Brochure de votre régime d'assurance *collective*

KPD Régime Flexible

Employés contractuels - Keurig Canada Inc.
Employés contractuels - Services de Café Van Houtte Inc.

Numéro de contrat : 91382-1

Révisé :
septembre 2020

CROIX BLEUE MC
MEDAVIE

Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

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

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

Croix Bleue Medavie assure les garanties soins de santé, alors que toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

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

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

À propos de la brochure

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

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

Conseil pratique

Faites une visite dans la section Centre de l'adhérent au **www.medavie.bluecross.ca**.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties :** cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.

- **Modalités de la couverture :** cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.

- **Droits et responsabilités en vertu du contrat :** cette section énonce vos responsabilités en vertu du contrat collectif, telles que celle d'aviser votre employeur de tout changement à votre statut, ainsi que vos droits, tels que votre droit à la protection des renseignements personnels.

- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements :** cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.

- **Conseils pratiques :** tout au long de la présente brochure, nous vous avons fourni des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

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

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties 1
Termes-clés 18
Modalités de la couverture 22
Exonération des primes 27
Garantie Vie de l'adhérent 29
Garantie Vie facultative 31
Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent 33
Garantie facultative de décès et mutilation par accident 38
Garantie facultative Maladies graves (étendue) 44
Garantie Médicaments 47
Garantie Soins de santé complémentaires 52
Garantie Soins dentaires 59
Garantie Voyage 66
Services de médecins en ligne 72
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat 75
Comment soumettre une demande de règlement 79
Ressources supplémentaires et services aux adhérents 81

Votre participation au régime d'assurance collective est obligatoire

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Calcul de la prestation	1 fois le salaire annuel
Prestation maximale	1 500 000 $ combiné avec le maximum de la Garantie Vie facultative de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	0 $
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 70 ans, maximum 25 000 $
Fin de la garantie	À la retraite
Exonération des primes	Oui

Garantie Vie facultative

Calcul de la prestation de l'adhérent	1 x à 5 x le salaire annuel
Maximum pour l'adhérent	1 500 000 $ maximum combiné avec le maximum de la Garantie Vie de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité pour l'adhérent	Les premiers 50 000 $, si la demande est reçue dans les 31 jours de l'admissibilité de l'adhérent à cette garantie. Une preuve d'assurabilité est requise pour tout autre montant de protection.
Calcul de la prestation du conjoint	Multiples de 10 000 $
Maximum pour le conjoint	300 000 $
Maximum sans preuve d'assurabilité pour le conjoint	Les premiers 50 000 $, si la demande est reçue dans les 31 jours de l'admissibilité de l'adhérent à cette garantie. Une preuve d'assurabilité est requise pour tout autre montant de protection.
Calcul de la prestation de l'enfant	Multiples de 5 000 $
Maximum par enfant*	25 000 $
Maximum sans preuve d'assurabilité par enfant	25 000 $
Fin de la garantie	
Adhérent	70 ans ou retraite, selon la première éventualité
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 70 ans ou à la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à sa retraite, selon la première éventualité
Exonération des primes	Oui

*Dès la naissance si l'enfant est vivant.

Sommaire des garanties

Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent

Calcul de la prestation	1 fois le salaire annuel
Prestation maximale	1 500 000 $ maximum combiné avec le maximum de la Garantie facultative Décès et mutilation par accident
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Garantie Vie de l'adhérent
Réduction de la prestation	La prestation est réduite de 50 % à l'âge de 70 ans, maximum 25 000 $
Fin de la garantie	À la retraite
Exonération des primes	Oui

Garantie facultative décès et mutilation par accident

Calcul de la prestation de l'adhérent	1 x à 5 x le salaire annuel
Maximum pour l'adhérent	Maximum de 1 500 000 $ maximum combiné avec le montant de la Garantie Décès et mutilation par accident
Calcul de la prestation du conjoint	Multiples de 10 000 $
Maximum pour le conjoint	300 000 $
Calcul de la prestation de l'enfant	Multiples de 5 000 $
Maximum par enfant*	25 000 $
Maximum sans preuve d'assurabilité	Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour tout montant de protection
Fin de la garantie	
Adhérent	70 ans ou retraite, selon la première éventualité
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 70 ans ou à la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à sa retraite, selon la première éventualité
Exonération des primes	Oui

*Dès la naissance si l'enfant est vivant.

Sommaire des garanties

Garantie Maladies graves facultative (étendue)

Calcul de la prestation de l'adhérent	Multiples de 5 000 $
Maximum pour l'adhérent	200 000 $
Calcul de la prestation du conjoint	Multiples de 5 000 $
Maximum pour le conjoint	200 000 $
Maximum sans preuve d'assurabilité pour l'adhérent et le conjoint	Les premiers 50 000 $, si la demande est reçue dans les 31 jours de l'admissibilité de l'adhérent à cette garantie.* Une preuve d'assurabilité est requise pour tout autre montant de protection.
Prestation maximale	1 occurrence à vie
Délai de carence	30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la définition des maladies graves admissibles
Fin de la garantie	
Adhérent	65 ans ou retraite, selon la première éventualité
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent, selon la première éventualité
Exonération des primes	Oui

*Le montant maximum sans preuve d'assurabilité pour le conjoint ne peut pas être supérieur à celui de l'adhérent.

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments – Base

Franchise	Médicaments génériques et auxiliaires antitabagiques : Aucune Tous les autres médicaments : 10 $ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	Auxiliaires antitabagiques : 100% Tous les autres médicaments : 70 %
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximum	
Médicaments de fertilité	6 000 $ à vie
Sérums contre les allergies	Inclus
Injections sclérosantes	40 $/jour
Auxiliaires antitabagiques	1 000 $/année contractuelle*
Vaccins	Inclus
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

* Si vous vous êtes prévalus du droit d'exemption pour les Garanties Soins de santé pour vous ou vos personnes à charge en raison d'une couverture similaire en vertu d'un autre contrat d'assurance collective, vous et vos personnes à charge (s'il y a lieu) serez couverts seulement pour les auxiliaires antitabagiques en vertu des Garanties Soins de santé de ce contrat, sous réserve du montant maximum mentionné ci-dessus.

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments – Équilibrée

Franchise	Médicaments génériques et auxiliaires antitabagiques : Aucune Tous les autres médicaments : 5 $ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	Auxiliaires antitabagiques : 100% Tous les autres médicaments : 80 %
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximum	
Médicaments de fertilité	6 000 $ à vie
Sérums contre les allergies	Inclus
Injections sclérosantes	40 $/jour
Auxiliaires antitabagiques	1 000 $/année contractuelle*
Vaccins	Inclus
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

* Si vous vous êtes prévalus du droit d'exemption pour les Garanties Soins de santé pour vous ou vos personnes à charge en raison d'une couverture similaire en vertu d'un autre contrat d'assurance collective, vous et vos personnes à charge (s'il y a lieu) serez couverts seulement pour les auxiliaires antitabagiques en vertu des Garanties Soins de santé de ce contrat, sous réserve du montant maximum mentionné ci-dessus.

