d'un assuré hospitalisé, si le médecin traitant juge nécessaire la présence d'un membre de la famille ou d'un ami proche de l'adhérent, ou pour identifier la dépouille.

ASSISTANCE D'URGENCE - un service d'assistance est offert 24 heures par jour, au moyen d'une ligne téléphonique directe, aux assurés qui ont besoin d'aide pendant un voyage. En téléphonant au numéro indiqué sur votre carte « Service d'assistance dans le monde entier » en cas d'urgence médicale, votre couverture d'assurance est confirmée à l'hôpital ou au médecin. Le paiement des frais médicaux sera coordonné au nom de l'assuré. Les services suivants sont également offerts.

Assistance médicale - le patient peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements médicaux. Des dispositions seront prises pour les services suivants :

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

Assistance générale - le patient peut demander :

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

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

EXCLUSIONS

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent contrat sauf si le participant est couvert par un régime de santé provincial. Chaque participant devrait s'assurer d'être couvert par le régime de santé provincial en place pendant la durée de leur voyage. Il est important de noter que les règles relatives aux absences de leur province de résidence varient d'une province à l'autre et peuvent être modifiées à tout moment. Il est fortement recommandé que chaque voyageur contacte son régime provincial de soins de santé applicable pour confirmer sa couverture provinciale avant chaque départ.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent contrat à l'égard des assurés voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consulter un médecin ou pour recevoir un traitement médical, et ce, même si le voyage est effectué sur recommandation d'un médecin, sauf lorsque:
 - a) survient une urgence à la suite d'un accident ou d'une maladie inattendue n'étant pas reliée au but du voyage, et
 - b) toute enquête menée subséquemment ne peut prouver que l'urgence était reliée.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent régime pour une intervention chirurgicale ou un traitement facultatifs non urgents, c'est-à-dire un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë, b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour de l'assuré au Canada ou c) que l'assuré a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada à la suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché l'assuré de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
4. Aucune prestation ne sera versée en vertu du présent régime si l'assuré reçoit des prestations identiques d'une tierce partie.
5. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool de l'assuré est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

EXCLUSIONS (suite)

6. Croix Bleue Medavie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier le patient au Canada. Si un assuré, d'après l'information médicale à l'appui, est en mesure de retourner au Canada à la suite du diagnostic et du traitement d'urgence d'une condition médicale pour y continuer les soins médicaux, le traitement ou y subir l'intervention chirurgicale requise, et qu'il choisit de recevoir les traitements en question à l'extérieur du Canada, les frais pour ces services médicaux de suivi, ce traitement ou cette chirurgie ne seront pas couverts en vertu du présent régime. Croix Bleue Medavie n'assume aucune responsabilité si l'état de santé de l'assuré se détériore pendant ou après son rapatriement au Canada.
7. La garantie ne couvre que les frais engagés à la suite d'une maladie subite ou d'un accident survenu à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état de l'assuré demeure stable avant le voyage et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage. ***Si vous avez des questions au sujet de votre état de santé, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie en composant le numéro sans frais 1-800-667-4511 pour obtenir une confirmation de couverture avant de voyager.***

Une condition préexistante est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, vous n'avez pas :

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

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

8. La couverture se limite aux montants qui excèdent les garanties de tout autre régime. Si la cour détermine que ce régime ainsi que tout autre régime offre la couverture principale, cette garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel que décrit à la section Coordination des prestations.
9. Croix Bleue Medavie ne couvre pas les frais au-delà de 2 millions de dollars canadiens par assuré, par événement à l'extérieur de la province de résidence.

Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date du service.

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Si vous ne faites pas appel au service d'Assistance d'urgence, veuillez obtenir des reçus détaillés en double exemplaire pour tous les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence. À votre retour, envoyez-en une copie au régime gouvernemental d'assurance maladie de votre province pour fins d'évaluation et de paiement. Lorsque vous aurez reçu une réponse, envoyez la preuve du paiement, avec les reçus pertinents, au service des règlements de Croix Bleue Medavie pour obtenir le paiement des frais admissibles non payés. Indiquez toujours votre numéro d'identification lorsque vous présentez une demande de règlement à Croix Bleue Medavie.

Les demandes de règlement relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont remboursées par Croix Bleue Medavie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où le service a été rendu.

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Lorsque les assurés sont dirigés à l'extérieur du Canada par le médecin traitant pour des services médicaux qui ne sont pas offerts au Canada, Croix Bleue Medavie paiera pour les frais admissibles suivants. Le paiement sera effectué selon les frais usuels et raisonnables, en excédent de ceux couverts par le régime provincial d'assurance maladie, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 000 \$ par assuré.

HOSPITALISATION - Les frais hospitaliers, moins ceux couverts par le régime provincial d'assurance maladie, pour tous les services médicaux nécessaires tels que :

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

MÉDECINS ET CHIRURGIENS - Les honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour les soins rendus, moins la somme remboursée par le régime provincial d'assurance maladie.

AMBULANCE - Les frais de services ambulanciers agréés pour le transport d'un patient en civière à destination ou en provenance de l'hôpital le plus près où le patient pourra recevoir les soins essentiels. Les frais de transport en ambulance aérienne sont couverts jusqu'à concurrence du coût de trois places en classe économique sur un vol régulier.

INFIRMIER ACCOMPAGNANT LE PATIENT EN AMBULANCE - Les frais de déplacement d'un infirmier autorisé ou d'un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient) qui accompagne le patient en ambulance lorsque médicalement nécessaire et approuvé par Croix Bleue Medavie.

Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les 12 mois suivant la date du service.

SOINS DE SANTÉ

PROTECTION VOYAGE DANS LE MONDE ENTIER (OPTIONS A, B et C)

PATIENTS DIRIGÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

EXCLUSIONS ET LIMITES

1. La référence d'un patient à l'extérieur du Canada doit être pour des services médicalement nécessaires et qui ne sont pas offerts au Canada, comme il sera déterminé par Croix Bleue Medavie.
2. Croix Bleue Medavie doit avoir préalablement approuvé le remboursement de la demande de règlement.
3. Le remboursement sera versé en fonction des honoraires usuels et raisonnables du fournisseur de produits ou de services dans la région où les services sont donnés.
4. La prestation est payable seulement pour les produits fournis ou les services rendus au patient pendant qu'il était sous les soins actifs d'un médecin habilité à pratiquer.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie s'étant déclarée au cours d'une période de 12 mois après la date d'entrée en vigueur du régime collectif accordé à l'assuré et pour laquelle l'assuré a reçu des traitements ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection.
6. Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou aux fins de recherche.
7. Les références d'un patient à l'extérieur du Canada excluent, entre autres, les services qui ne sont pas offerts en raison des listes d'attente ou les traitements qui ont été refusés par un médecin au Canada.

