

Novembre 2021

RÉGIME DE GARANTIES FLEXIBLES HARMONISÉ

Information, questions et réponses

Pour Omnicom Canada Corp., y compris toutes les divisions et filiales affiliées

NOUVELLES GARANTIES. PLUS DE CHOIX.

Nous sommes heureux de poursuivre notre régime de garanties flexibles harmonisé, **Mes garanties flexibles**! Ce régime offre des garanties de base, facultatives et spécialisées, ainsi que trois options flexibles pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires, soit les niveaux De base, Amélioré et Supérieur, qui permettront de répondre à vos besoins et à ceux de votre famille. Il est primordial que vous preniez le temps de revoir votre choix de garanties et d'adhérer au régime **Mes garanties flexibles** pendant la période de réadhésion annuelle afin de recevoir la couverture qui répondra le mieux à vos besoins et ceux de votre famille.

Notre période d'adhésion annuelle se déroulera du **1^{er} au 15 décembre** et les changements à la couverture entreront en vigueur le 1^{er} janvier auprès de Croix Bleue Medavie. Veuillez noter que nos options pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires incluent les choix de couverture pour « Personne seule », « Personne seule plus un » et « Famille », des allocations de crédits Flex et des prix ajustés en conséquence.

Pendant la période d'adhésion annuelle, tous les employés devront se connecter au site Web d'adhésion aux garanties flexibles pour faire leurs choix de garanties. Si vous adhérez actuellement au régime et ne vous inscrivez pas pendant la période d'adhésion annuelle, vous conserverez la couverture que vous avez en ce moment, toutefois les crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à votre compte Gestion-santé. Les nouveaux employés qui ne s'inscrivent pas pendant la période d'adhésion obtiendront les garanties de base et spécialisées obligatoires et l'option **Amélioré** par défaut pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires. Les crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à leur compte Gestion-santé.

La foire aux questions (FAQ) qui suit vous donnera un meilleur aperçu du régime **Mes garanties flexibles**.

QUESTIONS ET RÉPONSES AU SUJET DU RÉGIME

1. QU'EST-CE QUE LE RÉGIME « MES GARANTIES FLEXIBLES »?

Le régime **Mes garanties flexibles** est un régime d'assurance harmonisé qui permet de vous offrir un plus grand choix de garanties, tout en continuant de contrôler les coûts associés à celles-ci.

Le régime **Mes garanties flexibles** inclut ce qui suit :

Garanties de base* : garanties Vie de l'adhérent, Vie des personnes à charge, Invalidité de courte durée, Invalidité de longue durée et Maladies graves Amélioré. Ces garanties sont obligatoires.

Garanties facultatives* : garanties Vie (employé, conjoint[e] et enfant), Décès et mutilation par accident (employé et famille) et Maladies graves facultatives (employé, conjoint[e] et enfant). Ces garanties sont facultatives.

Garanties flexibles* : options De base, Amélioré et Supérieur pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires. Vous avez la flexibilité de choisir le niveau de couverture qui convient le mieux à vous et votre famille. Ces garanties sont obligatoires, toutefois, vous pouvez choisir entre les options De base, Amélioré et Supérieur. L'option Amélioré sera choisie par défaut si vous n'adhérez pas aux garanties pendant la période d'adhésion initiale.

Pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires, vous aurez l'option de choisir entre la couverture pour « Personne seule », « Personne seule plus un » ou « Famille ». Cela signifie que les employés avec une seule personne à charge n'ont pas à adhérer à la couverture familiale s'ils souhaitent couvrir leur personne à charge en vertu de notre régime.

Garanties spécialisées* : le programme d'aide aux employés et leur famille (PAEF) enÉquilibre et le service Deuxième opinion sont des options obligatoires. Les crédits excédentaires sont transférés au compte Gestion-santé et au compte Gestion mieux-être.

2. POURQUOI DEVRAIS-JE Y ADHÉRER?

Vous devriez y adhérer afin de veiller à ce que vous choisissiez les garanties facultatives et flexibles qui répondront les mieux à vos besoins.

3. QU'ADVIENT-IL SI JE N'Y ADHÈRE PAS?

La participation au régime d'assurance est une condition d'embauche. Les nouveaux employés qui n'adhèrent pas pendant la période allouée obtiendront les garanties obligatoires et l'option Amélioré pour les garanties flexibles Soins de santé et Soins dentaires par défaut. Les crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à leur compte Gestion-santé. Si vous adhérez actuellement au régime et n'effectuez pas votre réadhésion pendant la période d'adhésion annuelle, vous conserverez la couverture que vous avez en ce moment, toutefois les crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à votre compte Gestion-santé.