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments – Enrichie

Franchise	Médicaments génériques et auxiliaires antitabagiques : Aucune Tous les autres médicaments: 5 $ par médicament prescrit
Pourcentage de remboursement	Auxiliaires antitabagiques : 100% Tous les autres médicaments : 90 %
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Liste de médicaments	Liste régulière
Maximum	
Médicaments de fertilité	6 000 $ à vie
Sérums contre les allergies	Inclus
Injections sclérosantes	40 $/jour
Auxiliaires antitabagiques	1 000 $/année contractuelle*
Vaccins	Inclus
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Provision maximale	Provision de 100 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

* Si vous vous êtes prévalus du droit d'exemption pour les Garanties Soins de santé pour vous ou vos personnes à charge en raison d'une couverture similaire en vertu d'un autre contrat d'assurance collective, vous et vos personnes à charge (s'il y a lieu) serez couverts seulement pour les auxiliaires antitabagiques en vertu des Garanties Soins de santé de ce contrat, sous réserve du montant maximum mentionné ci-dessus.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires – Base

Franchise			
Hospitalisation	Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune		
	Pourcentage de remboursement	**Maximum**	**Hébergement**
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	70 %		
Soins infirmiers	70 %	10 000 $/année contractuelle	
Soins de convalescence	70 %	50 $/jour, jusqu'à concurrence de 120 jours par année contractuelle	
Professionnels de la santé* :		**Maximum par année contractuelle**	
Psychologue/Travailleur social/ Psychothérapeute/Psychanalyste/ Psychoéducateur (maximum combiné)	70 %	500 $**	

*Les frais pour les professionnels de la santé sont seulement admissibles après que le maximum annuel payé par le régime provincial de santé est atteint.

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires – Base

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	70 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	70 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	70 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	70 %	150 $/60 mois consécutifs
Prothèses auditives	70 %	500 $/60 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	70 %	1 paire/année contractuelle
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	70 %	300 $/année contractuelle
Tests diagnostiques	70 %	Voir le texte de la garantie
Autres fournitures et services médicaux	70 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	70 %	Évaluation préalable requise, jusqu'à concurrence de 5 000 $/accident
Cure de désintoxication	70 %	60 jours à vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires – Équilibrée

Franchise	
Hospitalisation	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune

	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	80 %		
Soins infirmiers	80 %	10 000 $/année contractuelle	
Soins de convalescence	80 %	50 $/jour, jusqu'à concurrence de 120 jours par année contractuelle	
Professionnels de la santé* :		**Maximum par année contractuelle**	
Psychologue/Travailleur social/ Psychothérapeute/Psychanalyste/ Psychoéducateur (maximum combiné)	80 %	750 $ **	
Chiropraticien	80 %	500 $**	
Naturopathe	80 %	500 $**	
Acupuncteur	80 %	500 $**	
Homéopathe	80 %	500 $**	
Diététiste	80 %	500 $**	
Ostéopathe	80 %	500 $**	
Podologue/Podiatre (maximum combiné)	80 %	500 $**	
Audiologiste	80 %	500 $**	
Orthophoniste	80 %	500 $**	
Ergothérapeute	80 %	500 $**	
Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation (maximum combiné)	80 %	500 $**	
Massothérapeute/Kinothérapeute/ Orthothérapeute (maximum combiné)	80 %	500 $**	
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, podologue/podiatre)	80 %	1 radiographie par professionnel de la santé	

*Les frais pour les professionnels de la santé sont seulement admissibles après que le maximum annuel payé par le régime provincial de santé est atteint.

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires – Équilibrée

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	80 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	80 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	80 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	80 %	150 $/60 mois consécutifs
Prothèses auditives	80 %	500 $/60 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	80 %	1 paire/année contractuelle
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	80 %	300 $/année contractuelle
Tests diagnostiques	80 %	Voir le texte de la garantie
Autres fournitures et services médicaux	80 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	Évaluation préalable requise, jusqu'à concurrence de 5 000 $/accident
Cure de désintoxication	80 %	60 jours à vie
Soins de la vue		
Examen de la vue**	100 %	1/12 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser/lentilles intraoculaires (maximum combiné)	100 %	150 $/24 mois consécutifs
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires – Enrichie

Franchise	
Hospitalisation	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé	Aucune

	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à un lit
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	90 %		
Soins infirmiers	90 %	10 000 $/année contractuelle	
Soins de convalescence	90 %	50 $/jour, jusqu'à concurrence de 120 jours par année contractuelle	
Professionnels de la santé* :		**Maximum par année contractuelle**	
Psychologue/Travailleur social/ Psychothérapeute/Psychanalyste/ Psychoéducateur (maximum combiné)	90 %	1 000 $**	
Chiropraticien	90 %	750 $**	
Naturopathe	90 %	750 $**	
Acupuncteur	90 %	750 $**	
Homéopathe	90 %	750 $**	
Diététiste	90 %	750 $**	
Ostéopathe	90 %	750 $**	
Podologue/Podiatre (maximum combiné)	90 %	750 $**	
Audiologiste	90 %	750 $**	
Orthophoniste	90 %	750 $**	
Ergothérapeute	90 %	750 $**	
Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technicien en réadaptation (maximum combiné)	90 %	750 $**	
Massothérapeute/Kinothérapeute/ Orthothérapeute (maximum combiné)	90 %	750 $**	
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, podologue/podiatre)	90 %	1 radiographie par professionnel de la santé	

*Les frais pour les professionnels de la santé sont seulement admissibles après que le maximum annuel payé par le régime provincial de santé est atteint.

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires – Enrichie

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	90 %	1/mois pour la location, 1/5 années contractuelles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	90 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	90 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour diabétiques	90 %	150 $/60 mois consécutifs
Prothèses auditives	90 %	500 $/60 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	90 %	1 paire/année contractuelle
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	90 %	300 $/année contractuelle
Tests diagnostiques	90 %	Voir le texte de la garantie
Autres fournitures et services médicaux	90 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	90 %	Évaluation préalable requise, jusqu'à concurrence de 5 000 $/accident
Cure de désintoxication	90 %	60 jours à vie
Soins de la vue		
Examen de la vue**	100 %	1/12 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser/lentilles intraoculaires (maximum combiné)	100 %	300 $/24 mois consécutifs
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires – Base

Franchise	Aucune
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)

	Pourcentage de remboursement	**Maximum**
Soins préventifs	s.o.	Non couverts
Soins de base	s.o.	Non couverts
Endodontie et Parodontie	80 %	1 500 $/année contractuelle combiné avec les soins de restauration majeure
ATM/Douleur faciale	80 %	Radiographies seulement
Soins de restauration majeure	50 %	1 500 $/année contractuelle combiné avec l'endodontie et parodontie
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie

Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires – Équilibrée

Franchise	Aucune
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)

