



Brochure de votre régime d'assurance collective

ERCO Mondial

Syndiqués de Buckingham Local 480

Numéro de contrat :
99117

Date d'effet mise à jour :
1^{er} avril 2022



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 75 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

Visitez le Centre de l'adhérent au www.cbmedavie.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 votre responsabilité en vertu du contrat collectif (telles que votre responsabilité 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 fournissons 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.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties	1
Termes-clés	8
Modalités de la couverture	12
Exonération des primes	16
Garantie Vie de l'adhérent.....	18
Garantie Vie facultative	19
Régime de maintien du salaire en cas d'invalidité	21
Garantie Invalidité de longue durée	22
Garantie Médicaments	27
Garantie Soins de santé complémentaires	33
Garantie Soins dentaires.....	39
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat.....	44
Comment soumettre une demande de règlement	48
Ressources supplémentaires et services aux adhérents	50

Assurance décès ou mutilation accidentels de base

Police n° 9907-47-49 souscrite par Chubb Insurance Company of Canada

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent – Employés grade 1

Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	55 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	55 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Sans objet
Réduction de la prestation	Sans objet
Fin de la garantie	65 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Garantie Vie de l'adhérent – Employés grade 2

Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	60 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	60 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Sans objet
Réduction de la prestation	Sans objet
Fin de la garantie	65 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative

Calcul de la prestation	Multiples de 10 000 \$
Prestation maximale	500 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	50 000 \$*
Fin de la garantie	65 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

*Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection si la demande est reçue par Croix Bleue plus de 60 jours après la date à laquelle l'adhérent est devenu admissible à la couverture, ou 31 jours après la date à laquelle l'adhérent a fait face à un événement de la vie admissible.

Sommaire des garanties

Régime de maintien du salaire en cas d'invalidité (fourni par le promoteur du régime)

Référez-vous à la présente brochure ou à la convention collective pour une description détaillée.

Garantie Invalidité de longue durée

Montant de la prestation	60 % du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	4 300 \$/mois*
Maximum sans preuve d'assurabilité	4 300 \$*
Délai de carence	41 semaines ou à la fin du versement de la prestation de régime de maintien du salaire en cas d'invalidité (s'il y a lieu), selon la dernière éventualité
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans
Prestations imposables	Oui
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu avant le début de l'invalidité
Notion de propre occupation	2 ans
Indexation au coût de la vie	Aucune
<i>Date d'effet de l'indexation</i>	Sans objet
Prestation aux survivants	Équivalant à 3 fois le montant de la prestation d'invalidité de longue durée mensuelle nette de l'adhérent. La prestation est payable à la succession de l'adhérent.
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite
Exonération des primes	Oui

*En vigueur le

- 15 mars 2019 : 4 000 \$
- 15 mars 2020 : 4 100 \$
- 15 mars 2021 : 4 200 \$
- 15 mars 2022 : 4 300 \$
- 15 mars 2023 : 4 400 \$

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments

Franchise	25 \$ par assuré ou par famille, par année civile, combinée avec la Garantie Soins de santé complémentaires
Pourcentage de remboursement*	Médicaments innovateurs : 80 % Autres médicaments : 100 %
Méthode de paiement	Paiement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 1 mois pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Stratégie de gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Médicaments de fertilité	2 500 \$/année civile
Auxiliaires antitabagiques	600 \$/année civile produits sur ordonnance et en vente libre (y compris les produits de santé naturels)
Vitamines injectables	Incluses
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite
Prolongation pour les survivants	Aucune

*Pour les assurés du Québec, le remboursement des services pharmaceutiques et la contribution maximale applicable répondent aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Franchise

Hospitalisation	Aucune
Pompe à insuline	Aucune
Glucomètre	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	25 \$ par assuré ou par famille, par année civile, combinée avec la Garantie Médicaments

Maximum global de la garantie
(excluant l'hospitalisation) 25 000 \$ par assuré, par année civile