SOINS DENTAIRES

En vertu de la Garantie Soins dentaires, vous et vos personnes à charge êtes couverts pour une vaste gamme de soins dentaires, tels qu'énumérés ci-dessous. Croix Bleue Medavie rembourse les frais des services admissibles suivants conformément aux montants prévus au Sommaire des garanties et tels que spécifiés ci-après. Les frais admissibles, les limites de garanties et les fréquences sont ceux autorisés par Croix Bleue Medavie.

SOINS PRÉVENTIFS (OPTIONS B et C)

DIAGNOSTIC

- Examens de rappel - un par année civile pour les assurés de 19 ans et plus; deux par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Examens spécifiques - un de chacun par année civile.
- Analyse de la dentition mixte - une à vie.

PRÉVENTION

- Polissage et détartrage - deux unités de chacun par année civile pour les assurés de 19 ans et plus; une unité de chacun par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Fluorure - un par année civile pour les assurés de moins de 19 ans.
- Scellants - un par dent postérieure permanente à vie pour les assurés de moins de 19 ans.

SERVICES DE BASE (OPTIONS B et C)

DIAGNOSTICS

- Un examen complet par fournisseur par période de cinq années civiles.
- Radiographies interproximales et périapicales - limite de quatre pellicules par année civile.
- Examens d'urgence - un par année civile.

DÉTARTRAGE

- Deux unités par année civile.

RESTAURATION

- Caries, traumatismes et contrôle de la douleur.
- Obturations en composite sur les dents antérieures, les prémolaires et les molaires.
- Obturations en amalgame conventionnel sur toutes les dents. Les obturations en amalgame lié, jusqu'à concurrence du coût d'un amalgame conventionnel comparable.
- Restaurations complètes préfabriquées sur les dents primaires et permanentes.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extraction de dents ayant fait éruption; contrôle de l'hémorragie; soins postchirurgicaux mineurs.

SOINS DENTAIRES

PERIODONTIE (OPTIONS A, B et C)

Les montants maximum admissibles pour les soins de parodontie sont spécifiés dans le Sommaire des garanties.

Traitements non chirurgicaux – Gestion des maladies bucco-dentaires – un de chaque catégorie par année civile.

Traitements chirurgicaux – Curetage, gingivoplastie, gingivectomie, approche par lambeau et greffes.

Services complémentaires

- Jumelage - un par secteur par trois années civiles.
- Ablation d'un jumelage et équilibrage de l'occlusion - deux unités par année civile.
- Détartrage/surfaçage radiculaire - maximum combiné de huit unités par année civile.
- *Appareils parodontaux - y compris les appareils pour contrôler le bruxisme.
- *Appareil pour l'articulation temporomandibulaire (ATM) - admissible seulement s'il est fourni par un spécialiste.
- *Appareil pour le soulagement des douleurs myofaciales - admissible seulement s'il est fourni par un spécialiste.
- Entretien, ajustement et réparation d'appareils - deux unités par année civile.
- Regarnissage d'appareil - un par deux années civiles.

*(Limite d'un appareil maxillaire (supérieur) et d'un appareil mandibulaire (inférieur) par deux années civiles.)

SOINS DENTAIRES

SOINS MAJEURS (OPTIONS A, B et C)

DIAGNOSTIC

- Chaque examen complet par spécialité - un par trois années civiles.
- Chaque examen spécifique/limité par spécialité - un par année civile.
- Série complète de radiographies - une par cinq années civiles.
- Radiographies panoramiques - une par cinq années civiles.
- Radiographies occlusales ou extra-orales - 2 pellicules par catégorie par année civile.
- Radiographies du crâne/des os faciaux et des substances de contraste - 2 pellicules par catégorie par cinq années civiles.
- Sialographies - 2 pellicules par deux années civiles.
- Radiographies de l'articulation temporomandibulaire (ATM) - 2 pellicules par année civile.
- Examens de laboratoire et analyses - microbiologiques, susceptibilité à la carie, histologiques, cytologiques, rapports de laboratoire et modèles de diagnostic.
- Vitalité pulpaire et interprétation de modèles - 2 unités par année civile.
- Planification de traitement et consultation - 2 unités par année civile.

RESTAURATION

- Couronnes simples - une par dent par cinq années civiles consécutives.
- Incrustations de surface et en profondeur - une par dent par cinq années civiles consécutives.
- Modification de la forme d'une dent et recimentation - 2 unités par catégorie par année civile.
- Ablation et coloration - 2 unités par catégorie par année civile.

*Une autorisation spéciale est requise pour toutes les incrustations et les couronnes simples.

ENDODONTIE

- Traitement de la chambre pulpaire - Pulpotomie/Pulpectomie.
- Traitement de canal.
- Soins périapicaux.
- Traitements endodontiques (divers).

SOINS DENTAIRES

SOINS MAJEURS (OPTIONS A, B et C) (suite)

PROSTHODONTIE - PROTHÈSES AMOVIBLES

- Prothèses dentaires standard - complètes et partielles - limite d'une prothèse pour la mâchoire supérieure et d'une prothèse pour la mâchoire inférieure par cinq années civiles consécutives.
- Les prothèses dentaires spécialisées et les services qui s'y rapportent doivent être traités par un prosthodontiste et requièrent une autorisation spéciale* - limite d'une prothèse dentaire spécialisée par cinq années civiles consécutives.
- Ajustements mineurs à une prothèse - 2 unités par année civile.
- Équilibrage de l'occlusion.
- Réparations et ajouts à une prothèse.
- Prophylaxie et détartrage de prothèse, reconstruction de dents usées, coloration personnalisée - 2 unités de chaque service par année civile.
- Regarnissage, rebasage, réfection de prothèses en conservant le squelette existant - limite d'un regarnissage, d'un rebasage ou d'une réfection de la prothèse supérieure et inférieure par deux années civiles consécutives.
- Mise en condition tissulaire - 1 par année civile.
- Services divers.

PROSTHODONTIE - PROTHÈSES FIXES (ponts)

- Piliers/appareil de rétention - limite d'un par dent par cinq années civiles consécutives.
- Pontiques - limite d'un par dent par cinq années civiles consécutives.
- Remplacement, ablation, recimentation - limite de deux unités de chaque service par année civile.
- Autres services divers.

*Une autorisation spéciale est requise pour toutes les demandes de piliers/appareils de rétention et pontiques.

CHIRURGIE BUCCALE

- Ablation chirurgicale - dent incluse, racines résiduelles.
- Exposition chirurgicale et déplacement d'une dent.
- Remodelage et modification de la forme des tissus buccaux.
- Ablation - tumeurs bénignes, kystes/granulomes.
- Incision - drainage et séquestrectomie.
- Traitement des fractures - réimplantation d'une dent avulsée et reposition d'une dent déplacée par traumatisme.
- Traitement des malformations - frénectomie/frénoplastie.