	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	80 %	2 000 $/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
Examens de rappel		1/6 mois consécutifs
Services préventifs		
Polissage des dents		1/6 mois consécutifs
Traitement au fluorure		1/6 mois consécutifs
Détartrage		16 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	80 %	2 000 $/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		16 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
ATM/Douleur faciale		Radiographies seulement
Soins de restauration majeure	50 %	2 000 $/année contractuelle, combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Soins orthodontiques	50 %	1 500 $ à vie (assurés de moins de 18 ans)

Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires – Enrichie

Franchise	Aucune
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)

	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	90 %	2 500 $/année contractuelle combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
Examens de rappel		1/6 mois consécutifs
Services préventifs		
Polissage des dents		1/6 mois consécutifs
Traitement au fluorure		1/6 mois consécutifs
Détartrage		16 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	90 %	2 500 $/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		16 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
ATM/Douleur faciale		Radiographies seulement
Soins de restauration majeure	60 %	2 500 $/année contractuelle combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Soins orthodontiques	50 %	3 000 $ à vie

Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

Sommaire des garanties

Garantie Voyage

Durée de la protection	Les 90 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ
	Franchise
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	Aucune
Patients dirigés hors Canada	Aucune
	Pourcentage de remboursement
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	100 %
Patients dirigés hors Canada	Suit le pourcentage de remboursement de votre Garantie de Soins de santé complémentaire (Couverture de Base, Équilibrée ou Enrichie)
	Maximums
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	1 000 000 $ par assuré, à vie
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada*	Voir le texte de la garantie
Fin de la couverture Patients dirigés hors Canada	Retraite de l'adhérent
Fin de la garantie Voyage	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 85 ans ou à sa retraite, selon la première éventualité
Prolongation pour les survivants	24 mois

*Autorisation préalable requise.

Sommaire des garanties

Services de médecins en ligne

Référez-vous à la section *Services de médecins en ligne* pour une description détaillée.	
Étendue de la couverture	
Nombre maximal de consultations	Illimité
Plage horaire des services couverts	24 heures par jour, 7 jours par semaine (y compris les jours fériés)
Fin des services	Retraite de l'adhérent

Vous et vos personnes à charge

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

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

Employé ou Employé contractuel : Une personne qui :

- réside au Canada;
- a un contrat d'une durée d'au moins 12 mois consécutifs avec le Preneur ou une de ses sociétés affiliées participant au régime; et
- est au service de l'employeur de façon régulière, à raison d'un minimum de 20 heures de travail par semaine.

Les employés embauchés sur une base temporaire ou saisonnière, les employés qui travaillent à l'extérieur du Canada sur une base régulière, les propriétaires exploitants, les conseillers, les travailleurs indépendants et les travailleurs autonomes ne sont pas admissibles au régime.

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

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

Conjoint : Une personne qui :

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

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

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
  - a) est âgé de moins de 21 ans;
  - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
  - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

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

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

Conseil pratique

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

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

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

Conseil pratique

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

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

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

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 5 activités suivantes :

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

Année contractuelle : La période de 12 mois consécutifs qui suit la date d'effet du contrat et par la suite, chaque période de 12 mois allant du 1er avril d'une année au 31 mars de l'année suivante.

Changement de situation personnelle :

- mariage ou tout autre type d'union formelle ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- fin de l'admissibilité d'une personne à charge;
- admissibilité ou perte d'admissibilité de couverture sous le contrat du conjoint;
- décès d'une personne à charge.

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

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

Conseil pratique

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

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

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

La Franchise s'applique par médicament prescrit, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties.

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

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

Conseil pratique

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

Conseil pratique

Membre de la famille désigne pour un assuré :

a) son conjoint;
b) son père ou sa mère, ou leur conjoint ou conjoint de fait;
c) ses enfants ou les enfants de son conjoint ou de son conjoint de fait;
d) ses frères et ses sœurs;
e) ses petits-enfants; ou
f) ses grands-parents.

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

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

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

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

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

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

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

Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

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

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

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur, incluant les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçue sur une base régulière. Sont exclus les dividendes, ainsi que toute forme de rémunération non régulière comme les bonis, les primes et les gratifications.

Conseil pratique

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

Pour les employés dont le **salaire est basé sur des commissions** :

i. **Employés ayant 12 mois de travail continu ou plus** : le salaire correspond au salaire de base annuel auquel on ajoute les commissions gagnées par l'employé et versé par l'employeur au cours des 12 mois d'emploi précédents, tel qu'indiqué sur les feuillets d'impôt de l'Agence du revenu du Canada (ARC).

ii. **Employés ayant moins de 4 mois de service continu :** le salaire correspond au salaire de base annuel auquel on ajoute le montant cible de commissions tel qu'établi par l'employeur.

iii. **Employés ayant plus de 4 mois mais moins de 12 mois de service continu :** le salaire correspond au salaire reçu depuis le début de l'embauche, ce dernier est annualisé.

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

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

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

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

Qui est admissible à la couverture?

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

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

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

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

Conseil pratique

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

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

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

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

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

- lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties;
- pour toute demande d'adhésion à la Garantie Vie facultative et à la Garantie facultative Maladies graves (étendue), s'il y a lieu, et tel que spécifié dans le Sommaire des garanties; ou
- lorsque votre demande d'adhésion parvient à Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle vous ou vos personnes à charge êtes devenus admissibles, à l'exception :
  - xi. de la Garantie Soins dentaires (s'il y a lieu), pour laquelle les personnes retardataires n'ont pas besoin de soumettre une preuve d'assurabilité (leur remboursement maximum est alors limité à 250 $ pour les 12 premiers mois consécutifs); et
  - xii. des assurés du Québec qui sont en retard, à l'égard desquels aucune preuve d'assurabilité ne peut être exigée pour l'adhésion à la Garantie Médicaments.

Conseil pratique

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

Comment adhérer à la couverture?

Formulaire d'adhésion

Pour adhérer à la couverture, vous devez en faire la demande par écrit en remplissant et en soumettant le formulaire d'adhésion qui vous a été fourni par votre employeur et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

Le formulaire d'adhésion rempli doit parvenir à Croix Bleue dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à votre couverture ou celle de votre personne à charge.

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

Un choix individuel ne vous est pas permis en vertu du contrat. De plus, lorsque vous souscrivez à la couverture, vous devez inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, sous réserve des exceptions qui suivent :

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives; et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime collectif. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissible aux garanties soins de santé s'il y a un changement à votre statut familial ou si vous ou vos personnes à charge cessez d'être couvert en vertu de l'autre couverture pour des raisons indépendantes de votre volonté.

Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre :

g) la Garantie Médicaments
h) la Garantie Soins de santé complémentaires
i) la Garantie Soins dentaires
j) la Garantie Voyage.

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

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

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

Personnes à charge

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

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

Conseil pratique

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

Inscription annuelle

Le 1er avril de chaque année, après un (1) an de protection, l'adhérent pourra augmenter son niveau de protection ou changer le statut de sa couverture (individuelle à couple, monoparentale à familiale). Toutefois, l'adhérent doit conserver la même couverture pendant au moins deux (2) années complètes avant de pouvoir diminuer son niveau de protection ou son statut de couverture (famille à couple, couple à individuelle).