4. OÙ PUIS-JE OBTENIR PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR LA CONCEPTION DU RÉGIME?

Veillez vous reporter au document **Aperçu de Mes garanties flexibles** qui est accessible par l'entremise du site Web d'adhésion aux garanties flexibles. Après l'entrée en vigueur de la couverture, vous aurez accès par l'entremise du site Web des adhérents à une brochure de garanties qui décrit votre couverture en détail.

5. À QUELLE FRÉQUENCE SE FONT LES RETENUES SUR NOTRE PAIE POUR LE PAIEMENT DES GARANTIES?

Vos cotisations salariales sont effectuées deux fois par mois.

QUESTIONS D'ORDRE GÉNÉRAL ET RÉPONSES

6. QU'EST-CE QU'UN RÉGIME DE GARANTIES FLEXIBLES?

Un régime de garanties flexibles vous permet de choisir la couverture pour les soins de santé et les soins dentaires qui répondra à vos besoins et à ceux de votre famille. Pour les employés à temps plein, les garanties Vie de l'adhérent, Vie des personnes à charge, Invalidité de courte durée, Invalidité de longue durée et Maladies graves Amélioré ainsi que le service Deuxième opinion et le programme d'aide aux employés et leur famille (PAEF) sont obligatoires. Ils ont aussi la possibilité d'adhérer aux garanties Vie facultative (employé, conjoint[e] et enfant), Décès et mutilation par accident facultative (employé et famille) et Maladies graves facultative (employé, conjoint[e] et enfant). Nous sommes aussi heureux d'offrir un compte Gestion-santé (CGS) et un compte Gestion mieux-être (CGM) qui sont approvisionnés par les crédits excédentaires.

7. QUELS SONT LES AVANTAGES D'UN RÉGIME DE GARANTIES FLEXIBLES?

Un régime de garanties flexibles offre plus de choix aux employés puisque les garanties peuvent être personnalisées à leur situation. De plus, la réadhésion se fait sur une base annuelle, ce qui permet aux employés de modifier leurs choix. Le régime de garanties flexibles offre aux employeurs l'assurance qu'ils pourront contrôler les coûts tout en offrant un régime d'assurance qui est concurrentiel sur le marché.

8. QUI PAIE POUR LES PRIMES EN VERTU DE CE RÉGIME?

L'employé et l'employeur sont responsables du paiement des primes. Les primes pour les garanties de base, à l'exception de l'invalidité longue durée, sont payées par votre employeur. La prime de la garantie Invalidité de longue durée est entièrement payée par l'employé, ce qui signifie que les prestations d'invalidité de longue durée ne sont pas imposables en cas de réclamation. Les garanties Soins de santé et Soins dentaires sont financées par des crédits, et tous les crédits excédentaires sont transférés au compte Gestion-santé et au compte Gestion mieux-être. Les primes pour les garanties facultatives sont payées par les employés.

9. DE QUELLE FAÇON LE MONTANT DES CRÉDITS A-T-IL ÉTÉ DÉTERMINÉ?

L'allocation des crédits Flex est basée sur au moins 90 % du coût des options du niveau Amélioré pour la couverture de Soins de santé et de Soins dentaires; cependant, votre employeur a la possibilité d'augmenter l'allocation de crédits Flex avec des crédits supplémentaires.

10. EST-CE QUE TOUS LES EMPLOYÉS REÇOIVENT LE MÊME MONTANT DE CRÉDITS?

Tous les employés reçoivent des crédits Flex en fonction de leur choix de couverture : « Personne seule », « Personne seule plus un » ou « Famille ». Le montant des crédits reçu est le même, peu importe l'option de garanties choisie (De base, Amélioré ou Supérieur).

11. EST-CE QUE LE COÛT POUR CHAQUE OPTION EST LE MÊME POUR TOUS LES EMPLOYÉS?

Oui.

12. EST-CE QUE LE MONTANT DE NOS CRÉDITS AUGMENTERA/DIMINUERA ANNUELLEMENT?

Le coût du régime sera évalué périodiquement et le montant des crédits pourrait être ajusté en conséquence.

13. EST-CE QUE NOS COÛTS DIMINUERONT/AUGMENTERONT ANNUELLEMENT?

Le coût du régime sera évalué périodiquement et le montant de vos coûts pourrait être ajusté en conséquence.

