



# APERÇU DE VOTRE PROGRAMME FLEXIBLE HARMONISÉ

## RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

(coût selon l'option et la catégorie de protection choisies)

	Option 1 (Renonciation)	Option 2	Option 3	Option 4
<b>Franchise</b>		Aucune	Aucune	Aucune
<b>Hospitalisation</b>		100 % Chambre à 2 lits	100 % Chambre à 2 lits	100 % Chambre à 2 lits
<b>Médicaments sur ordonnance</b> (médicaments génériques, uniques ou innovateurs)		66 %*	75 %	90 %
		<b>S'il existe un médicament générique, le régime applique le pourcentage de remboursement sur le coût de ce médicament.</b>		
<b>Services paramédicaux et soins de la vue</b>	Aucune protection (preuve d'une autre protection requise)	—	75 % Max. 500 \$	90 % Max. 1 000 \$
• Psychologue				
• Acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre			Max. 500 \$ pour tous les services combinés, y compris les soins de la vue	Max. 1 000 \$ pour tous les services combinés, y compris les soins de la vue
• Soins de la vue (examens de la vue, lunettes et verres de contact)		Max. 150 \$/12 mois (compris dans le maximum de 500 \$ pour tous les services combinés ci-dessus)	Max. 300 \$/12 mois (compris dans le maximum de 1 000 \$ pour tous les services combinés ci-dessus)	
<b>Soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays</b> (jusqu'à 180 jours)		100 %	100 %	100 %
<b>Autres</b>		—	75 % Max. 10 000 \$	90 % Max. 10 000 \$
<b>Changement d'option</b>	Un niveau à la fois à l'adhésion annuelle; aucune restriction dans le cas d'un événement de vie admissible, (ex. : mariage, naissance, séparation)			

\* Ce pourcentage sera révisé annuellement.

À moins d'indication contraire, les maximums indiqués sont des montants de remboursement par personne couverte, par année de programme.

Trois catégories de protection :



**EMPLOYÉ**  
Vous seul



**EMPLOYÉ + 1**  
Vous et une personne à charge  
(conjoint ou enfant)



**EMPLOYÉ + 2**  
Vous et plus d'une personne à charge

## RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

(coût selon l'option et la catégorie de protection choisies)

	Option 1 (Renonciation)	Option 2	Option 3	Option 4
<b>Franchise</b>	Aucune protection	Aucune	Aucune	Aucune
<b>Services préventifs</b> • Examens de rappel, nettoyages		60 % 1 tous les 9 mois	75 % 1 tous les 9 mois	90 % 1 tous les 9 mois
<b>Services de base</b> (y compris endodontie et parodontie)		60 %	75 %	90 %
<b>Soins majeurs</b> (ponts, couronnes, prothèses)		50 %	50 %	60 %
<b>Orthodontie</b> (enfants seulement)		—	—	50 %
<b>Remboursement maximum</b> • Tous les services combinés sauf l'orthodontie (annuel) • Orthodontie (à vie)		700 \$ s.o.	1 000 \$ s.o.	2 000 \$ 2 000 \$
<b>Guide des tarifs</b>		Année courante	Année courante	Année courante
<b>Changement d'option</b>	Un niveau à la fois à l'adhésion annuelle; aucune restriction dans le cas d'un événement de vie admissible (ex. : mariage, naissance, séparation); l'option 4 doit être maintenue pendant 2 ans			

Trois catégories de protection :



**EMPLOYÉ**

Vous seul



**EMPLOYÉ + 1**

Vous et une personne à charge  
(conjoint ou enfant)



**EMPLOYÉ + 2**

Vous et plus d'une personne à charge

## RÉGIME D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

(coût payé par l'employeur)

<b>Prestations hebdomadaires</b>	<b>70 % de votre salaire</b>
<b>Période d'attente</b>	<b>7 jours civils</b>
<b>Durée maximale</b>	<b>17 semaines</b>