L'adhérent doit être effectivement au travail pour modifier ses garanties Vie.

Changement de couverture

L'adhérent peut changer son choix de couverture ou le statut familial de sa couverture en tout temps dans les 31 jours suivant un des événements de vie suivants :

- un mariage, une union civile ou union de fait ;
- une naissance, une adoption ou ajout d'un enfant par l'entremise d'un mariage, d'une union civile ou d'une union de fait;
- le décès d'une personne à charge;
- l'admissibilité ou la fin de l'admissibilité au statut d'étudiant pour un enfant âgé entre 21 et 26 ans;
- un divorce ou une séparation;
- la perte ou le gain des protections d'assurance collective d'un conjoint.

Des choix de couverture différents sont possibles pour les Garanties soins de santé et Soins dentaires.

L'adhérent peut choisir un des statuts suivants :

- Exempté (si l'adhérent est couvert en vertu de l'assurance collective de son conjoint)
- Individuel
- Couple
- Monoparental
- Familial

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

Maladie – Accident

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

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, vous devez maintenir toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Vous devez continuer à payer vos primes pour toute la durée de l'absence.

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

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

Quand ma couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

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

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

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

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

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

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

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

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

Conseil pratique

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

Conseil pratique

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

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

Prolongation pour les survivants

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

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

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

Et si j'ai une couverture ailleurs?

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

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

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

Conseil pratique

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

Autres régimes de soins de santé

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

Conseil pratique

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

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

Frais engagés pour vous :

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

Frais engagés pour votre conjoint :

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

Conseil pratique

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

Frais engagés pour votre enfant :

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

Exonération des primes

Objet de la garantie

Si l'adhérent devient totalement invalide avant son 65e anniversaire de naissance alors que sa couverture est en vigueur, les primes à son égard sont exonérées pour certaines garanties. Le Sommaire des garanties indique si l'Exonération des primes s'applique à une garantie en particulier.

Lorsqu'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le contrat ou lorsque l'adhérent invalide appartient à une catégorie d'adhérents qui est n'est pas couverte en vertu de cette garantie, une preuve de l'invalidité totale doit parvenir à Croix Bleue dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Lorsqu'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le contrat ou lorsque l'adhérent invalide n'est pas couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée, l'invalidité totale est définie comme étant :

a) l'état d'incapacité continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :

   a. qui lui permettrait de gagner au moins 60 % du salaire qu'il gagnait avant le début de son invalidité; et

   b. qu'il est raisonnablement apte à exercer (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation et son expérience.

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

La disponibilité de l'occupation ou du travail n'est pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité totale.

Montant de couverture

Le montant de couverture sujet à l'Exonération des primes est égal au montant en vigueur à la date du début de l'invalidité totale.

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées dès le premier jour du mois coïncidant avec ou suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale.

Fin de l'exonération des primes

En tenant compte des exceptions mentionnées dans la présente clause, l'exonération des primes cesse à la première des éventualités ou des dates suivantes :

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé au préalable par Croix Bleue;
- lorsque l'adhérent refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date normale de la retraite de l'adhérent;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide;
- la date à laquelle le contrat se termine; ou
- la date du décès de l'adhérent.

Si, alors qu'un adhérent est totalement invalide et exonéré de ses primes,

- son lien d'emploi cesse; ou
- la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient est annulée, ou la couverture de tous les employés se termine,

l'exonération des primes est maintenue au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus, pour la Garantie Vie de l'adhérent et la Garantie Vie facultative de l'adhérent qui sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent.

Récidive d'invalidité

Si l'adhérent, qui était totalement invalide et dont les primes étaient exonérées, devient de nouveau totalement invalide après être retourné au travail, l'exonération des primes recommence à compter du premier jour du mois qui coïncide ou qui suit le début de la récidive d'invalidité, telle que décrite ci-dessous. Les montants de couverture sont ceux en vigueur à la date de l'invalidité initiale, sous réserve des Exclusions et restrictions du présent contrat.

Lorsqu'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le contrat ou lorsque la classe d'adhérents à laquelle appartient l'adhérent totalement invalide n'a pas la Garantie Invalidité de longue durée, la récidive d'invalidité est définie de la façon suivante :

b) une période subséquente d'invalidité totale qui :

   c. est attribuable à la même cause ou à des causes connexes à l'invalidité précédente qui a donné lieu à l'exonération des primes; et

   d. qui se produit pendant la période de 6 mois qui suit la fin de l'exonération des primes.

Objet de la garantie

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

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

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

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

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

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

Versement de la prestation

Bénéficiaire

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Droit de transformation en une police d’assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

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

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

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

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

Objet de la garantie

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

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

Admissibilité

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

Montant de la garantie

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

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

Versement de la prestation

Bénéficiaire

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

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

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

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

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

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

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

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

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

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection

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

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

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

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

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

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

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

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

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

Exposition et disparition

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

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

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

Retour de la dépouille

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

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

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

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

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

Exclusion : le coût du cercueil.

Indemnité en cas de réadaptation

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

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

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

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

Formation professionnelle du conjoint

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

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

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

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

Frais d'études pour les enfants

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

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

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

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

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

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

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

Indemnité de voyage pour la famille

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

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

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

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

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

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

Versement de la prestation

Bénéficiaire

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

Maximum payable

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

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

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

Objet de la garantie

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

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge perd la vie, tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant de protection en vigueur pour l'assuré au moment où se produit l'événement, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

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

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

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

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection

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

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

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

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de protection en vigueur pour l'assuré au moment où se produit l'événement, conformément au tableau ci-dessous.

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

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de protection en vigueur pour l'assuré dans le Sommaire des garanties.

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

Exposition et disparition

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

Un adhérent ou une personne à charge est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si :

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

Retour de la dépouille

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

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

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

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

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

Exclusion : le coût du cercueil.

Indemnité en cas de réadaptation

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

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

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

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

Formation professionnelle du conjoint

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

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

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

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

Frais d'études pour les enfants

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

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

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

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

Payable sous forme de versements annuels, le montant est versé à l'enfant (s'il a 18 ans et plus) ou au parent survivant ou au tuteur légal de l'enfant (si l'enfant a moins de 18 ans). Chaque versement se fait à la réception, par Croix Bleue, d'une preuve écrite de l'inscription et des frais engagés.

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

Indemnité de voyage pour la famille

Si l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

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

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

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

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

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

Indemnité en cas de décès simultanés

Si l'adhérent et son conjoint décèdent en raison d'un même accident et dans les 90 jours suivant cet accident, le montant payable pour la perte de la vie du conjoint augmente afin qu'il soit équivalent au montant payable pour la perte de la vie de l'adhérent.