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

- Anesthésie - limite de 5 unités par année civile.
- Consultation professionnelle - 2 unités par année civile.
- Visite professionnelle - visites à domicile, visites au cabinet/dans les établissements - 1 unité de chaque type de visite par année civile.

SOINS DENTAIRES

ORTHODONTIE (OPTIONS A, B et C)

DIAGNOSTIC

- Examen limité d'orthodontie - un par trois années civiles consécutives
- Examen spécifique d'orthodontie - un par année civile
- Radiographies céphalométriques - 3 pellicules par trois années civiles consécutives
- Tracé céphalométrique - 2 unités par trois années civiles consécutives
- Radiographies de la main et du poignet
- Photographies diagnostiques - 6 par année civile
- Moulage orthodontique

PRÉVENTION

- Contrôle des habitudes buccales. Motivation, myothérapie, ajustement et réparation des appareils
- Appareils de maintien d'espace et leur entretien.

SOINS COMPLETS

- Traitements d'orthodontie complets approuvés par Croix Bleue Medavie

SOINS DENTAIRES (OPTIONS A, B et C)

EXCLUSIONS ET LIMITES

La garantie Soins dentaires ne couvre pas les dépenses suivantes :

- les soins ou services pour lesquels l'adhérent ou ses personnes à charge reçoivent ou sont en droit de recevoir des indemnités d'un régime gouvernemental, de tout autre régime ou de toute autre façon provenant d'une entente;
- les soins dentaires requis en raison d'une insurrection, d'une guerre ou d'une participation à une émeute;
- les services dont le gouvernement interdit le paiement;
- les services fournis sans frais ou payés par l'employeur;
- les soins rendus par un praticien non autorisé;
- les frais pour des rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires de demande de règlement;
- les services qui ne figurent pas dans la liste de services autorisés.

PRESTATIONS PAYABLES AUX PERSONNES QUI ADHÈRENT À LA GARANTIE DE SOINS DENTAIRES EN RETARD

Si la demande d'adhésion relativement à la Garantie Soins dentaires est faite plus de 31 jours après la date à laquelle l'adhérent ou la personne à charge sont devenus admissibles pour la première fois, le montant maximal payable sera de 100 \$ par assuré au cours des 12 premiers mois de la protection. Cette disposition ne s'applique pas aux soins dentaires requis lorsque les dents naturelles sont endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche subi par l'assuré après la date du début de sa couverture.

AUTORISATION SPÉCIALE POUR LES SOINS DENTAIRES

1. Une autorisation spéciale est obligatoire pour les garanties et services suivants :
 - couronnes;
 - incrustations;
 - certains services de parodontie effectués par un médecin généraliste;
 - prothèses dentaires spécialisées fournies par un prosthodontiste;
 - ponts – piliers/appareils de rétention et pontiques.
2. Une disposition alternative sera appliquée lors du processus d'autorisation spéciale. En vertu de cette disposition, dans les cas où le patient choisit un plan de traitement plus dispendieux que celui dispensé habituellement pour un traitement dentaire jugé nécessaire et adéquat, le paiement de Croix Bleue Medavie sera émis selon les frais moindres.

SOINS DENTAIRES (OPTIONS A, B et C)

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes pour les Soins de santé et les Soins dentaires se font par mode de remboursement à moins d'indication contraire au Sommaire des garanties. Les demandes doivent être présentées dans les 12 mois suivant la réception des services et des fournitures. Pour demander un règlement par mode de remboursement, veuillez suivre les procédures prescrites au paragraphe (b) ci-dessous.

Pour les demandes de règlement pour les Soins de santé, les Médicaments ou les Soins dentaires, vous ou votre personne à charge devez vous assurer que le professionnel de la santé qui vous traite est approuvé par Croix Bleue Medavie. Par la suite, une des procédures suivantes doit être entamée :

- a) Mode de paiement direct : présentez la carte d'identification Croix Bleue Medavie de l'adhérent, le fournisseur s'occupe de facturer directement à Croix Bleue Medavie, ou
- b) Mode de remboursement : payez le fournisseur, obtenez un reçu officiel et soumettez-le à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Remplissez les formulaires de demande appropriés, disponibles chez votre employeur ou le fournisseur de services. Pour les demandes de règlement de médicaments par mode de remboursement, les reçus doivent comprendre les renseignements suivants pour chaque ordonnance :
 - nom du patient;
 - numéro et date de l'ordonnance;
 - le numéro du médicament (DIN) ou son nom, de même que la concentration et la quantité.
- c) Certaines garanties nécessitent une autorisation spéciale de la part de Croix Bleue Medavie. Pour faire une demande d'autorisation spéciale à Croix Bleue Medavie, vous devez faire remplir le formulaire d'autorisation spéciale approprié par un professionnel de la santé. Les frais encourus pour remplir le formulaire sont de votre responsabilité.

Remarque : Soumettez votre demande le plus rapidement possible, afin qu'elle soit traitée en temps opportun.

Pour des renseignements supplémentaires sur les demandes d'autorisation spéciale, contactez votre bureau local Croix Bleue Medavie ou composez sans frais le 1 800 667-4451.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation de décès prévoit le versement à votre bénéficiaire désigné du montant de votre assurance vie collective en vigueur au moment de votre décès.

Les prestations de l'assurance vie collective facultative de votre conjoint sont payables à vous ou, dans l'éventualité de votre décès, à votre dernier bénéficiaire désigné, vos bénéficiaires ou votre succession.

MALADIE EN PHASE TERMINALE

Un paiement anticipé peut être versé si vous souffrez d'une maladie qui ne vous laisse pas plus de 12 mois à vivre à compter de la date de votre demande. Une attestation médicale sera exigée. La demande doit être effectuée par écrit et la prestation sera équivalente au montant le moins élevé parmi les suivants : 50 000 \$ ou 50 % de votre couverture d'assurance vie collective de base. Le montant de ce paiement sera déduit de vos prestations d'assurance vie collective de base autrement payables lors de votre décès.

PRESTATIONS DE VIE DE BASE PENDANT L'INVALIDITÉ

Si votre demande est approuvée et que vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée, de longue durée ou en vertu de toute Commission des accidents du travail avant votre 65^{ème} anniversaire, votre couverture d'assurance vie collective de base continue sans paiement de prime.

EXONÉRATION DES PRIMES – ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Si vous êtes éligible à recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, les primes en vertu de l'assurance vie facultative seront exonérées à partir du premier mois civil complet suivant le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée. L'exonération des primes se poursuivra jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente ou quand vous cessez de répondre aux critères d'admissibilité de l'assurance salaire de longue durée.

Si vous receviez des prestations d'invalidité de longue durée et, par la suite, redevenez totalement invalide après votre retour au travail et êtes admissible aux prestations d'invalidité de longue durée en vertu de la clause de récurrence d'invalidité, les primes de l'assurance vie facultative seront à nouveau exonérées sans que le délai de carence ne s'applique une deuxième fois.