	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins aux malades chroniques	100 %	20 \$/jour	
Fournitures et services médicaux*			
Service ambulancier	100 %	1 000 \$/année civile	
Soins infirmiers	100 %	720 heures/année civile	
Professionnels de la santé :		Maximum par année civile	
<i>Psychologue</i>	100 %	225 \$*	
<i>Chiropraticien/Acupuncteur/ Ergothérapeute/Physiothérapeute/ Massothérapeute (maximum combiné)</i>	100 %	1 100 \$*	
<i>Naturopathe</i>	100 %	225 \$*	
<i>Diététiste</i>	100 %	225 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	100 %	225 \$*	
<i>Podologue/Podiatre (maximum combiné)**</i>	100 %	225 \$*	
<i>Chirurgie effectuée par un podologue ou un podiatre (maximum combiné)**</i>	100 %	100 \$*	
<i>Orthophoniste</i>	100 %	225 \$*	
<i>Radiographies (chiropraticien, ostéopathe)</i>	100 %	25 \$/professionnel	

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

**Les frais pour un podiatre sont couverts seulement lorsque le régime provincial d'assurance maladie est épuisé.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	100 %	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	100 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	100 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	100 %	
<i>Glucomètre</i>		1/5 années civiles
<i>Autres appareils pour personnes diabétiques</i>		200 \$/année civile
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	100 %	Voir le texte de la garantie
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	50 %	2 paires/année civile
Tests diagnostiques**	100 %	Voir le texte de la garantie
Autres fournitures et services médicaux	100 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue	100 %	80 \$/2 années civiles; 80 \$/année civile pour un assuré de moins de 18 ans
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	100 %	375 \$/2 années civiles; 375 \$/année civile pour un assuré de moins de 18 ans
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite	
Prolongation pour les survivants	Aucune	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires

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	100 %	
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		10 unités/année civile (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	100 %	
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
<i>Surfaçage radiculaire</i>		10 unités/année civile (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	1 500 \$/année civile
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
<i>Restaurations sur implants</i>		1 par dent/10 années civiles
Soins orthodontiques	50 %	1 750 \$ à vie (enfants seulement)
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts	
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite	
Prolongation pour les survivants	Aucune	

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

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- est au service de l'employeur.

Adhérent : Un employé 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 :
 - est légalement mariée à l'adhérent;
 - est unie civilement à l'adhérent, selon la définition du Code civil du Québec; ou
 - 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 6 activités suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou avec un gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : gérer les fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant; et
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

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 assujéti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Effectivement au travail : Un employé 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 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 régime est que vous soyez effectivement au travail.

Événement de la vie : Une situation résultant de l'un des événements suivants, et qui permet à l'adhérent d'apporter des modifications à sa couverture :

- mariage ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- la couverture de l'adhérent ou de sa personne à charge auprès d'un autre assureur prend fin pour des raisons qui échappent à leur contrôle; ou
- décès d'une personne à charge.

Une preuve d'assurabilité est requise pour toute demande reçue plus de 31 jours après la date à laquelle est survenu l'événement de la vie.

Expérimental ou aux fins de recherche : Traitement, procédure, équipement, établissement, médicament ou utilisation d'un médicament qui, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux :

- ne sont pas médicalement nécessaires; ou
- pour lesquels il manque des études publiées démontrant leur efficacité et leur sécurité pour le patient, pour une condition donnée; ou
- ne sont pas reconnus comme une norme de soins dans les directives de prescription ou les protocoles d'établissement des pratiques en vigueur.

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 ou année civile, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

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;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le contrat est en vigueur, sauf indication contraire.

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.



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 :

- son conjoint ou conjoint de fait;
- son parent et le conjoint ou conjoint de fait de son parent;
- ses enfants et les enfants de son conjoint ou conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

Maladie : Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessitent des soins médicaux réguliers et continus.

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.

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

Pour les employés dont le salaire est basé sur des commissions, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, selon ce qui est indiqué sur les feuillets d'impôt de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.



Conseil pratique

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

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.

Usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante : Au sujet de frais engagés par l'assuré qui sont :

- comparables aux frais chargés habituellement par les professionnels de la santé ou fournisseurs approuvés pour des services ou des fournitures similaires, dans la province où les frais sont engagés; et
- selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, comparables en termes de fréquence et de quantité à ce qui serait habituellement prescrit ou requis selon l'état de santé de l'assuré.

Modalités de la couverture

Qui est admissible à la couverture?

Vous êtes admissible à la couverture si vous :

- répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail; et
- avez complété un délai d'admission de **3 mois**.

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 (s'il y a lieu) pour conserver votre admissibilité en vertu du contrat.

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 lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Comment adhérer à la couverture?

Demande d'adhésion

Pour adhérer à la couverture, vous devez soumettre une demande d'adhésion remplie et signée et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

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 admissibles aux garanties soins de santé si vous faites face à un événement de la vie, en soumettant une preuve d'assurabilité (s'il y a lieu).