Prolongation de la couverture pour la famille

Si, en vertu de la présente garantie, la prestation est payable en raison de la perte de la vie de l'adhérent, la protection en vigueur pour toute personne à charge de l'adhérent couverte en vertu de la présente garantie est automatiquement prolongée pour une période de 6 mois, sans paiement de primes.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

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

Si une personne à charge subit une perte ou tombe dans le coma, les prestations sont versées à l'adhérent.

Maximum payable

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

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

Si l'adhérent est également couvert en vertu de la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent, le montant maximum global payable en vertu de la présente garantie et de la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent se limite aux montants suivants :

- Retour de la dépouille – prestation totale de 10 000 $;
- Indemnité en cas de réadaptation – prestation totale de 10 000 $;
- Formation professionnelle du conjoint – prestation totale de 10 000 $;
- Frais d'études pour les enfants – prestation totale de 5 000 $ par année, pour un maximum de 5 années;
- Indemnité de voyage pour la famille – prestation totale de 3 000 $.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

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

a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
b) suicide, tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent ou la personne à charge s'inflige ou contracte volontairement;
c) absorption volontaire de poison ou de drogue;
d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;

g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent ou la personne à charge est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou

h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Objet de la garantie

Sur présentation d'une preuve médicale satisfaisante démontrant que l'assuré souffre d'une maladie grave admissible décrite dans la présente garantie, Croix Bleue paie le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

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

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle une des maladies graves admissibles est établie et la date à laquelle la prestation est payable. Le Délai de carence est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Condition préexistante : Toute condition pour laquelle, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'effet de la présente garantie à son égard, l'assuré :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui a mené à un diagnostic ou à un traitement pour une maladie grave admissible.

Maladies graves admissibles

Pour être admissibles, les maladies graves doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection. Toutefois, les brûlures sont couvertes, même si elles ne résultent pas d'une maladie ou d'une affection.

Conseil pratique

La **Garantie Maladies graves (étendue)** offre un montant forfaitaire qui est versé peu importe votre capacité à travailler. Il n'y a aucune restriction sur la façon dont l'argent est utilisé.

Par exemple, vous pouvez utiliser cet argent pour :

1. payer le déplacement de vos amis et des membres de votre famille pour qu'ils puissent vous visiter lorsque vous en avez besoin
2. rembourser les dettes impayées
3. rénover votre domicile afin de l'adapter à vos nouveaux handicaps physiques.

Accident vasculaire cérébral (AVC) : Accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou une embolie d'origine extra-crânienne entraînant des séquelles neurologiques durant plus de 30 jours. Le diagnostic doit s'appuyer sur des preuves de déficit neurologique mesurable et objectif.

Exclusion : les accidents ischémiques transitoires.

Brûlures graves : Diagnostic sans équivoque, posé par un chirurgien plasticien reconnu par Croix Bleue, de brûlures au troisième degré qui nécessitent une greffe de peau et qui couvrent au moins 20 % du corps.

Cancer constituant un danger de mort : Diagnostic sans équivoque, posé par un médecin reconnu par Croix Bleue, d'une malignité caractérisée par une croissance incontrôlée et la prolifération de cellules malignes qui envahissent les tissus. Les cancers suivants sont exclus :

- cancer *in situ* (cancer qui est resté limité au tissu qui lui a donné naissance);
- mélanome malin de stade 1A (mélanome d'épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion au niveau IV ou V);
- tout cancer de la peau sans métastase qui n'est pas devenu métastatique (qui ne s'est pas propagé à des organes éloignés);
- cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b); et
- toute tumeur chez un assuré atteint d'un virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Aucune prestation n'est versée à un assuré ayant reçu un diagnostic du cancer ou qui a présenté les symptômes ou le problème médical ayant mené au diagnostic du cancer dans les 90 jours suivant la date d'effet de la présente garantie à son égard.

Cécité : Diagnostic sans équivoque, posé par un ophtalmologiste reconnu par Croix Bleue, de la perte irréversible de la vue des deux yeux, telle que démontrée par :

- une acuité visuelle corrigée ne dépassant pas 20/200 pour les deux yeux; ou
- un champ visuel demeurant inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte : Chirurgie visant à traiter une maladie de l'aorte et nécessitant l'ablation du segment et le remplacement de ce segment par une greffe. On entend par « aorte » l'aorte thoracique ou abdominale, mais non ses ramifications.

Exclusion : les dommages causés à la suite d'un traumatisme et toute intervention pour les réparer.

Coma : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue de 4 jours. Le score de Glasgow observé doit être de 4 ou moins de façon continue pendant ces 4 jours consécutifs.

Exclusion : les comas provoqués médicalement, ainsi que les comas directement ou indirectement causés par l'usage d'alcool ou de drogue.

Crise cardiaque : Diagnostic sans équivoque, posé par un médecin reconnu par Croix Bleue, de la mort d'une partie du muscle cardiaque provoquée par l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires causée par l'athérosclérose coronarienne. Le diagnostic doit reposer sur les critères suivants survenant tous au même moment :

- nouveaux changements électrocardiographiques (ECG) révélant un infarctus du myocarde aigu;
- nouveaux épisodes de douleur thoracique typique ou de symptômes équivalents; et
- preuve biochimique de nécrose myocardique (mort du muscle cardiaque), y compris une hausse des enzymes cardiaques ou de la troponine.

Exclusion : les syndromes coronariens aigus moins graves, incluant l'angine instable ou l'insuffisance coronarienne aiguë.

Démence sénile : Diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue reconnu par Croix Bleue, de la perte des capacités intellectuelles, impliquant la perte de mémoire et de jugement, et entraînant une détérioration importante du fonctionnement mental et social nécessitant une surveillance quotidienne. Est incluse la démence causée par la maladie d'Alzheimer et ses variantes, telles que la démence vasculaire, la démence à corps de Lewy et la maladie de Pick.

Exclusion : toutes les autres affections cérébrales organiques entraînant de la démence et des troubles psychiatriques.

Insuffisance d'un organe vital nécessitant une greffe : Insuffisance irréversible du cœur, du foie, de la moelle osseuse ou des deux poumons nécessitant la transplantation d'un nouvel organe. L'assuré doit être accepté dans un programme de transplantation au Canada ou aux États-Unis, approuvé par Croix Bleue. Le délai de carence débute à la date d'adhésion de l'assuré à un tel programme.

Insuffisance rénale : Maladie rénale en phase terminale se manifestant par une insuffisance chronique et irréversible des deux reins, de sorte que des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale sont requis.

Maladie de Parkinson : Diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue reconnu par Croix Bleue, de la maladie de Parkinson idiopathique primaire caractérisée par au moins deux des signes cliniques suivants :

- rigidité;
- tremblements; ou
- bradykinésie.

Exclusion : les autres types de parkinsonisme.

Maladie des motoneurones : Diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue reconnu par Croix Bleue, d'une maladie des motoneurones caractérisée par une faiblesse et une atrophie des muscles. La maladie des motoneurones comprend la sclérose latérale amyotrophique/maladie de Lou Gehrig, l'amyotrophie progressive, la paralysie bulbaire progressive, l'amyotrophie spinale et la sclérose latérale primitive.