MAINTIEN DE LA PROTECTION

Advenant votre décès dans les 31 jours suivant la fin de la couverture, les prestations d'assurance vie collective seront versées à votre bénéficiaire ou succession désigné, pourvu qu'il y ait résiliation de toute police d'assurance individuelle émise en vertu du droit de transformation.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance vie collective de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant en raison de votre retraite, de votre cessation d'emploi ou lorsque vous cessez d'être admissible à votre catégorie d'employés en vertu du présent régime, vous pouvez alors souscrire une assurance vie individuelle, sans preuve d'assurabilité, auprès de Croix Bleue Vie, jusqu'à un maximum équivalent au montant en vigueur à la fin de la couverture ou 200 000 \$ (vie de base ou facultative combinées), selon le plus petit de ces montants, ou le montant maximum prescrit par la législation provinciale applicable. Une demande d'adhésion écrite doit être faite auprès de l'assureur et la prime requise doit être versée dans les 31 jours suivant la date de fin de la garantie. Advenant votre décès dans les 31 jours suivant la fin du contrat d'assurance collective, le montant de la protection disponible en vertu de votre droit de transformation sera versé à votre bénéficiaire désigné ou à votre succession, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance individuelle émise en vertu du droit de transformation. 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.

Un droit de transformation limité existe lors de la résiliation du contrat d'assurance collective, conformément aux directives du Surintendant des Institutions Financières.

Si l'assurance vie d'un conjoint en vertu de la présente garantie prend fin à son 65^e anniversaire, ou avant pour les raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la résiliation de l'assurance vie collective de l'adhérent pour toute raison qui permet à l'adhérent de transformer son assurance vie; ou
- la personne à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité des personnes à charge.

Le conjoint peut alors souscrire à une assurance vie individuelle auprès de l'assureur, sans dépasser le montant de l'assurance vie collective facultative qui prend fin à l'égard du conjoint.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

LIMITE DE LA COUVERTURE

Advenant votre décès ou celui de votre conjoint par suicide, que vous ou votre conjoint ayez été ou non sains d'esprit, le paiement de tout montant de l'assurance vie collective facultative ayant été en vigueur depuis moins de deux (2) années consécutives durant votre vie ou celle de votre conjoint se limitera au remboursement des primes. Cette restriction s'applique à votre assurance vie collective facultative, ainsi qu'à celle de votre conjoint.

FIN DE LA PROTECTION

L'assurance vie collective prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date de résiliation de la présente couverture;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite;
- la date à laquelle vous atteignez la limite d'âge en vertu de ce régime;
- la fin du délai de grâce pour lequel toute prime n'a pas été payée en entier, ou
- la date avant tout déploiement naval, militaire ou de l'armée de l'air.

L'assurance vie facultative sur la vie de votre conjoint prend fin à la retraite de l'employé, à la cessation d'emploi, lorsque l'employé atteint l'âge de 70 quand le conjoint atteint 70 ans ou quand le conjoint ne répond plus aux critères d'admissibilité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement pour l'assurance vie collective de base et facultative doivent être soumises dès que possible. Le formulaire de demande de règlement est disponible auprès de votre employeur.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

PRESTATION DE DÉCÈS

Les prestations d'assurance vie des personnes à charge vous sont versées au moment du décès de votre personne à charge.

PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE

Une personne à charge admissible est définie à la section Généralités de la présente brochure.

ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

L'assurance vie des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : la date où la demande d'adhésion a été remplie ou la date à laquelle la personne est devenue à votre charge, pourvu que la personne à charge ne soit pas hospitalisée. Si la personne à charge est hospitalisée le jour où l'assurance sur sa personne doit prendre effet, l'entrée en vigueur est reportée à la date de sa sortie de l'hôpital.

Si un enfant naît pendant que cette assurance est en vigueur, l'assurance des personnes à charge pour cet enfant prend effet dès sa naissance, même si celui-ci est hospitalisé. Si l'enfant est mort-né, la couverture sera en vigueur dès la 28^e semaine de gestation.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Les personnes à charges exclues du régime sont les personnes dont la preuve d'assurabilité, si elle est exigée, n'a pas été approuvée par l'assureur.

PRESTATIONS DE VIE DES PERSONNES À CHARGE PENDANT L'INVALIDITÉ

Si votre demande est approuvée et que vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée, de longue durée ou en vertu de toute Commission des accidents du travail avant votre 65^{ème} anniversaire, votre couverture d'assurance vie des personnes à charge continue sans paiement de prime.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Vous pouvez souscrire à une assurance individuelle sur la vie de votre conjoint résidant dans toute province, ou d'un enfant à charge admissible s'il réside au Québec, de la même façon que pour l'assurance aie collective, sans dépasser le montant de leur assurance qui prend fin.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

MAINTIEN DE LA PROTECTION

Si votre conjoint ou enfant admissible (là où la loi l'exige) décède dans les 31 jours suivant la fin de votre couverture, les prestations d'assurance vie de votre personne à charge seront payés, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance individuelle émise en vertu du droit de transformation.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

L'assurance vie des personnes à charge : les demandes doivent être effectuées dès que possible. Le formulaire de demande de règlement est disponible auprès de votre employeur.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

SOMMAIRE DES GARANTIES

Advenant une des pertes décrites ci-dessous dans les 365 jours suivant la date de l'accident, la prestation payable sera équivalente au pourcentage prévu ci-dessous du capital assuré pour lequel vous, ou votre personne à charge admissible, êtes assuré à la date de l'accident. Le montant maximal payable pour toutes les pertes résultant d'un seul et même accident ne peut dépasser 100 % du montant de l'assurance, à l'exception des cas de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie, pour lesquels la prestation est de 200 %. Un seul montant, le plus élevé des montants applicables, est payable pour les blessures subies sur un même membre et résultant d'un seul et même accident.

Tableau des prestations

| Perte | Pourcentage du montant couvert |
|---|---|
| de la vie | 100 % |
| de la vue des deux yeux | 100 % |
| de la vue complète d'un oeil et d'une main | 100 % |
| de la vue complète d'un oeil et d'un pied | 100 % |
| de la parole et de l'ouïe des deux oreilles | 100 % |
| de la vue complète d'un oeil | 100 % |
| de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles | 100 % |
| de l'ouïe d'une oreille | 33 1/3 % |
| de tous les orteils d'un même pied | 33 1/3 % |
| Perte de l'usage | |
| des deux mains ou des deux pieds | 100 % |
| d'une main et d'un pied | 100 % |
| d'un bras ou d'une jambe | 100 % |
| d'une main ou d'un pied | 100 % |
| d'un pouce et d'un index d'une même main | 33 1/3 % |
| d'au moins quatre doigts d'une même main | 33 1/3 % |
| Paralysie | |
| Quadriplégie | 200 % |
| Paraplégie | 200 % |
| Hémiplégie | 200 % |

Perte : toute perte spécifiée dans le tableau des prestations.