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.



Conseil pratique

Délai d'admission désigne la période continue pendant laquelle vous devez être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.



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.



Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre : la Garantie Médicaments, la Garantie Soins de santé complémentaires, la Garantie Soins dentaires et la Garantie Voyage.

Modalités de la couverture

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 :
 - elles étaient couvertes en vertu d'un contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du contrat; ou
 - 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 des 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.

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 pouvez choisir entre le maintien ou le non-maintien de toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Votre décision de maintenir ou de ne pas maintenir votre couverture doit être faite avant votre congé et vous ne pouvez pas revenir sur cette décision à une date ultérieure. Si vous décidez de maintenir votre couverture, vous devez continuer à payer vos primes (s'il y a lieu) pour toute la durée de l'absence.

Si vous êtes un assuré du Québec, vous devez au moins maintenir la Garantie Médicaments, sauf si vous avez une couverture médicaments en vertu d'un autre régime collectif.

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 à laquelle votre conjoint ne répond plus à la définition de conjoint;
- la date à laquelle votre enfant ne répond plus à la définition d'enfant;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous atteignez ou vos personnes à charge atteignent 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, 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.

Modalités de la couverture

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

Si les primes pour la Garantie Vie facultative ne sont pas versées dans les 31 jours suivant leur date d'échéance, les garanties seront annulées sans autre préavis, rétroactivement à la date d'échéance des primes.

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 :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - 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.

Prolongation pour les survivants

Advenant votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes sans paiement de primes pour certaines garanties, comme il est 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, selon ce qui est mentionné 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?

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 %.



Conseil pratique

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

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.

Modalités de la couverture

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.

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.

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.

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.



Conseil pratique

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



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.



Conseil pratique

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

Exonération des primes

Objet de la garantie

Si l'adhérent devient totalement invalide avant son 65^e 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.

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent contrat ou si 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 15 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'exonération, la définition d'invalidité totale (ou totalement invalide) utilisée est celle apparaissant dans la clause Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

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

- 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 :
 - qui lui permettrait de gagner au moins 60 % du salaire qu'il gagnait avant le début de son invalidité; et
 - 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 à la partir du premier jour suivant la date à laquelle l'adhérent complète le délai de carence de la Garantie Invalidité de longue durée, si l'adhérent répond à la définition d'invalidité totale apparaissant dans les Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

Toutefois, si le présent contrat ne comprend pas de Garantie Invalidité de longue durée ou si la classe d'adhérents à laquelle appartient l'adhérent n'a pas de Garantie Invalidité de longue durée, les primes seront exonérées à partir du premier jour suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale selon la définition apparaissant dans cette section.

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 65^e 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 la garantie ou 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 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, selon les modalités suivantes :

- la Garantie Vie de l'adhérent et la Garantie Vie facultative de l'adhérent sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent; et
- la Garantie Invalidité de longue durée est maintenue en vigueur et est sujette à l'exonération des primes aussi longtemps que l'adhérent est admissible au versement des prestations d'invalidité de longue durée. Une telle exonération des primes ne peut excéder la Durée maximale des prestations d'invalidité de longue durée indiquée dans le Sommaire des garanties.

Garantie Vie de l'adhérent

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.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 15 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 son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, 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.

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;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) 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 :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;
 - 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;
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de protection de la police individuelle 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.

Garantie Vie facultative

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.

Si un adhérent 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.

Montant de la garantie

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

L'adhérent doit présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue afin d'être admissible à tout montant de protection supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie, à condition que l'adhérent soit effectivement au travail. Cependant, toute demande d'augmentation de la protection au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou toute demande reçue plus de 31 jours suivant un événement de la vie ne sera acceptée 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.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 15 mois après le décès.

Exclusions et restrictions

Si le décès de l'adhérent 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 son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, 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.

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.

Garantie Vie facultative

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;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) 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 :
 - 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
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de 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.

Objet de la garantie

Le preneur assume l'entière responsabilité du versement des prestations en vertu du présent régime. Croix Bleue est responsable de fournir les services rattachés au Régime de maintien du salaire pour le compte du preneur.

L'adhérent qui devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident doit communiquer avec son administrateur de régime collectif.

Soumettre une demande de règlement

L'adhérent doit aviser son supérieur dès la première journée d'absence du travail.

Si l'absence atteint 2 jours, une preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue.