14. QUI EST NOTRE ASSUREUR?

Croix Bleue Medavie est notre assureur. Depuis plus de 75 ans, Croix Bleue Medavie est un partenaire reconnu en matière de services de santé partout au Canada et est membre de l'Association canadienne des Croix Bleue. Croix Bleue Medavie offre une carte d'identification tout-en-un (inclut l'assurance voyage), un site Web des adhérents et une application mobile, plusieurs modes de soumission pour les demandes de règlement et d'autres ressources utiles pour les adhérents.

15. COMMENT PUIS-JE EN APPRENDRE D'AVANTAGE SUR LES GARANTIES DE FAÇON GÉNÉRALE?

Nous avons créé un document *Aperçu de Mes garanties flexibles* qui est accessible par l'entremise du site Web d'adhésion aux garanties flexibles. De plus, une brochure des garanties qui explique la couverture plus en détail sera accessible en ligne sur le site Web des adhérents après la date de mise en vigueur de vos garanties.

16. QUE SE PASSE-T-IL SI MON ADRESSE CHANGE AU COURS DE L'ANNÉE?

Veillez entrer votre changement d'adresse dans REACH et aviser votre service des Ressources humaines afin que tous les systèmes soient mis à jour.

ADHÉSION

17. QU'EST-CE QUE L'ADHÉSION?

Tous les employés devront adhérer au régime **Mes garanties flexibles** par l'entremise d'un site Web spécialement conçu à cet effet. Pendant le processus d'adhésion en ligne, vous pouvez vous familiariser avec les différentes options et choisir celles qui conviennent le mieux à vous et votre famille.

18. QUAND AURA LIEU LA PÉRIODE D'ADHÉSION ANNUELLE AU RÉGIME DE GARANTIES FLEXIBLES?

La période d'adhésion se déroulera du **1^{er} au 15 décembre** et les changements à la couverture entreront en vigueur le 1^{er} janvier. Pour les employés embauchés après cette période, l'adhésion se fera dans les deux semaines suivant le début de l'emploi.

19. QUE DOIS-JE FAIRE POUR ME PRÉPARER À L'ADHÉSION ANNUELLE?

Comprendre votre couverture d'assurance et passer à un nouveau régime peut sembler à la fois excitant et décourageant. Pour vous aider à vous préparer :

- lisez le document ***Aperçu de Mes garanties flexibles***;
- tenez compte de l'utilisation que vous avez faite de vos garanties dans le passé;
- ayez en main votre identifiant de connexion et votre numéro d'identification personnel (NIP) – (ils vous seront envoyés par courriel dans le message sur les garanties flexibles);
- assurez-vous d'avoir les dates de naissance (année/mois/jour) de vos personnes à charge;
- obtenez les détails d'une couverture dont vous pourriez bénéficier par l'entremise du régime d'un(e) conjoint(e), le cas échéant;
- revoyez vos désignations de bénéficiaires;
- notez la période d'adhésion annuelle à votre calendrier.

Après la date de mise en vigueur de votre couverture :

- inscrivez-vous au site Web des adhérents de Croix Bleue Medavie ou à l'application Medavie mobile. Une fois que vous serez inscrit soit au site Web des adhérents soit à l'application Medavie Mobile, vous serez automatiquement inscrit à l'autre outil et pourrez y accéder à l'aide des mêmes courriel et mot de passe;
- rendez-vous sur le site Web de Croix Bleue Medavie au **cbmedavie.ca** pour consulter l'information présentée dans le Centre de l'adhérent (www.medaviebc.ca/fr/adherents/bienvenue).

20. QUE SE PASSE-T-IL SI JE NE SUIS PAS LIBRE PENDANT LA PÉRIODE D'ADHÉSION ANNUELLE?

La période d'adhésion se déroule sur deux semaines pour accommoder l'horaire et les vacances des employés. Nous nous attendons à ce que tous les employés aient le temps de procéder à leur adhésion et à celle de leurs personnes à charge pendant la période d'adhésion initiale. Veuillez communiquer avec votre service des Ressources humaines si vous avez des questions. Si vous n'adhérez pas au régime pendant cette période, vos options de couverture demeureront les mêmes que celles que vous avez actuellement et vos crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à votre compte Gestion-santé. Si vous n'avez aucune couverture existante, vous serez automatiquement inscrit à la couverture pour personne seule avec l'option Amélioré pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires ainsi qu'à toutes les garanties obligatoires. Les crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à votre compte Gestion-santé.

21. QUELLE EST LA COUVERTURE PAR DÉFAUT?

Si vous n'adhérez pas au régime au moment où vous devenez admissible, vous obtiendrez toutes les

garanties obligatoires et l'option Amélioré pour les garanties flexibles Soins de santé et Soins dentaires par défaut. Les crédits excédentaires (le cas échéant) seront alloués à votre compte Gestion-santé.