Perte d'usage – la perte totale ou irrémédiable de l'usage depuis douze mois consécutifs après lesquels la prestation est payable, à condition que la perte d'usage soit définie comme étant permanente.

Exposition – une perte attribuable à l'exposition inévitable aux éléments de la nature est couverte.

Disparition – en raison de destruction accidentelle, d'un naufrage ou de la disparition d'un transporteur, l'adhérent est considéré comme ayant perdu la vie si le corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de l'événement.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Indemnité en cas de coma - 1 % du montant de protection, payable en prestation mensuelle, suivant 30 jours consécutifs de perte de conscience complète et totale causée par une blessure accidentelle.

Si une prestation prévue au Tableau des prestations est versée pour une perte attribuable au même accident, le montant de la prestation payable en cas de coma ultérieur sera calculé en fonction du reliquat du montant principal.

Par coma ou état comateux, on entend un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue de 30 jours.

Retour de la dépouille - Si le décès survient à 50 kilomètres ou plus de votre domicile et que la compagnie verse un paiement en vertu du Tableau des prestations, pour un remboursement maximum de 15 000 \$ pour :

1. la préparation de la dépouille et le transport de la dépouille dans la localité de votre résidence permanente; ou
2. le déplacement et l'hébergement d'un membre de la famille immédiate la durée du transport de la dépouille ou pendant le séjour dans la localité où le corps se trouve (sans dépasser un maximum de trois nuits consécutives) et le transport par la route la plus directe au moyen d'un transporteur connu certifié pour aller et revenir d'une telle localité, à des fins d'identification du corps.

Aucune prestation ne sera accordée pour subvenir aux besoins courants de la vie, ni pour des frais de déplacement ou d'habillement. Si le transport est effectué dans un véhicule ou appareil autre qu'un véhicule ou appareil autorisé à transporter des passagers, le remboursement pour les frais de transport se limite à un maximum de 0,20 \$ le kilomètre.

Réadaptation - Si une blessure accidentelle ne cause pas votre mort, mais provoque un paiement de prestation de la Compagnie, selon le Tableau des prestations, un montant supplémentaire sera versé pour les frais raisonnables et nécessaires engagés pour votre formation spéciale jusqu'à 15 000 \$, pourvu que :

1. vous suiviez une formation à la suite d'une blessure afin de vous qualifier pour être embauché dans un emploi pour lequel vous n'étiez pas qualifié avant la blessure; et
2. les frais soient engagés dans un délai de trois ans à partir de la date de la blessure accidentelle.

Formation professionnelle du conjoint - Remboursement maximum de 10 000 \$ pour un programme de formation professionnel dans un délai de trois ans à partir de votre date de décès.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Frais d'études – La compagnie verse une indemnité pour les frais d'études jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants : 5 % du montant de la protection ou 5 000 \$ pour chaque année pendant laquelle votre enfant poursuit ses études à temps plein pour un maximum de quatre années consécutives :

1. dans un établissement d'enseignement supérieur, ou
2. dans un établissement d'études post-secondaires auxquelles il s'est inscrit dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

Si, au moment de votre décès, vous avez des enfants à charge qui ne sont pas admissibles aux frais d'études, la compagnie paie 1 % du montant de la protection à votre bénéficiaire, jusqu'à concurrence d'un minimum de 500 \$ et d'un maximum de 2 500 \$.

Indemnité de voyage pour la famille - Remboursement maximum de 10 000 \$ pour le déplacement d'un membre de la famille immédiate à l'endroit où vous êtes confiné dans un hôpital situé à plus de 100 kilomètres de votre domicile habituel. Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport en commun, un tarif de 0,20 \$ le kilomètre sera appliqué.

Prestation pour la garde d'enfant – Le montant le moins élevé de 5 % du montant de la protection ou de 5 000 \$ par année pour chaque enfant inscrit dans une garderie agréée pour un maximum de quatre ans. Un enfant à charge est admissible à cette prestation si, au moment de l'accident, il est inscrit dans une garderie ou sera inscrit dans une garderie dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Si, au moment de votre décès, des enfants à charge ne sont pas admissibles à la prestation pour la garde d'enfant, la compagnie paie 1 % du montant de la protection à votre bénéficiaire, jusqu'à concurrence d'un minimum de 500 \$ et d'un maximum de 2 500 \$.

Ceinture de sécurité – si vous êtes blessé lors d'un accident de voiture alors que vous portiez votre ceinture de sécurité, et souffrez d'une perte qui est payable en vertu de cette garantie, le montant d'assurance sera augmenté de 10 % à condition que :

1. La perte survient pendant que vous êtes un passager ou le conducteur d'un véhicule à moteur privé,
2. Le conducteur du véhicule à moteur détenait un permis de conduire valide pour conduire le type de véhicule impliqué dans l'accident.

La ceinture de sécurité était bien bouclée au moment de l'accident, et l'utilisation de la ceinture a été vérifiée dans le rapport officiel de l'accident ou par l'enquêteur.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Modification de la résidence ou d'un véhicule - Remboursement maximum de 10 000 \$ pour le coût initial de la modification de votre résidence ou de votre véhicule à moteur pour qu'un fauteuil roulant puisse y accéder, à condition que l'utilisation d'un fauteuil roulant soit requise à la suite d'un accident qui a causé la perte payable en vertu de cette garantie et que :

1. Les modifications effectuées à votre résidence sont faites par des professionnels qualifiés qui sont recommandés par une organisation agréée qui offre le soutien et l'assistance aux utilisateurs de fauteuils roulants,
2. Les modifications à votre véhicule moteur sont effectuées par des professionnels qualifiés autorisés selon la loi provinciale sur les véhicules à moteur dans votre province de résidence.

PRESTATIONS DE DÉCÈS

Les prestations de décès sont payées au(x) dernier(s) bénéficiaire(s) ou succession désigné au montant de l'assurance Décès et mutilation accidentels en vigueur au moment du décès. Les prestations vous sont payables pour tout autre perte, coma ou pour le décès de votre conjoint ou de vos personnes à charge assurés.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune indemnité n'est versée si une maladie, une blessure ou un accident survient lors de votre participation à un acte criminel, même si aucune accusation n'a été faite ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

De plus, aucune indemnité n'est versée si la perte subie résulte, directement ou indirectement, en totalité ou en partie, de l'une des causes suivantes :

1. une blessure que vous vous êtes infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, peu importe son état d'esprit,
2. une insurrection, une guerre (déclarée ou non), ou des actes hostiles des forces armées de tout pays, ainsi que la participation à une émeute ou à un affrontement public,
3. tout accident ou blessure subit lors de la conduite d'un véhicule alors que votre alcoolémie excède la limite fixée par la loi qui s'applique dans la juridiction dans laquelle a lieu l'accident. (Véhicule désigne tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, le VTT, la bicyclette, la motoneige et le bateau.),
4. une maladie ou affection, ou traitement médical ou chirurgical de celles-ci, autre qu'une infection septicémique survenue en raison d'une blessure accidentelle,
5. un vol à bord de toute espèce d'aéronef, y compris la descente (à l'exception d'un voyage d'affaires autorisé pour votre employeur à titre de pilote ou de membre de l'équipage d'un aéronef qui appartient, est opéré ou loué par votre employeur) si vous ou votre conjoint assuré :
 - êtes membre de l'équipage;
 - avez toute fonction rattachée au vol, à l'entretien, aux essais ou à la vérification de l'aéronef; ou
 - êtes à bord de l'aéronef aux fins de formation ou d'entraînement.