Croix Bleue confirmera à l'adhérent s'il répond aux exigences du régime.

L'adhérent doit communiquer avec l'administrateur de régime collectif pour obtenir de plus amples informations.



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Garantie Invalidité de longue durée

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation mensuelle mentionnée 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.

Durée maximale des prestations : La durée maximale pendant laquelle Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Si l'invalidité totale n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés pour atteindre le délai de carence, à condition :

- que la protection demeure en vigueur pendant la totalité de la période d'accumulation du délai de carence;
- qu'il n'y ait pas d'interruption de l'invalidité totale qui dure plus de 30 jours;
- que les invalidités successives soient causées par les mêmes causes ou des causes reliées; et
- que le délai de carence soit complété à l'intérieur d'une période de 1 an.

Revenu net : Le revenu de l'adhérent moins les impôts sur le revenu et les cotisations au Régime de pensions du Canada, au Régime de rentes du Québec, à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant le délai de carence et la durée de la Notion de propre occupation (mentionnée dans le Sommaire des garanties) qui suit immédiatement le délai de carence, l'adhérent est totalement invalide aux fins de la présente garantie si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à sa propre occupation, en raison d'une maladie ou d'un accident.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité; et
- qu'il est, ou pourrait devenir, raisonnablement apte à exercer en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

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

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.



Conseil pratique

Si vous avez effectué des **tâches de travail modifiées** pendant au moins 6 mois avant de faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ces tâches de travail modifiées constitueront votre propre occupation aux fins de l'évaluation de l'invalidité.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque mois, pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

La prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation mensuelle en suivant les 3 étapes suivantes :

Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation mensuelle (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties).

Étape 2. Croix Bleue soustrait du montant de prestation mensuelle tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :

- a) le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada;
- b) toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
- c) tout régime d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- d) la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC); ou
- e) toute loi fédérale ou provinciale.

Étape 3. Lorsque la prestation d'invalidité de longue durée calculée à l'étape 2 et les autres sources de revenus figurant ci-dessous, s'il y a lieu, dépassent le Maximum provenant de toutes sources mentionné dans le Sommaire des garanties, la prestation d'invalidité de longue durée est de nouveau réduite, si nécessaire, afin que le total de tous les montants reçus ne dépasse pas le pourcentage du Maximum provenant de toutes sources.

Les autres sources de revenus désignent :

- a) tous les montants payables à l'adhérent en raison de cette invalidité ou d'une invalidité subséquente, à savoir :
 - i. tout salaire ou toute rémunération payable par tout employeur;
 - ii. tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré en tant que membre d'une association; ou
 - iii. toute prestation d'invalidité reçue en vertu de tout régime mentionné à l'étape 2; et
- b) tout montant payable à l'adhérent en vertu de tout régime de retraite financé entièrement ou partiellement par l'employeur, y compris le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada si l'adhérent a demandé sa rente de retraite après la date à laquelle son invalidité a débuté.

En ce qui concerne les montants calculés à l'étape 2 et à l'étape 3 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas inclus;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des revenus auxquels l'adhérent est ou peut être admissible, Croix Bleue peut inclure ces montants dans ses calculs. Croix Bleue peut estimer ces montants si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes à ces revenus en raison des ajustements au coût de la vie; et
- lorsqu'une indemnité est versée sous forme de somme globale plutôt que par versements mensuels, Croix Bleue inclut dans ses calculs le montant obtenu en divisant cette somme globale par :
 - le nombre de versements mensuels que représente la somme globale, s'il est connu de Croix Bleue; ou
 - 60, si Croix Bleue ne connaît pas ce nombre de mois.



Conseil pratique

Le montant de prestations d'invalidité de longue durée que vous recevez, ajouté à tout autre revenu d'invalidité auquel vous êtes admissible, ne peut dépasser le Maximum provenant de toutes sources figurant dans le Sommaire des garanties.

Indexation au coût de la vie

Lorsque le Sommaire des garanties mentionne une Indexation au coût de la vie, cette indexation s'applique à la Date d'effet de l'indexation figurant également dans le Sommaire des garanties.