Si vous omettez de déclarer votre conjoint(e) ou vos personnes à charge, ils seront inadmissibles à la couverture en vertu des garanties Vie des personnes à charge, des Garanties facultatives pour le(la) conjoint(e) et les personnes à charge et des garanties Soins de santé et Soins dentaires. **Une fois que vous avez fait vos choix pour votre régime, aucune modification ne peut être apportée au cours de l'année de la police, sauf en cas de changement dû à un événement de vie.** Pour obtenir plus de renseignements au sujet de la couverture des personnes à charge et des événements de vie, consultez la question suivante et votre brochure de garanties.

22. QUELS SONT LES ÉVÉNEMENTS DE VIE ADMISSIBLES?

- Mariage ou union de fait;
- Naissance ou adoption d'un enfant qui vous oblige à changer de catégorie (« Personne seule », « Personne seule plus un » et « Famille »);
- Divorce ou séparation légale;
- Résiliation d'une autre couverture de l'adhérent ou de la personne à charge pour des raisons hors de leur contrôle;
- Mort d'une personne à charge ou inadmissibilité du dernier enfant sur le régime (quand il dépasse l'âge limite).

Une preuve d'admissibilité est requise si la demande est reçue plus de 31 jours après la date de l'événement de vie. Pour obtenir plus de détails, veuillez vous reporter à votre brochure de garanties.

23. QUE SE PASSE-T-IL SI JE FAIS UNE ERREUR QUANT AU TYPE DE COUVERTURE QUE JE CHOISIS?

Veuillez examiner attentivement les options de garanties qui s'offrent à vous afin de déterminer le niveau de couverture qui vous convient le mieux avant de faire un choix final. **Une fois que vous aurez confirmé vos choix, vous ne serez plus en mesure de modifier ces derniers jusqu'à la prochaine période de réadhésion annuelle.**

24. QUAND SERA LA PROCHAINE PÉRIODE D'ADHÉSION?

L'adhésion annuelle aura lieu chaque année à l'automne pour une mise en vigueur des changements le 1^{er} janvier de l'année suivante.

25. QUELLE COUVERTURE PUIS-JE MODIFIER À LA PÉRIODE DE RÉADHÉSION?

Vous pouvez changer l'option de vos garanties flexibles (Soins de santé et Soins dentaires) et faire une demande d'adhésion aux garanties facultatives ou encore modifier ces dernières (une preuve d'assurabilité pourrait être demandée). Veuillez vous assurer d'examiner attentivement vos options afin de bien comprendre les choix qui s'offrent à vous.

26. QUI DEVRAIS-JE NOMMER COMME BÉNÉFICIAIRE?

La personne que vous désignez comme bénéficiaire dépend entièrement de vous et la désignation d'un bénéficiaire est obligatoire. Une fois que vous aurez terminé votre adhésion, vous recevrez un message

vous indiquant de remplir, de signer et de dater par voie électronique le formulaire de désignation du bénéficiaire, qui peut être imprimé.

27. QUE SE PASSE-T-IL SI JE NE DÉSIGNE PAS DE BÉNÉFICIAIRE?

Si vous ne nommez pas de bénéficiaire, les fonds associés à votre assurance vie (et, le cas échéant, à vos garanties Vie facultative et Décès et mutilation par accident) retourneront à votre « succession », ce qui signifie que le moment de distribution des fonds pourrait être retardé et que les fonds pourraient être assujettis aux frais d'homologation.

28. AVEC QUI DOIS-JE COMMUNIQUER SI J'AI BESOIN D'AIDE AVEC L'ADHÉSION OU SI J'AI DES QUESTIONS SUR LES GARANTIES?

Veuillez communiquer avec votre service des RH pour toute question au sujet de l'adhésion ou des garanties. Si vous avez une question technique au sujet du site Web d'adhésion aux garanties flexibles, communiquez avec Croix Bleue Medavie au 1-833-851-8579.

29. COMMENT SAURAI-JE QUE LES CHOIX QUE J'AI EFFECTUÉS PENDANT L'ADHÉSION ONT ÉTÉ ENREGISTRÉS CORRECTEMENT?

Après que vous aurez fait vos choix et revu vos renseignements en ligne, vous serez en mesure de consulter et d'imprimer un relevé de confirmation.

30. JE VOIS QUE PLUSIEURS GARANTIES SE BASENT SUR MON SALAIRE. QUEL SALAIRE EST UTILISÉ POUR CALCULER MES PRIMES POUR LES GARANTIES?