PRESTATIONS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE PENDANT L'INVALIDITÉ

Si votre demande est approuvée et que vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée, de longue durée ou en vertu de toute Commission des accidents du travail avant votre 65^{ème} anniversaire, votre couverture d'assurance décès et mutilation accidentels de base continue sans paiement de prime.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre garantie Décès ou mutilation accidentels de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant en raison de la retraite, de la cessation d'emploi ou d'un changement de catégorie d'employé, vous pouvez souscrire à une police individuelle, sans fournir de preuve d'assurabilité, selon le genre offert par la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue jusqu'à un maximum équivalent au montant en vigueur à la fin de la couverture ou 200 000 \$ (garanties de base et facultative combinées), selon le plus petit de ces montants, ou selon le maximum établi par la législation provinciale en vigueur. Une demande d'adhésion écrite doit être faite auprès de l'assureur et la prime requise doit être versée dans les 31 jours suivant la date où la garantie prend fin.

Un droit de transformation limité existe lors de la résiliation du contrat d'assurance collective, conformément aux directives du Surintendant des Institutions Financières.

FIN DE LA PROTECTION

L'assurance Décès et mutilation accidentels de base prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective de base; ou
- la date de résiliation de la présente couverture; ou
- la date à laquelle vous prenez votre retraite; ou
- la date à laquelle vous prenez votre retraite ou à laquelle vous atteignez la limite d'âge, selon la première éventualité; ou
- la date à laquelle vous cessez de payer les primes de cette garantie; ou
- la date avant tout déploiement naval, militaire ou de l'armée de l'air.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement pour l'assurance Décès et mutilation accidentels de base doivent être reçues par la Croix Bleue Vie dans l'année qui suit la perte. Advenant un décès, la demande de règlement doit être soumise le plus tôt possible.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

INVALIDITÉ

Pour être admissible à cette garantie, vous devez être sous les soins continus d'un médecin au cours de la période d'invalidité, qui débute normalement lors du premier rendez-vous chez le médecin. Comme adhérent, vous serez considéré invalide et admissible aux prestations d'assurance salaire de courte durée si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, vous êtes inapte à accomplir les tâches relatives de votre propre emploi et que vous n'êtes pas engagé dans une occupation ou un emploi en vue d'obtenir un salaire ou de réaliser un profit.

On entend par tâches régulières celles qui sont reliées aux activités professionnelles considérées essentielles à votre rendement au travail. Vous ne pouvez travailler autrement que si vous participez à un programme d'invalidité partielle ou de réadaptation approuvé par la compagnie.

RECHUTE

Toutes les périodes successives d'invalidité séparées par moins de deux semaines consécutives d'emploi permanent sont considérées comme une seule et même période d'invalidité, à moins que la nouvelle invalidité ne soit survenue à la suite d'un accident ou d'une maladie pour des raisons totalement différentes et ne commence qu'après le retour au travail de façon permanente.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence désigne la période continue constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation de salaire de courte durée n'est payable.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

La compagnie peut, en tout temps, demander à l'adhérent de joindre, participer ou se conformer à un programme de réadaptation jugé approprié dans sa situation.

Un programme de réadaptation désigne un programme de réadaptation médicale, professionnelle, ou visant une nouvelle formation, et qui comprend :

1. des soins ou traitements médicaux, des procédés diagnostiques ou une prescription de médicaments; ou,
2. un travail occupé par l'adhérent, à temps plein ou à temps partiel, qu'il soit ou non rémunéré; ou,
3. tout programme de formation ou de rééducation professionnelle ou toute période de travail destinée à la réadaptation.

Les prestations payables en vertu du présent contrat au moment où un adhérent participe à un programme de réadaptation seront coordonnées conformément à l'intégration des prestations.

Le refus de se joindre, de participer ou de se conformer à un programme de réadaptation entraîne l'annulation des prestations d'assurance salaire de courte durée.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

INTÉGRATION DES PRESTATIONS

Le montant des prestations d'assurance salaire de courte durée sera réduit du montant des compensations que vous pourriez recevoir en vertu de :

- toute commission de la santé et de la sécurité au travail,
- toute prestation venant du Régime des rentes du Québec ou le Régime des pensions du Canada, ou
- tout régime provincial d'assurance automobile, à condition qu'il soit considéré comme étant des limites acceptables en vertu des règlements relatifs à la réduction des cotisations d'assurance-emploi.

Si vous avez fait ou devez faire une demande pour l'une des compensations mentionnées ci-dessus et que vous n'avez pas reçu de réponse, la compagnie évaluera vos prestations jusqu'à ce qu'elle reçoit un avis écrit indiquant que votre demande a été refusée.

Si vous recevez des prestations de retraite RPC/RRQ pendant votre invalidité, vous pourriez avoir à convertir vos prestations de retraite RPC/RRQ en des prestations d'invalidité RPC/RRQ, si vous êtes admissibles.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations d'assurance salaire de courte durée sera réduit de 50 % du montant reçu du programme de réadaptation et, si nécessaire, sera réduit de nouveau afin que la prestation mensuelle plus le revenu total provenant de toutes autres sources n'excède pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Aucune prestation d'assurance salaire de courte durée n'est payable dans les cas suivants :

1. toute période d'invalidité pendant laquelle vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à pratiquer la médecine.
2. toute période d'invalidité qui est reliée directement ou indirectement à la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel ou lors de voies de fait,
3. tout accident ou toute blessure survenu 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. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, le VTT, la bicyclette, la motoneige, le bateau ou tout autre véhicule récréatif),
4. toute période pendant laquelle vous êtes absent du travail résultant d'une incarcération dans un établissement correctionnel, une résidence communautaire ou en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle,
5. toute période d'invalidité causée par une insurrection, une guerre (déclarée ou non), un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire,
6. toute période au cours de laquelle vous êtes absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si la compagnie accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période,
7. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous ne faites pas d'efforts raisonnables pour vous rétablir de l'invalidité, dont la participation à un traitement ou un programme de réadaptation approprié, ce qui sera déterminé par Croix Bleue,
8. si vous devenez invalide pendant une grève, un lockout ou une mise à pied,
9. pendant la période pendant laquelle vous recevez des prestations de maternité, congé parental ou en congé de compassion en vertu de toute loi provinciale ou fédérale ou prenez un congé de maternité, un congé parental ou un congé de compassion conformément à la loi provinciale ou fédérale, sous réserve de l'exception suivante:
 - les prestations sont versées pendant la portion reliée à la santé du congé de maternité, à condition que votre protection soit demeurée en vigueur et que le délai d'admission à la garantie d'assurance salaire de courte durée ait été complété.. La partie liée à la santé du congé de maternité sera considérée comme la période normale de récupération post-natale jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue,