Paralysie : Diagnostic sans équivoque, posé par un professionnel de la santé reconnu par Croix Bleue, de la perte totale et permanente de l'utilisation de deux membres ou plus résultant d'un déficit neurologique accompagné d'une déficience objective mesurable qui dure pendant une période continue de 180 jours.

Perte de la parole : Perte totale et irréversible de la capacité de parler pour une période continue de 180 jours, résultant d'une maladie physique, telle que diagnostiquée par un professionnel de la santé reconnu par Croix Bleue.

Pontage aorto-coronarien : Chirurgie cardiaque pour corriger le rétrécissement ou le blocage d'une ou de plusieurs artères coronaires à l'aide de pontages greffés. La chirurgie doit être recommandée par un cardiologue exerçant au Canada.

Exclusion : les techniques non chirurgicales comme l'angioplastie par ballonnet, l'embolectomie au laser ou toute autre technique sans pontage.

Sclérose en plaques : Diagnostic sans équivoque, posé par un neurologue reconnu par Croix Bleue, de la sclérose en plaques caractérisée par :

- des épisodes d'anomalies neurologiques bien définies présentes pendant une période continue d'au moins 6 mois; ou
- deux épisodes distincts et documentés cliniquement d'anomalies neurologiques.

La présence de multiples lésions de démyélinisation doit être confirmée par un examen par IRM ou par des techniques d'imagerie généralement employées pour diagnostiquer la sclérose en plaques.

Surdité : Diagnostic sans équivoque, posé par un otorhinolaryngologiste reconnu par Croix Bleue, de la perte irréversible de l'ouïe des deux oreilles. Le déficit auditif de chaque oreille doit être tel que les sons de 90 décibels ou moins ne peuvent être perçus.

Tumeur bénigne au cerveau : Une tumeur bénigne au cerveau qui requiert une craniotomie ou une chirurgie utilisant la technologie *Gamma Knife* à des fins d'excision.

Versement de la prestation

La prestation est payable après l'expiration du Délai de carence mentionné dans le Sommaire des garanties, à condition que l'assuré soit toujours vivant à ce moment-là.

La prestation est limitée, par assuré, à la première maladie grave admissible et n'est versée qu'une seule fois par assuré, peu importe le nombre de maladies graves admissibles qu'il peut subir.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation pour toute condition résultant, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

a) une condition préexistante, sauf si la maladie grave admissible survient après la période de 24 mois suivant le début de la protection à l'égard de l'assuré;
b) un accident, sauf si les brûlures graves constituent la maladie grave admissible;
c) une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement;
d) la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
e) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident; ou
f) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), l'hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

Médicament admissible : Un médicament :

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

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

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

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

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

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

Ce qui est couvert

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

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

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

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

Autorisation spéciale

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

Conseil pratique

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

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

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

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

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

Conseil pratique

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

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

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

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

Clause de substitution par un médicament moins coûteux

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

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

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

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

Conseil pratique

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

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

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

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

Conseil pratique

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

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

a) injections sclérosantes;
b) antihistaminiques et sérums contre les allergies;
c) auxiliaires antitabagiques;
d) vaccins;
e) vitamines;
f) médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
g) produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels et alimentaires;
h) médicaments de fertilité;
i) médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile;
j) stimulants pour la pousse des cheveux;

Conseil pratique

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

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

k) services, traitements ou fournitures qui :
   - ne sont pas médicalement nécessaires;
   - sont donnés à de seules fins esthétiques;
   - sont facultatifs; ou
   - ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
l) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
m) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
n) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
o) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
p) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture; et
q) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

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

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

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

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance-médicaments

Le 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 pharmaceutiques 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 contractuelle

Si au cours d'une année contractuelle, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur à :

- 1 000 $ pour la couverture de Base ;
- 750 $ pour la couverture Équilibrée; ou
- 500 $ pour la couverture Enrichie,

pour lui-même et 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 contractuelle. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses personnes à charge.

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

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

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

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

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

Exception : s'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la présente garantie offre une couverture complémentaire au régime public de la RAMQ, les frais suivants sont admissibles, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties :

- 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.

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

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

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

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

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

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

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

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

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

Ce qui est couvert

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

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

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

Conseil pratique

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

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

Hospitalisation

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

Fournitures et services médicaux

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

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

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

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

Les frais pour les services d'un aide-soignant au domicile peuvent également être admissibles si l'assuré est sous les soins professionnels d'un infirmier ou nécessite des soins à domicile pour son rétablissement après son congé de l'hôpital. Les aides-soignants offrent des services essentiels en lien avec les 5 Activités de la vie quotidienne.

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

Conseil pratique

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

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

La protection se limite à la chambre et à la pension.

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

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

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

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

Exclusions :

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

Conseil pratique

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

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

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- réparation d'une chaise roulante, jusqu'à concurrence de 250 $ à vie et d'une plaque-support de roue ajustable, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 $ par année contractuelle;
- lit d'hôpital standard, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, vibromasseur, pompe à succion et respirateur;
- appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP) et appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), incluant les accessoires;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1, jusqu'à concurrence de 7 000 $ par 4 années contractuelles;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

Conseil pratique

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

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

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

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

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

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

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 $ s'applique pour les membres myoélectriques;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;
- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années contractuelles; et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 500 $ à vie.

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

Exclusions :

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

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

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

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

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

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure : Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure, ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
  i. les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
  ii. 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
  iii. les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
  iv. qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
  v. qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Conseil pratique

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

Exclusion : l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes et les chaussures profondes.

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

- analyses de laboratoire; et
- services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)), **jusqu'à concurrence de 500 $ par année contractuelle pour les couvertures de Base et Équilibrée et 1 000 $ par année contractuelle pour la couverture Enrichie.** Les dépenses doivent être engagées au Canada.

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

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

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 $ par année contractuelle;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 $ par année contractuelle;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 $ par année contractuelle;
- stérilet, jusqu'à concurrence de 75 $ par 2 années contractuelles;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- tube d'espacement, jusqu'à concurrence de 1 par année contractuelle;

- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, jusqu'à concurrence de 500 $ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année contractuelle;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 300 $ par 5 années contractuelles; et
- verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 200 $ à vie pour les traitements non chirurgicaux et jusqu'à concurrence de 200 $ pour les frais encourus au cours des 6 mois suivant chaque intervention chirurgicale. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices. **(Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement)**

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

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

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur;
- débuter dans les 12 mois suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période; et
- avoir été reçu dans les 2 ans suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Conseil pratique

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

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.

Cure de désintoxication : Le séjour dans une clinique spécialisée de désintoxication d'alcoolisme et de toxicomanie, sous le contrôle d'un médecin licencié et sous la surveillance d'un infirmier diplômé, sous réserve du maximum mentionné au Sommaire des garanties.

Soins de la vue **(Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement)**

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

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

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs;
- les lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte; et
- la chirurgie oculaire au laser.