Votre salaire de base est utilisé pour calculer vos primes d'assurance. Ce salaire exclut les heures supplémentaires, les bonis, les dépenses et tout autre revenu. Veuillez consulter votre brochure de garanties pour obtenir plus de détails.

COMPTE GESTION-SANTÉ ET COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE

31. QUE SONT LES CRÉDITS FLEX ET LE COMPTE GESTION-SANTÉ/COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE?

Les crédits Flex représentent le montant qui vous est alloué par votre employeur pour faire l'achat de garanties pendant une année de police donnée. Tous les crédits Flex non utilisés pendant l'année de versement peuvent être transféré à un compte Gestion-santé (par défaut si les crédits ne sont pas alloués) ou un compte Gestion mieux-être. Ces crédits servent à rembourser des frais de soins de santé et de soins dentaires et peuvent également être utilisés pour enrichir des garanties existantes.

32. COMMENT LE MONTANT DES CRÉDITS EST-IL DÉTERMINÉ?

Les crédits sont basés sur les crédits Flex alloués pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires, qui eux équivalent à au moins 90 % du coût des options de la catégorie Amélioré. L'allocation de crédits est déterminée selon votre choix de couverture : « Personne seule », Personne seule plus un » ou « Famille ».

33. QU'EST-CE QU'UN COMPTE GESTION-SANTÉ?

Un compte Gestion-santé est comme un « compte d'épargne spécial » établi à votre nom qui est financé par les crédits Flex que vous y déposez. Si votre emploi prend fin à la mi-année et que vous avez utilisé tous les crédits de votre compte Gestion-santé, votre employeur pourrait exiger que vous remboursiez le montant non gagné. Vous pouvez reporter vos crédits inutilisés. Tous les crédits non utilisés seront reportés à l'année suivante la journée précédant la date d'anniversaire du compte Gestion-santé. Les crédits reportés peuvent être utilisés pour rembourser des frais encourus au cours de l'année suivante. À la fin de la période de report, tous les crédits reportés qui n'ont pas été utilisés seront perdus.

Vous pouvez utiliser les fonds pour payer des dépenses admissibles qui sont des frais médicaux raisonnables non remboursés par tout régime d'assurance collective, d'assurance individuelle, d'assurance-maladie gouvernemental ou autre régime privé, et ces dépenses doivent être considérés comme des dépenses médicales admissibles en vertu des lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada.

34. QU'EST-CE QU'UN COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE?

Un compte Gestion mieux-être est financé par des crédits Flex excédentaires que vous déposez dans votre compte. Vous pouvez utiliser ce compte pour payer des dépenses qui répondent aux critères d'admissibilité de catégories de garanties couvertes précises. Il s'agit d'une garantie imposable.

35. QUE SE PASSE-T-IL SI JE N'UTILISE PAS LES FONDS DE MON COMPTE GESTION-SANTÉ OU DE MON COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE PENDANT L'ANNÉE QU'ILS ONT ÉTÉ GAGNÉS?

Vous pouvez reporter les fonds de votre compte Gestion-santé ou de votre compte Gestion mieux-être à l'année suivant l'année pendant laquelle ils ont été gagnés. À la fin de cette année, les fonds seront perdus. Toutefois, si à la fin de l'année de votre compte Gestion-santé ou de votre compte Gestion mieux-être le solde de vos crédits est à zéro, les dépenses qui vont au-delà du montant de crédits alloués pour cette année ne pourront pas être remboursées avec les crédits de l'année suivante.

36. PUIS-JE DÉDUIRE LES DÉPENSES DU COMPTE GESTION-SANTÉ DANS MA DÉCLARATION DE REVENUS?

Non, parce que vous avez déjà reçu un remboursement en dollars libres d'impôt.

37. EST-CE QUE LE COMPTE GESTION-SANTÉ/COMPTE GESTION MIEUX-ÊTRE REMPLACE MON RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ?

Non. Si vous sélectionnez des options qui sont moins coûteuses et que vous avez un solde sur votre compte Gestion-santé/compte Gestion mieux-être, ce dernier vous offre la possibilité de payer des sommes déboursées pour des dépenses de soins de santé admissibles non couvertes par le régime de soins de santé.

SOUSSION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

38. QUELLE EST L'ANNÉE DE LA POLICE?

L'année de la police du régime **Mes garanties flexibles** sera du 1^{er} janvier au 31 décembre (12 mois).