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

EXCLUSIONS ET LIMITES (suite)

10. toute période d'invalidité provenant d'une cause dont la compensation relève d'une loi sur les accidents du travail ou d'une autre mesure législative ayant un but similaire,
11. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous refusez toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de vos tâches ou d'un emploi alternatif,
13. tout adhérent qui est terminé, donne avis de départ à la retraite ou de démission en vigueur à la date de terminaison, de la retraite ou de la démission,
14. aucune prestation n'est payable après une mise à pied ou la cessation d'emploi si l'invalidité a débuté dans les deux mois précédant la date de la mise à pied ou de la cessation d'emploi et que l'avis de la mise à pied ou de la cessation d'emploi a été donné avant que l'invalidité survienne,
15. toute période au cours de laquelle vous recevez des prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

Lorsque vous devenez 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.

Lorsque vous devenez 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.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de prestations d'assurance salaire de courte durée, veuillez remplir le formulaire applicable en vous adressant à votre employeur.

La demande de règlement doit être effectuée par écrit et parvenir à l'assureur à la première des dates suivantes :

- 90 jours suivant immédiatement à la fin du délai de carence,
- Dans les six (6) mois suivant la résiliation de l'assurance salaire de courte durée.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

INVALIDITÉ

Pour être admissible à la présente garantie, vous devez être sous les soins continus d'un médecin. Croix Bleue Vie définit l'invalidité totale comme étant :

- a) L'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui vous empêche, pendant le délai de carence et la période de 24 mois qui suit, d'accomplir les tâches régulières de votre propre emploi; et;
- b) Par la suite, « invalidité totale » désigne l'état d'incapacité totale et continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui vous empêche d'accomplir les tâches régulières de tout emploi :
 - qui vous permettrait de gagner au moins 60 % de votre revenu avant le début de l'invalidité; et;
 - que vous êtes raisonnablement apte à exercer (ou pourrez le devenir) de par votre formation, votre éducation et votre expérience.

Les fonctions habituelles sont les activités rattachées à votre emploi qui sont jugées essentielles à votre rendement. Vous ne pouvez travailler, autrement que dans le cadre d'un programme d'invalidité partielle ou de réadaptation approuvé par la compagnie. Si vous vous engagez dans toute occupation, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation, vous ne serez plus considéré comme étant invalide.

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

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

INVALIDITÉ PARTIELLE

Pour être considéré partiellement invalide et admissible à recevoir les prestations en vertu de cette disposition, vous devez vous conformer à la définition d'invalidité totale pendant la période de carence et vous devez être admissible à l'assurance salaire de longue durée.

Si, à la suite du commencement des prestations d'assurance salaire de longue durée, vous êtes seulement apte à retourner au travail de façon réduite et n'êtes pas inscrit à un programme de réadaptation, vous pouvez continuer d'être admissible à une portion de vos prestations d'assurance salaire de longue durée en plus des rémunérations habituelles pour une période de temps jugée appropriée par la compagnie, en vertu des dispositions spécifiées dans cette section.

Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée auquel vous avez droit sera réduit de 50 % de tous revenus ou rémunération payables par un employeur ou reçus en tant que travailleur autonome. Les prestations seront réduites de nouveau afin que le revenu provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu avant l'invalidité.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Toutes les périodes successives d'invalidité totale survenant au cours de la garantie seront considérées comme une seule et même période d'invalidité totale, à condition que l'invalidité subséquente provienne de raisons identiques ou reliées à la demande de prestations d'assurance salaire de longue durée approuvée au préalable par Croix Bleue Vie et à condition que les intervalles d'invalidité totale n'aient pas été interrompus par une période supérieure à 6 mois.

PROGRAMME DE RÉADAPTATION

Un adhérent peut, en tout temps, devoir joindre, participer ou se conformer à un programme de réadaptation jugé approprié par la compagnie selon ses circonstances.

Un programme de réadaptation désigne un programme de réadaptation médicale ou professionnelle, ou un programme de réadaptation au travail, jugé approprié par la compagnie. Ce programme comprend :

1. les soins ou traitements médicaux, les mesures diagnostiques ou les médicaments prescrits; ou
2. le travail à temps plein, à temps partiel ou tout autre emploi exercé par l'adhérent, qu'un salaire ou rémunération soient payables ou non; ou
3. tout programme de formation ou de rééducation professionnelle ou toute période de travail destinée à la réadaptation.

Les prestations payables en vertu de la présente police au moment où un adhérent participe à un programme de réadaptation seront coordonnées conformément à l'intégration des prestations.

Le refus de se joindre, de participer ou de se conformer à un programme de réadaptation entraînera l'annulation des prestations d'assurance salaire de longue durée.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence désigne la période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable.

Lorsque l'invalidité totale ne s'avère pas continue, les jours pendant lesquels vous êtes jugé totalement invalide peuvent être cumulés pour satisfaire au délai de carence, à condition que la protection demeure en vigueur au cours du cumul du délai, qu'il n'y ait pas d'interruption de plus de 14 jours, que l'invalidité provienne de raisons identiques ou reliées à l'invalidité précédente et que chaque période d'invalidité totale ait été complétée dans les 365 jours après le début du délai de carence, ou tel qu'approuvé au préalable par Croix Bleue Vie si la période est plus longue.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES (24-12)

Une condition préexistante désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez consulté un médecin, reçu un traitement, ou des soins ou services médicaux (y compris des mesures diagnostiques) ou avez eu des médicaments d'ordonnance, pendant les vingt quatre (24) mois précédant la date d'entrée en vigueur de la protection de l'invalidité à long terme.

Les prestations d'invalidité à long terme ne sont pas payables pour toute invalidité causée ou entraînée par une condition préexistante à moins que l'invalidité ait débutée après 12 mois consécutifs d'emploi à partir de la date d'entrée en vigueur de votre protection d'invalidité de longue durée.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

INTÉGRATION DES PRESTATIONS

Des prestations mensuelles sont coordonnées avec les autres revenus que vous êtes en droit de recevoir en raison de votre invalidité. La coordination des prestations est appliquée de la façon suivante :

1. Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée est d'abord réduit directement de toute prestation versée en vertu de la commission des accidents du travail et de 92,5 % de toute prestation d'invalidité versée en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (prestations primaires seulement) et des prestations de tout régime de retraite du Canada ou du Québec.