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

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

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

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

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

1. services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
2. soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
3. services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
4. services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
5. frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
6. services, traitements ou fournitures qui :
a) ne sont pas médicalement nécessaires;
b) sont donnés à de seules fins esthétiques;
c) sont facultatifs; ou
d) sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
7. services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais de stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
8. frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
9. services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
10. fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
11. frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
12. examens médicaux ou bilans de santé;
13. frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou

14. services ou frais engagés en raison :
    - d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public;
    - de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu; ou
    - d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou d'une maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement, peu importe son état d'esprit.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

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

Objet de la garantie

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

Définition spécifique

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

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

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

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

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

Conseil pratique

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

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

Ce qui est couvert

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

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

Conseil pratique

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

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

Couverture de Base

Soins de base – Non couverts

Soins Préventifs – Non couverts

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents dévitalisées seulement); et
- Apexification.

Conseil pratique

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

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontaire;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants;
- Curetage;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités par 12 mois consécutifs;
- Appareils parodontaux;
  vi. 12125 : Plaque occlusale contre le bruxisme/maxillaire supérieure ou inférieure;
  vii.43611 : Appareil intra-oral pour contrôler une parafonction, maxillaire;
  viii. 43612 : Appareil intra-oral pour contrôler une parafonction, mandibulaire;
  ix. 70220 : Confection et mise en bouche d'un protecteur occlusal nocturne programmé et muni de dents pour combler les espaces édentées au maxillaire supérieur; et
- Autres services parodontaires complémentaires.

Conseil pratique

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

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

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

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

Services généraux complémentaires : Les Frais engagés pour l'anesthésie.

ATM (Articulation temporo-mandibulaire)/Services relatifs à la dysfonction myofaciale : Les frais pour les radiographies qui s'y rapportent seulement.

Soins de restauration majeure – Couverture de Base

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspides; et
- Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (autre que les restaurations préfabriquées).

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

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

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

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années contractuelles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années contractuelles;
- Construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial; et
- Remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.

Conseil pratique

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

Couvertures Équilibrée et Enrichie

Soins préventifs – Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier.

Conseil pratique

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

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 36 mois consécutifs;
- Pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 24 mois consécutifs;
- Intra-orales :
  x. périapicales;
  xi. occlusales;
  xii. interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par 12 mois consécutifs;
- Sialographies;
- Substances radio-opaques; et
- Tomographie pour implants.

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

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

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents;
- Traitement au fluorure;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 19 ans seulement); et
- Détartrage.

Conseil pratique

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

Appareils de maintien

Soins de base – Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate;
- Coiffage de pulpe;
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Conseil pratique

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

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents dévitalisées seulement); et
- Apexification.

Conseil pratique

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

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontaire;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités par 12 mois consécutifs;
- Appareils parodontaux;
  xiii. 12125 : Plaque occlusale contre le bruxisme/maxillaire supérieure ou inférieure;
  xiv. 43611 : Appareil intra-oral pour contrôler une parafonction, maxillaire;
  xv.43612 : Appareil intra-oral pour contrôler une parafonction, mandibulaire;
  xvi. 70220 : Confection et mise en bouche d'un protecteur occlusal nocturne programmé et muni de dents pour combler les espaces édentées au maxillaire supérieur; et
- Autres services parodontaires complémentaires.

Conseil pratique

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

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

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

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

Services généraux complémentaires : Les Frais engagés pour l'anesthésie.

ATM (Articulation temporo-mandibulaire)/Services relatifs à la dysfonction myofaciale : Les frais pour les radiographies qui s'y rapportent seulement.

Soins de restauration majeure – Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspides; et
- Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (autre que les restaurations préfabriquées).

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

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

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

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années contractuelles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années contractuelles;
- Construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial; et
- Remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.

Conseil pratique

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

Soins orthodontiques – Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement

Frais engagés pour les services suivants :

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

Conseil pratique

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

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 18 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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

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

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

Date du traitement

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

Remboursement pour les soins orthodontiques – Couvertures Équilibrée et Enrichie seulement

Les soins orthodontiques sont remboursés de la façon suivante :

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

Exclusions et restrictions

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

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

f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
h) services, traitements ou fournitures qui :
a) ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
b) sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
c) sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
i) services ou frais engagés en raison :
   - d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
   - de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent contrat, le cas échéant;
l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspides sont utilisés à cette fin;
m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
n) facettes;
o) implants et services qui y sont reliés, à l'exception de la tomographie;
p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

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

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

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

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

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

Hôpital : Un établissement qui :

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

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

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

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

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

Ce qui est couvert

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

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

Conseil pratique

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

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exclusion : les frais pour les radiographies.

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

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

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assistance voyage

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

Assistance médicale

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

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

Assistance générale

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

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

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

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

Patients dirigés hors Canada

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

Services hospitaliers : Les frais suivants, jusqu'à concurrence de 75 $ par jour pour un maximum de 60 jours par année contractuelle, pour :

- la chambre et les repas en salle commune; et
- les services hospitaliers accessoires donnés dans un hôpital général.

Honoraires de médecins : Les honoraires professionnels demandés par un médecin, jusqu'à concurrence des honoraires des médecins dans la province de résidence de l'assuré.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4e mois, sans excéder les 18 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

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

a) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis; ou

f) les dépenses ont été engagées en raison :
a) de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
b) de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
c) d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
d) d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement; ou
e) d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

Condition préexistante : Une maladie :

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

Objet de la garantie

Les Services de médecins en ligne permet à l'assuré d'accéder aux services d'un médecin par le biais de consultations par ordinateur, par téléphone ou par tablette dans le but d'obtenir un diagnostic, un avis médical ou un traitement pour une condition admissible.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent aux Services de médecins en ligne, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Condition admissible : Une condition médicale non urgente pour laquelle, selon l'avis du médecin, la consultation en ligne est légalement autorisée et permet de dispenser un traitement adéquat.

Médecin : Un dispensateur de soins de santé autorisé à exercer sa profession ainsi qu'à prescrire et à administrer des médicaments et des traitements médicaux dans les limites de sa compétence. Sont exclus les médecins spécialistes, comme les dermatologues.

Fournisseur de service : L'entreprise, la personne ou toute autre entité légale désignée par Croix Bleue pour fournir l'accès à un portail en ligne permettant d'utiliser les Services de médecins en ligne.

Services offerts

Conditions admissibles

Une consultation en ligne avec un médecin sera offerte à l'assuré relativement aux conditions admissibles.

Les conditions admissibles les plus courantes peuvent inclure, mais sans s'y limiter :

- acné
- asthme
- engelures
- bronchite
- congestion nasale
- conjonctivite
- démangeaisons aux yeux
- déshydratation
- diarrhée
- douleurs aux oreilles
- douleurs corporelles
- ecchymoses
- entorses et foulures
- éraflures
- fièvre
- grippe
- infections à levures
- infections de la peau
- infections respiratoires
- infections transmises sexuellement
- infections urinaires
- insomnie
- lacérations mineures
- maux de gorge
- maux de tête
- migraines
- morsures et piqûres
- nausées
- poux
- santé mentale
- sinusite
- toux
- urticaire
- vaginose bactérienne
- vomissements

Traitement

Le médecin fournira le traitement qu'il juge approprié aux conditions admissibles.