39. COMMENT DOIS-JE SOUMETTRE DES DEMANDES DE RÈGLEMENT DANS LE CADRE DU RÉGIME?

Les dépenses en médicaments seront traitées directement à la pharmacie lorsque vous récupérez vos médicaments si vous utilisez votre carte d'identification Croix Bleue Medavie. Si la demande de règlement pour médicament est admissible, le pharmacien recevra un paiement conformément aux modalités de votre régime, et vous n'aurez qu'à payer la différence en fonction du montant de la coassurance et d'autres modalités du régime. Si vous n'utilisez pas la carte d'identification Croix Bleue Medavie, vous devrez soumettre une demande de règlement.

Les dépenses en soins dentaires peuvent être soumises directement par votre dentiste, pourvu que ce soit le processus que ce dernier utilise. Vous devrez fournir les renseignements de votre carte d'identification Croix Bleue Medavie à votre fournisseur de soins dentaires.

Plusieurs autres professionnels de la santé peuvent soumettre votre demande de règlement directement à Croix Bleue Medavie en votre nom à l'aide de leur réseau de paiement électronique à la fine pointe, électroPaie. Veuillez consulter le site Web de Croix Bleue Medavie pour obtenir plus de détails.

D'autres demandes de règlement admissibles peuvent être soumises par voie électronique par l'entremise du site Web des adhérents de Medavie ou de l'application Medavie Mobile, ou encore être soumises manuellement.

Pour toutes les demandes de règlement, le niveau de remboursement dépend de l'option que vous avez choisie pour le niveau de couverture.

40. OÙ PUIS-JE TROUVER LE FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT?

Les formulaires de demande de règlement pour les soumissions manuelles, ainsi que les détails sur l'adresse à laquelle elles doivent être envoyées, se trouvent sur le site Web de Croix Bleue Medavie au www.cbmedavie.ca.

ADMISSIBILITÉ

41. QUI EST ADMISSIBLE À LA COUVERTURE DU RÉGIME?

Tous les employés réguliers qui respectent les critères d'admissibilité et qui résident au Canada sont admissibles au régime, tout comme leur conjoint(e) et leurs enfants à charge. Veuillez noter que la couverture d'assurance-maladie provinciale (ou toute autre couverture de remplacement au régime provincial d'assurance-maladie jugée satisfaisante par Croix Bleue Medavie) est requise pour participer au régime.

42. QUE VOULEZ-VOUS DIRE PAR PERSONNE À CHARGE?

Une personne à charge représente votre conjoint(e) ou vos enfants qui sont des résidents du Canada. Un(e) conjoint(e) doit soit être marié avec vous, soit être en union civile avec vous, tel que défini par le Code civil du Québec; ou résider avec vous 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. Veuillez noter que vous devez déclarer votre conjoint(e) au moment de l'adhésion à la couverture et qu'une seule personne à la fois peut être couverte en tant que conjoint(e) de l'adhérent.

Un enfant à charge est un enfant naturel ou adopté de vous et votre conjoint(e), ou un enfant pour lequel vous ou votre conjoint(e) êtes le tuteur légal avec autorité parentale, qui est un résident du Canada, qui dépend financièrement de vous ou de votre conjoint(e) pour ses soins, son soutien et ses besoins et qui n'est pas marié ou en union de fait.

Il doit répondre aux critères suivants : a) est âgé de moins de 22 ans; b) est âgé de moins de 25 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

43. QUE SE PASSE-T-IL SI JE SUIS COUVERT EN VERTU DU RÉGIME D'UN(E) CONJOINT(E)?

Si vous êtes couvert en vertu du régime de votre conjoint(e), vous devriez vous renseigner sur le niveau de couverture offert par son régime, et ensuite déterminer quel niveau de couverture vous avez besoin. Si vous décidez que vous avez besoin d'un niveau plus bas de couverture, vous aurez ainsi la possibilité d'utiliser moins de crédits, et que les crédits inutilisés soient transférés à votre compte Gestion-santé/compte Gestion mieux-être.

44. QU'EST-CE QUE LA COORDINATION DES PRESTATIONS?

Si votre conjoint(e) bénéficie d'une couverture en vertu d'un autre régime collectif de soins de santé ou de soins dentaires, vous pourriez être en mesure de soumettre vos demandes de règlement en vertu des deux régimes. Pour les enfants à charge, c'est le régime de la personne ayant le mois et le jour d'anniversaire le plus tôt entre l'adhérent et le(la) conjoint(e) qui sera considéré comme premier payeur pour leurs demandes de règlement.

45. QU'ADVIENT-IL DE MES GARANTIES SI JE PARS EN CONGÉ AUTORISÉ?

Si vous partez en congé prolongé de votre employeur, veuillez communiquer avec votre service des RH afin de les aviser, conformément aux politiques de votre employeur.