Si vous recevez des prestations de retraite RPC/RRQ pendant votre invalidité, vous pourriez avoir à convertir vos prestations de retraite RPC/RRQ en des prestations d'invalidité RPC/RRQ, si vous êtes admissible.

2. Le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée est réduit de nouveau, si nécessaire, de manière à ce que la somme des revenus mensuels provenant de toutes sources ne dépasse pas 60 % du revenu avant l'invalidité. Les revenus provenant de toutes sources comprennent :
 - a) salaire de courte durée et de longue durée de Croix Bleue,
 - b) toutes prestations payables en vertu de toute loi sur la santé et sécurité du travail,
 - c) toute prestation d'invalidité en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec,
 - d) toute prestation de retraite payable en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec,
 - e) tout revenu ou prestation payable en vertu d'un programme collectif offert par le biais de l'employeur,
 - f) le revenu ou les prestations payables en vertu d'un régime provenant d'une association, d'un syndicat ou d'un organisme sans but lucratif dont vous êtes membre auquel votre employeur paie les primes d'un tel régime,
 - g) les prestations de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance automobile, lorsque telle réduction n'est pas interdite par la loi, ou ne doit pas être remboursée à l'assureur automobile,
 - h) le salaire ou la rémunération payable par un employeur ou reçu en tant que travailleur autonome, autre que ceux reçus en vertu d'un programme de réadaptation approuvé,
 - i) tout dommage pour la perte de revenus recouverts par une tierce partie et provenant de mêmes circonstances qui ont causé votre invalidité, et
 - j) la continuation de salaire, les congés de maladie ou la continuité du salaire de votre employeur.
3. Pendant la durée d'un programme de réadaptation approuvé, le montant des prestations mensuelles d'assurance salaire de longue durée sera réduit de 50 % des revenus reçus d'avant l'invalidité, et si nécessaire, sera réduit de nouveau afin que le montant total des rémunérations et des prestations ne dépasse pas 100 % des revenus.

Gel de la réduction des montants reçus du Régime de pensions du Canada et du Régime des rentes du Québec

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

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

EXCLUSIONS ET LIMITES

Les prestations d'assurance salaire ne sont pas payables au cours des périodes suivantes :

1. toute période d'invalidité pendant laquelle vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin ou d'un chirurgien légalement autorisé à pratiquer la médecine,
2. toute période d'invalidité qui est reliée directement ou indirectement à la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel ou lors de voies de fait, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu,
3. tout accident ou toute 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. (Véhicule signifie tout moyen de transport tiré, propulsé ou conduit par n'importe quel moyen et comprend entre autres, l'automobile, le camion, la motocyclette, le cyclomoteur, le VTT, la bicyclette, la motoneige, le bateau ou tout autre véhicule récréatif),
4. toute période pendant laquelle vous êtes absent du travail résultant d'une incarcération dans un établissement correctionnel, une résidence communautaire ou en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle,
5. toute période d'invalidité causée par une insurrection, une guerre (déclarée ou non), un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire,
6. toute période au cours de laquelle vous êtes absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si la compagnie accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période,
7. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous ne faites pas d'efforts raisonnables pour vous rétablir de l'invalidité, dont la participation à un traitement ou un programme de réadaptation approprié, ce qui sera déterminé par Croix Bleue,
8. toute période d'invalidité résultant de soins médicaux, qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques, ou qui y est associé,
9. si vous devenez invalide pendant une grève, un lockout ou une mise à pied,
10. pendant la période pendant laquelle vous recevez des prestations de maternité, congé parental ou en congé de compassion en vertu de toute loi provinciale ou fédérale ou prenez un congé de maternité, un congé parental ou un congé de compassion conformément à la loi provinciale ou fédérale,
11. toute période d'invalidité au cours de laquelle vous refusez toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de vos tâches ou d'un emploi alternatif,
12. toute période au cours de laquelle vous recevez des prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous êtes admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée, toute prime à verser en vertu de présente garantie sera exonérée à partir du premier mois civil complet suivant la fin du délai de carence. L'exonération des primes sera en vigueur jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente ou que vous cessiez d'être admissible aux prestations.

CONTINUITÉ DE LA COUVERTURE DURANT UN CONGÉ

Au cours d'une absence autorisée en raison d'un congé de maternité, congé parental, congé de soignant ou tout autre congé légal, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable. La continuité de la couverture pendant ce congé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où la période maximale est atteinte en vertu de la législation applicable, selon la première éventualité.

Pendant tout autre congé autorisé, vos garanties sont maintenues sous réserve du paiement des primes pendant un maximum de 12 mois. La continuité de la couverture pendant un congé autorisé se termine à la date prévue du retour au travail, la date de retour au travail à temps plein, la date où le régime prend fin ou à la date où à la fin de la période de 12 mois, selon la première éventualité.

Lorsque vous devenez 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.

Lorsque vous devenez 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.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de prestations d'assurance salaire de longue durée, veuillez remplir le formulaire applicable en vous adressant à votre employeur.

La demande de règlement par écrit doit parvenir à l'assureur à la première des dates suivantes :

- 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence,
- dans les six (6) mois suivant la résiliation de l'assurance salaire de longue durée ou le délai alloué par la législation provinciale applicable.

Remarque : Il est de votre intérêt de soumettre votre demande le plus rapidement possible, afin qu'elle soit traitée en temps opportun.

COORDONNÉES DE CROIX BLEUE MEDAVIE

Croix Bleue Medavie possède des bureaux régionaux aux endroits suivants pour répondre à vos questions au sujet de votre régime d'assurance.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Fredericton Bureau 2 - 1055, rue Prospect
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 3B9

Moncton Centre Croix Bleue
644, rue Main
C. P. 220
Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L3

Saint-Jean 47A, prom. Consumers
Saint-Jean (Nouveau-Brunswick) E2J 4Z7

NOUVELLE-ÉCOSSE

Dartmouth Adresse civique:
230, avenue Brownlow
Dartmouth (Nouvelle-Écosse) B3B 0G5
Adresse postale:
C.P. 2200
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3C6

Halifax Tour Barrington, Scotia Square
1894, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2A8

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

St. John's Édifice Viking
136, chemin Crosbie, bureau 204
St. John's (T.-N.-L.) A1B 3K3

ONTARIO

Toronto 185, The West Mall, bureau 1200
C.P. 2000
Etobicoke (Ontario) M9C 5P1

QUÉBEC

Montréal 550, rue Sherbrooke Ouest, bureau 12
Montréal (Québec) H3A 6T6

Service à la clientèle (numéro sans frais) : 1-800-667-4511