## RÉGIME D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

(coût payé par vous, par retenues salariales)

<b>Prestations mensuelles</b> (payables après les 17 semaines de prestations d'invalidité de courte durée) <ul style="list-style-type: none"><li>• Option 1</li><li>• Option 2</li></ul>	53 % de la première tranche de 2 400 \$ de salaire mensuel <b>plus</b> 38 % de la tranche suivante de 2 100 \$ <b>plus</b> 33 % de l'excédent 58 % de la première tranche de 2 400 \$ de salaire mensuel <b>plus</b> 46 % de la tranche suivante de 2 100 \$ <b>plus</b> 39 % de l'excédent
<b>Preuve d'assurabilité</b>	Requise pour passer de l'option 1 à l'option 2
<b>Prestations mensuelles maximales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Sans preuve d'assurabilité</li><li>• Avec preuve d'assurabilité</li></ul>	8 700 \$ 14 500 \$
<b>Durée</b>	Jusqu'au premier des événements suivants : rétablissement, retraite ou 65 ans
<b>Indexation</b>	Hausse de l'indice des prix à la consommation (max. 2 %), qui débute après 3 ans d'invalidité
<b>Traitement fiscal</b>	Prestations non imposables

## ASSURANCE VIE

(coût payé par vous, par retenues salariales)\*

<b>Pour vous</b>	Protection de base (obligatoire) : 1 x salaire; réduction de 50 % à 65 ans Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour toute augmentation
<b>Pour votre conjoint</b>	Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour toute augmentation
<b>Pour vos enfants</b>	Protection facultative : jusqu'à 50 000 \$, par tranches de 10 000 \$

\*Les crédits flexibles restants peuvent être utilisés pour payer le coût de la protection d'assurance vie de base; si les crédits ne sont pas suffisants, vous payez l'excédent du coût par retenues salariales.



## ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

(coût payé par vous, par retenues salariales)\*

<b>Pour vous</b>	Protection de base : aucune Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$
<b>Pour votre conjoint</b>	Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$
<b>Pour vos enfants</b>	Protection facultative : jusqu'à 50 000 \$, par tranches de 10 000 \$

\*Les crédits flexibles restants peuvent être utilisés pour payer le coût de la protection pour vous, votre conjoint et vos enfants; si les crédits ne sont pas suffisants, vous payez l'excédent du coût par retenues salariales.

## ASSURANCE MALADIES GRAVES

(coût payé par vous, par retenues salariales)

<b>Pour vous</b>	Protection de base : aucune Protection facultative : jusqu'à 250 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour plus de 20 000 \$ à l'adhésion initiale et pour toute augmentation subséquente
<b>Pour votre conjoint</b>	Protection facultative : jusqu'à 250 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour plus de 20 000 \$ à l'adhésion initiale et pour toute augmentation subséquente
<b>Pour vos enfants</b>	Protection facultative : jusqu'à 25 000 \$, par tranches de 5 000 \$

## CRÉDITS FLEXIBLES

(montant accordé par l'employeur pour payer en totalité ou en partie le coût des options médicale et dentaire choisies; si les crédits ne sont pas suffisants, vous payez l'excédent du coût par retenues salariales)

<b>Si vous choisissez l'option 1</b>	Soins médicaux : 400 \$ Soins dentaires : 150 \$
<b>Si vous choisissez l'option 2, 3 ou 4</b>	Soins médicaux : 900 \$ Soins dentaires : 375 \$
<b>Affectation des crédits restants</b>	Assurance de vie de base Assurance décès ou mutilation par accident Compte-santé REER collectif

*Le présent document donne un aperçu des protections du programme flexible harmonisé. Il ne comprend pas toutes les restrictions et limites prévues par les régimes. Pour une description détaillée des protections, y compris les restrictions, les limites et les exclusions, veuillez vous reporter à la brochure descriptive des régimes, qui est disponible sur le site Web de Croix Bleue Medavie.*

Février 2018