Prestation aux survivants

Lorsque le Sommaire des garanties indique qu'une prestation aux survivants s'applique, Croix Bleue verse à la succession de l'adhérent le montant forfaitaire mentionné dans le Sommaire des garanties, advenant le décès de l'adhérent alors que ce dernier reçoit des prestations d'invalidité de longue durée.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- la durée maximale des prestations est atteinte;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation, emploi ou bénévolat, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de longue durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte des mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 6 mois suivant la date où l'adhérent a commencé à être effectivement au travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement ou des mesures diagnostiques;
- un travail à temps plein, un travail à temps partiel ou du bénévolat effectués par l'adhérent, que celui-ci reçoive ou non un salaire ou une rémunération; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations mensuelles sont réduites de 50 % de la rémunération reçue par l'adhérent d'un tel programme et sont réduites de nouveau, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou 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) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) toute maladie résultant de la consommation de drogues ou d'alcool, si l'adhérent ne reçoit pas de traitement continu pour l'utilisation de ces substances ;
 - d) soins médicaux et traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.

2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
- a) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé, lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - b) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - c) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Conditions préexistantes

Une condition préexistante est définie comme étant toute maladie diagnostiquée ou non ou blessure pour laquelle, au cours des 3 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur à son égard de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur), l'adhérent :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques.

Les prestations ne sont pas payables si l'invalidité totale résulte d'une condition préexistante, à moins que l'invalidité totale survienne au moins 12 mois après la date à laquelle l'adhérent est devenu couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur).

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.

Autorisation préalable : Les médicaments admissibles que Croix Bleue détermine comme nécessitant 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 préalable sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients ou l'essai d'un traitement de deuxième ligne à coût moins élevé. Si les critères cliniques établis ne sont pas satisfaits, Croix Bleue se réserve le droit de refuser la demande de règlement.

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.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN);
- considéré selon Croix Bleue, comme un médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi, à moins qu'il ne soit spécifiquement mentionné comme étant couvert en vertu de la présente garantie;
- 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 essentiel ne nécessitant pas une ordonnance : Un médicament admissible que Croix Bleue juge comme étant essentiel et qui ne nécessite pas d'ordonnance en vertu de la loi. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

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 spécialisé à prix élevé : Un médicament admissible qui requiert une autorisation préalable et qui :

- est considéré par le Groupe consultatif sur les médicaments comme un médicament spécialisé à prix élevé; ou
- répond aux critères suivants :
 - coûte 10 000 \$ ou plus par traitement ou par année civile;
 - sert à traiter des maladies complexes qui sont chroniques et/ou mettent la vie en danger, comme les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques ou l'hépatite C; et
 - est prescrit par un spécialiste.

Programme de soutien aux patients : Un programme qui fournit une assistance et des services aux assurés auxquels des médicaments spécialisés à prix élevé ont été prescrits.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les médicaments 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 :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation préalable; ou
 - une coordination avec les programmes de soutien aux patients;
- le remboursement d'un médicament spécialisé à prix élevé peut être réduit en fonction du montant de l'aide financière offert en vertu d'un programme de soutien 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;
- le remboursement des médicaments biologiques peut être réduit au coût d'un médicament biosimilaire, tel que déterminé par Croix Bleue;
- le remboursement de médicaments admissibles qui ne sont pas distribués par une pharmacie de détail approuvée se limitera à un barème de prix tel que déterminé par Croix Bleue; 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 personnes diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, 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 les listes suivantes de médicaments :

Médicaments spécialisés à prix élevé :

- **Liste gérée** : La liste des médicaments admissibles qui sont assujettis aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Tous les autres médicaments admissibles :

- **Liste régulière** : La liste de tous les médicaments admissibles. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Autorisation préalable

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 préalable sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

En quoi le programme d'autorisation préalable 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 préalable, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation préalable.



Conseil pratique

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

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

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation préalable pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de votre employeur ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus proche 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 proche.

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.

Caractéristiques du programme de gestion

Clause de substitution

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. En ce qui concerne les médicaments biologiques, Croix Bleue se réserve le droit de rembourser ces derniers au coût d'un médicament biosimilaire moins coûteux.

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

Substitution obligatoire par un médicament générique :
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 préalable.

Stratégie de gestion des opioïdes

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la stratégie de gestion des opioïdes s'applique, certains médicaments admissibles ne seront pas admissibles à un remboursement, et d'autres médicaments admissibles peuvent exiger une autorisation préalable. La stratégie de gestion des opioïdes fait en sorte que les assurés reçoivent un remboursement pour les médicaments ayant les meilleures données cliniques pour la gestion de la douleur tout en effectuant la gestion d'usage abusif ou de mésusage.

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.