46. QU'ADVIENT-IL DE MES GARANTIES SI JE QUITTE LA COMPAGNIE (POUR UNE AUTRE RAISON QUE LA RETRAITE)?

Si vous quittez la compagnie, en raison d'une démission ou d'un congédiement, vos garanties prendront fin à votre dernier jour d'emploi. Veuillez noter que certaines garanties ont des droits de transformation qui vous permettent de convertir votre couverture collective en régime d'assurance individuelle. Vous pouvez souscrire cette assurance en souscrivant à titre privé par l'entremise de Croix Bleue Medavie.

ÉLÉMENTS DE BASE DU RÉGIME

47. QUELLE OPTION/COUVERTURE ME CONVIENT LE MIEUX?

Vous aurez à déterminer quelle couverture vous convient le mieux en fonction de plusieurs facteurs, comme votre âge, votre état de santé, votre état civil, la présence d'une autre couverture par

l'entremise d'un conjoint, vos demandes de règlement de soins de santé et soins dentaires prévues et votre tolérance personnelle au risque.

48. QUELLES GARANTIES SONT OBLIGATOIRES POUR LES EMPLOYÉS À TEMPS PLEIN?

Les composantes obligatoires de notre régime de garanties flexibles comprennent les garanties Vie de l'adhérent, Vie des personnes à charge, Invalidité de courte durée, Invalidité de longue durée et Maladies graves Amélioré. Vous pouvez choisir une option De base, Amélioré ou Supérieur pour les garanties Soins de santé et Soins dentaires. Le service de Deuxième opinion et le programme d'aide aux employés et leur famille sont aussi obligatoires et sont fournis par votre employeur en tant que garanties de base.

Veuillez noter que la couverture d'assurance-maladie provinciale (niveau employé) (ou toute autre couverture de remplacement au régime provincial d'assurance-maladie jugée satisfaisante par Croix Bleue Medavie) est requise pour participer au régime.

49. QUELLES COMPOSANTES DU RÉGIME SONT FACULTATIVES?

Selon votre situation personnelle, vous pouvez choisir d'améliorer votre couverture de base avec ces garanties : Vie facultative (employé, conjoint[e] et enfant), Décès et mutilation par accident facultative (employé et famille) et Maladies graves facultative (employé, conjoint[e] et enfant). Une preuve d'assurabilité pourrait vous être demandée, veuillez consulter votre brochure de garanties pour en savoir plus.

De plus, les crédits non utilisés (le cas échéant) peuvent être transférés à votre compte Gestion-santé ou compte Gestion mieux-être.

SOINS DENTAIRES

50. QUELLE INFORMATION DOIS-JE TRANSMETTRE À MON DENTISTE?

Veuillez présenter votre carte d'identification à votre dentiste lors de votre première visite suivant la date d'entrée en vigueur de votre couverture.

51. EST-CE QUE LES ADULTES SONT ADMISSIBLES AUX SERVICES ORTHODONTIQUES?

Oui, si vous avez choisi l'option Amélioré ou Supérieur pour la garantie Soins dentaires.

52. AURAI-JE BESOIN D'OBTENIR DES PRÉDÉTERMINATIONS POUR LES DÉPENSES DE SOINS DENTAIRES MAJEURS?

Oui, votre dentiste devra demander une prédétermination des services à Croix Bleue Medavie avant de commencer des traitements qui totalisent 500 \$ ou plus. De cette façon, vous saurez si les services sont couverts et quelles seront vos obligations financières.

53. QUEL MONTANT DEVRAIS-JE DÉBOURSER CHEZ LE DENTISTE?

Vous aurez à payer une portion des coûts dentaires en fonction de la coassurance associée à l'option De base, Amélioré ou Supérieur, et assujettie aux maximums admissibles et autres modalités du régime.

DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ ET SOINS MÉDICAUX

54. QUEL MONTANT DEVRAIS-JE PAYER POUR MES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCES?

Le montant que vous payez variera en fonction des facteurs suivants : si vous bénéficiez de la coordination des prestations grâce au régime d'assurance de votre conjoint(e); le niveau choisi pour la couverture des garanties de soins de santé flexible (De base, Amélioré ou Supérieur); et le solde de votre compte Gestion-santé ou de votre compte Gestion mieux-être.