Un traitement peut inclure, mais sans s'y limiter :

- des ordonnances;
- des attestations médicales;
- des recommandations;
- des requêtes de laboratoire; et
- des requêtes d'imagerie diagnostique.

Services hors Canada

L'assuré peut utiliser les Services de médecins en ligne pendant un voyage à l'extérieur du Canada. Les médecins ne peuvent pas prescrire de médicaments hors du Canada, mais ils peuvent :

- évaluer si une condition admissible nécessite une consultation avec un médecin sur place; et
- recommander des traitements en vente libre susceptibles d'être disponibles dans le pays visité.

Services additionnels

L'assuré peut également avoir accès à des services spécialisés moyennant des frais supplémentaires qui seront assumés par l'assuré. Le détail des services spécialisés offerts et des frais applicables est disponible sur le site Internet du fournisseur de service.

Les services spécialisés sont sujets à changement en tout temps et peuvent varier d'une province à l'autre. Ils peuvent inclure, mais n'y sont pas limités :

- accompagnement en développement personnel
- aide à la gestion du diabète
- alimentation et nutrition
- dermatologie
- endocrinologie
- lactation et allaitement
- naturopathie
- oncologie
- pédiatrie
- psychiatrie
- psychothérapie
- thérapie du sommeil

Certains frais de services spécialisés pourraient être admissibles à un remboursement en vertu d'un régime d'assurance collective, s'il y a lieu.

Comment ça fonctionne

L'assuré doit créer un compte sur le site Internet du fournisseur de service, décrire les symptômes et soumettre une demande de consultation avec un médecin. Le médecin détermine ensuite, à son entière discrétion, si la demande concerne une condition admissible. Dans le cas où la demande concerne une condition admissible, le médecin fournit les services requis à l'assuré par téléphone, message texte ou vidéo.

À la suite de la consultation :

- l'assuré reçoit son attestation médicale ou ses requêtes, s'il y a lieu, en format numérique;
- les ordonnances, s'il y a lieu, sont automatiquement envoyées à la pharmacie choisie par l'assuré; et
- le suivi des requêtes de laboratoire et d'imagerie diagnostique pourra être assuré par une infirmière, s'il y a lieu.

Les détails de la consultation, y compris les ordonnances et les requêtes de laboratoire, sont conservés dans l'application du fournisseur de service. L'assuré peut accéder à ces renseignements en tout temps et les partager avec son médecin de famille directement par l'entremise de l'application du fournisseur de service.

L'assuré a la possibilité de créer son propre dossier de santé en ligne en y inscrivant des renseignements comme ses antécédents médicaux, ses dossiers médicaux et ses résultats d'analyses.

Exclusions et restrictions

Les Services de médecins en ligne sont limités aux consultations en ligne avec un médecin, selon la description de la présente brochure.

Aucun service ne sera rendu dans les cas suivants :

a) urgences médicales;
b) ordonnance pour des médicaments considérés comme des médicaments contrôlés par Santé Canada;
c) formulaires à remplir pour une commission de la santé et de la sécurité au travail ou tout autre régime d'invalidité;
d) attestation médicale antidatée; ou
e) toute condition que le médecin juge, à son entière discrétion, inadéquate à la consultation en ligne.

Information additionnelle

Croix Bleue se réserve le droit, à son entière discrétion, de substituer ou de remplacer le fournisseur de service par un autre fournisseur de service habilité à fournir un niveau de service équivalent.

Prolongation des Services de médecins en ligne

Advenant la résiliation du présent contrat ou des Services de médecins en ligne, tous les Services de médecins en ligne en cours à cette date ne seront pas interrompus.

En cas de résiliation des Services de médecins en ligne en vertu du présent contrat, les renseignements et l'historique de l'assuré demeureront accessibles sur le site Internet ou dans l'application mobile du fournisseur de service.

Quelles sont mes responsabilités en vertu du contrat?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir à votre employeur un formulaire d'adhésion rempli et signé, contenant également les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires. Vous devez remplir le formulaire d'adhésion au régime collectif dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture.

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

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

Désignation de votre bénéficiaire

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

Prestations de décès

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

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

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

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

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

Conseil pratique

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

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

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

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

Fournir une preuve de sinistre

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

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

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

Conseil pratique

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

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

À la résiliation du contrat collectif, les demandes de règlement doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour les garanties Décès et mutilation par accident ou pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent contrat collectif; ou
- pour toutes les autres garanties, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du contrat.

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

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

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

Conseil pratique

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

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

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

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

Comment vous pouvez nous aider

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

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

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

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

Conseil pratique

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

Numéro sans frais : 1-877-412-8809

fraude@croixbleue.medavie.ca

www.medavie.croixbleue.ligneconfidentielle.com

Quels sont mes droits en vertu du contrat?

Protection des renseignements personnels

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

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

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

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

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

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

Conseil pratique

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

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

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

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

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

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

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

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

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

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

Copie du contrat collectif

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

Les droits de Croix Bleue en vertu du contrat

Droit d'audit

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

Conseil pratique

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

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

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

Si le trop-perçu ne peut être recouvré, Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures de l'assuré, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Croix Bleue peut, sans donner un avis préalable, suspendre ou terminer le droit à des prestations d'un assuré, dans les cas suivants :

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

Croix Bleue a également le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement pour tout service ou fourniture prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

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

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

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

Conseil pratique

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

Comment soumettre une demande de règlement

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

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
  En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à débourser le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
  Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments, les soins dentaires et pour votre compte gestion santé (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
  Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

  Visitez **www.medavie.croixbleue.ca/application** pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.
- **Paiement express®**
  Paiement express® est un service unique offert par Croix Bleue. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les soins dentaires, les médicaments et les soins de santé complémentaires. Vous serez immédiatement informé de la décision et recevrez votre remboursement sur place.

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

  Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus près de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à **www.medavie.croixbleue.ca**.
- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.

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

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

Site des adhérents

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

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

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

Conseil pratique

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

Conseil pratique

Veuillez prendre en note votre mot de passe pour consultation ultérieure.

Coordonnées de Croix Bleue

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

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511
Ontario : 1-800-355-9133
Québec : 1-888-588-1212
National : 1-888-873-9200

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à **contact@medavie.croixbleue.ca**, ou visiter notre site Internet au **www.medavie.croixbleue.ca.**

Conseil pratique

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

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à **facebook.com/CroixBleueMedavie**

Suivez-nous sur Twitter à @**CBMedavie**

Ma Bonne Santé[MD]

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

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

AVANTAGE[MD] BLEU

Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au **www.avantagebleu.ca**.

Nom du preneur : KEURIG CANADA INC.