Conseil pratique

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



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.

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.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 15 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 catégories de médicaments ou services suivants ne sont pas admissibles à un remboursement, même lorsque prescrits :

- a) injections sclérosantes;
- b) auxiliaires antitabagiques;
- c) vaccins;
- d) vitamines orales et injectables;
- e) traitements reliés aux cures d'amaigrissement, incluant les médicaments, les protéines et les aliments ou les suppléments alimentaires;
- f) produits de santé naturels incluant les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les remèdes traditionnels, les suppléments nutritifs et les compléments alimentaires sauf lorsque mentionné spécifiquement;
- g) médicaments de fertilité;
- h) médicaments pour traiter le dysfonctionnement sexuel;
- i) stimulants pour la pousse des cheveux;
- j) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- k) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé ou un médecin dans une clinique privée;
- l) 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;
- m) 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;
- n) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- o) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- p) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- q) toute forme de cannabis; et
- r) services de pharmacie.



Conseil pratique

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



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.

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 civile

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles apparaissant sur la liste de la RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses enfants à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses enfants à charge.

Si au cours d'une année civile, le conjoint dépense, pour des médicaments admissibles apparaissant sur la liste de la RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour le conjoint.

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.

Garantie Médicaments

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.

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 maisons de soins infirmiers, 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.

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.

Soins aux malades chroniques : Les soins aux malades chroniques dont la condition nécessite des soins médicaux.

Ces soins doivent être prodigués dans un établissement public qui offre les soins aux malades chroniques 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.

Les unités de soins aux malades chroniques excluent les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées ou centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

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;
- 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.

Soins aux malades chroniques : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une unité de Soins aux malades chroniques sur la recommandation et l'autorisation écrite d'un médecin.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

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

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 proche 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.

Exclusion : les frais pour les services d'un aide-soignant, 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.

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



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;
- lit d'hôpital manuel ou électrique*, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, percuteur, pompe à succion, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et respirateur;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

*Les frais admissibles pour un lit d'hôpital électrique sont limités au coût du lit d'hôpital manuel.

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 civiles.

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. Les frais admissibles pour les membres myoélectriques sont limités au coût d'un membre artificiel standard;
- 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 civiles; et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ à vie.

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

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 personnes diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, 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.



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 déboursier un montant important.

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

Les fournitures pour personnes diabétiques sont admissibles dans la Garantie Médicaments.

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 :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures 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 :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - 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.cbmedavie.ca/misesajourgaranties

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

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

- analyses de laboratoire; et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)), jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile. 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 civile;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, si approuvées par un orthophoniste qualifié et autorisées par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 3 par année civile;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 300 \$ par 5 années civiles; 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 1 lentille par œil à vie. 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.

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.



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.

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 12 mois 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.

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

Soins de la vue

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un fournisseur approuvé 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 fournisseur approuvé :

- 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 15 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 :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) 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;
- c) 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;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais spécifiquement mentionnés comme un frais admissible en vertu du présent contrat), 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;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- 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) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- o) services ou frais engagés en raison :
 - i. 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
 - ii. 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.

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.

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 :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - 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 :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - 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.

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.



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.



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.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 36 mois consécutifs;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par année civile.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète et pellicule panoramique, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 36 mois consécutifs;
- Intra-orales :
 - périapicales;
 - occlusales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année civile; et
 - interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par 9 mois consécutifs;
- Sialographies; et
- Substances radio-opaques.

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;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité par 9 mois consécutifs;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement);
- Détartrage; et
- Appareils de maintien (pour les assurés de moins de 18 ans seulement).

Soins de base

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; et
- Coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

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



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.



Conseil pratique

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



Conseil pratique

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



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 parodontale;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités par 12 mois consécutifs;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile; et
- Autres services parodontaux 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, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 2 années civiles; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

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

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie;
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

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

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

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 60 mois consécutifs;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 60 mois consécutifs;
- Restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles, si spécifié dans le Sommaire des garanties; et
- Fabrication et pose initiales d'une prothèse dentaire fixe ou d'un pont, si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie.

Soins orthodontiques

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.

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 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 600 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 600 \$, 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.



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.



Conseil pratique

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

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 :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. 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
 - ii. 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;
- 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.

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. Les changements qui doivent être rapportés à Croix Bleue comprennent :

- ajout ou 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 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 votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à votre succession.



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. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires et 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.