Les options de la garantie Soins de santé couvrent les médicaments sur ordonnance (à différents niveaux de remboursement) en appliquant la politique de substitution obligatoire d'un médicament générique. Un médicament générique est une version interchangeable d'un médicament de marque. Les médicaments génériques contiennent le même ingrédient médicamenteux actif et sont considérés comme des produits thérapeutiques équivalant au médicament de marque, et ce, même si leur forme ou leur couleur diffère de celle du médicament de marque. Si votre médecin prescrit un médicament de marque qui possède un équivalent à moindre coût, vous serez remboursé le coût du produit interchangeable le moins cher, et ce, même si votre médecin écrit « aucune substitution » sur l'ordonnance. Vous pouvez tout de même acheter le médicament de marque, mais votre remboursement sera fondé sur le prix du médicament interchangeable le moins cher. Veuillez présenter votre carte d'identification à la pharmacie pour veiller à ce que votre demande de règlement soit traitée de façon appropriée.

55. EST-CE QUE LES MÉDICAMENTS DE MARQUE SERONT COUVERTS?

Notre régime appliquera la politique de substitution obligatoire d'un médicament générique. En d'autres mots, même si votre médecin indique que le médicament interchangeable ne peut pas être substitué, le régime remboursement seulement le coût du médicament interchangeable le moins cher. Vous pouvez tout de même acheter le médicament de marque, mais votre remboursement sera fondé sur le prix du médicament interchangeable le moins cher.

Un médicament interchangeable est 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.

Nous comprenons que dans certains cas, votre professionnel de la santé indique cette mention parce qu'il existe une véritable raison médicale pour que vous utilisiez le médicament de marque. Nous avons mis au point un processus d'exception pour ce type de cas. Ce processus exige que votre professionnel de la santé fournisse une copie du Formulaire de déclaration des effets secondaires qui a été soumis à Santé Canada en votre nom pour signaler les effets secondaires ou l'échec thérapeutique.

56. EST-CE QU'UNE PREUVE MÉDICALE EST REQUISE POUR LES GARANTIES FACULTATIVES?

Une preuve médicale est requise lorsque vous faites une demande d'adhésion pour une couverture Vie facultative de l'employé ou Maladies graves facultative allant au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou lorsque vous présentez une demande d'adhésion plus de 31 jours après votre

admissibilité à la couverture. Veuillez consulter votre brochure de garanties pour connaître tous les détails. Si une preuve médicale est requise, vous devrez remplir un questionnaire et vous recevrez une lettre d'accompagnement avec toutes les étapes que vous devrez suivre.

57. SOMMES-NOUS AUTORISÉS À RENONCER AUX GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET/OU DE SOINS DENTAIRES?

Votre régime ne permet pas aux adhérents de renoncer aux garanties obligatoires de soins de santé et de soins dentaires à moins que vous ou vos personnes à charge ne bénéficiiez d'une couverture similaire en vertu d'un autre régime d'assurance collective.

58. AVONS-NOUS ACCÈS À DES BROCHURES?

Votre brochure de garanties électronique sera accessible après la date d'entrée en vigueur de votre couverture sur le site Web des adhérents de Croix Bleue Medavie.

59. QU'EST-CE QU'UN ADHÉRENT TARDIF?

Un adhérent tardif est une personne qui n'adhère pas au régime dans les 31 jours suivant leur date d'admissibilité (p. ex., date de naissance d'un enfant, date de mariage, premier anniversaire d'une union de fait.)

Si une personne est un adhérent tardif, elle sera dans l'obligation de se soumettre au processus de sélection des risques pour adhérer au régime.

60. Y A-T-IL UN NUMÉRO DE TÉLÉPHONE À CROIX BLEUE MEDAVIE OÙ JE PEUX TÉLÉPHONER SI J'AI DES QUESTIONS AU SUJET DE MES DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR SOINS DE SANTÉ ET SOINS DENTAIRES?

Vous pouvez téléphoner au Service à la clientèle de Croix Bleue Medavie au **1-833-851-8579** ou envoyer un courriel au inquiry@medavie.croixbleue.ca pour obtenir de l'aide.

Les renseignements fournis dans le présent document sont à titre d'information générale seulement. Si les renseignements contenus dans le présent document diffèrent de ceux qui figurent dans le texte officiel du régime, le texte officiel du régime et toute loi applicable prévaudront dans tous les cas.

Omnicom Canada Corp. se réserve le droit d'amender, de modifier, de suspendre ou d'annuler n'importe quel de ses programmes (y compris les garanties) et polices couvrants les employés et les anciens employés, y compris les retraités, en tout temps, sans préavis. Les programmes, les garanties et les polices auxquels un employé ou un ancien employé, y compris un retraité, a droit sont déterminés uniquement par les dispositions du programme, de la garantie ou de la police applicable, tel que modifié de temps à autre.

Révisé le 5 novembre 2021