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 la Garantie Invalidité de longue durée, **dans les 6 mois** suivant le début de l'invalidité ou pendant la période allouée par la législation provinciale, si cette période est plus longue;
- 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.

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 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 :
 - que vous comprenez les frais facturés; et
 - que les frais correspondent aux services reçus.

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.

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.

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. Ces questionnaires sont essentiels à nos efforts pour dissuader la fraude.

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 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.

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.



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.li
gneconfidentielle.com



Conseil pratique

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

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.

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 soumettre une demande de règlement

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 ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

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 déboursier 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 et les soins dentaires (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.cbmedavie.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.
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 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 proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.
- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche.



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

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie ou invalidité** 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, 7 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.cbmedavie.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

Veillez 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.cbmedavie.ca.

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/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!



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.



Conseil pratique

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



ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

L'assurance décès ou mutilation accidentels de base de Chubb du Canada Compagnie d'assurance offre une assurance accident 24 heures sur 24, partout dans le monde.

ADMISSIBILITÉ

Vous êtes automatiquement couvert par le programme si vous êtes un employé membre du personnel du syndicat (locale 480) de Buckingham, âgé de moins de 65 ans d'ERCO, suite à trois mois de service continu.

INDEMNITÉS

Vous êtes automatiquement couvert pour un capital assuré de 60 000 \$.

Les indemnités suivantes sont prévues si la perte survient à la suite d'un accident dans l'année suivant la date de l'accident:

- **Décès ou mutilation accidentels, perte de l'usage accidentelle, paralysie**

<u>Pour perte accidentelle :</u>	<u>% du capital assuré</u>
de la vie	100 %
des deux bras ou des deux jambes	200 %*
de la parole et de l'ouïe	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vision de deux yeux, ou toute combinaison de deux des pertes suivantes : d'une main, d'un pied ou de la vision d'un œil	100 %
d'un bras ou d'une jambe	80 %
d'un main, d'un pied ou de la vision d'un œil	75 %
de la parole ou de l'ouïe	75 %
du pouce et de l'index de la même main	33 %
de l'ouïe d'une oreille	33 %
de tous les orteils du même pied	25 %
<u>Pour perte de l'usage accidentelle :</u>	
des deux bras ou des deux jambes ou d'une combinaison d'un bras et d'une jambe	200 %*
des deux mains ou des deux pieds ou d'une combinaison d'un main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	80 %
d'un main ou d'un pied	75 %
du pouce et de l'index de la même main	33 %
<u>Paralysie :</u>	
quadriplégie	200 %*
paraplégie	200 %*

hémiparésie

200 %*

*maximum de 1 500 000 \$

- **Lésion cérébrale**

Cette indemnité paiera 100 % du capital assuré pour lésion cérébrale, si une blessure corporelle accidentelle entraîne une lésion cérébrale. Le montant d'indemnité pour lésion cérébrale sera versé si :

- 1) la lésion cérébrale survient et est diagnostiquée par un médecin dans les 30 jours suivant l'accident;
- 2) vous êtes à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins de santé afin de recevoir les traitements médicalement nécessaires associés à la lésion cérébrale, prescrits et supervisés par un médecin, dans les 30 jours suivant l'accident;
- 3) la lésion cérébrale persiste pendant 12 mois consécutifs; et
- 4) un médecin détermine que la lésion cérébrale est permanente, complète et irréversible à la fin des 12 mois consécutifs.

Si vous mourez dans les 365 jours suivant l'accident, un montant forfaitaire égal au capital assuré, moins tout montant d'indemnité pour lésion cérébrale déjà versé.

- **Coma**

Cette d'indemnité paiera 1 % du capital assuré par mois si, une blessure corporelle accidentelle, vous entraîne à :

- 1) entrer dans un coma dans les 30 jours suivant l'accident;
- 2) demeurer dans le coma durant une période de 30 jours consécutifs; et
- 3) être confiné dans un hôpital ou un autre établissement de soins de santé afin de recevoir un traitement médicalement nécessaire associé à un coma, prescrit et supervisé par un médecin, dans les premiers 30 jours suivant l'accident.

Le montant d'indemnité pour coma est payable mensuellement jusqu'à 100% du capital assuré.

Les brèves sorties du coma ne seront pas considérées comme une interruption de la période de 30 jours et n'entraîneront pas une suspension de nos versements, si les sorties et les récurrences du coma sont attribuables au même accident.

Le versement mensuel de la prestation pour coma cesse à la première des éventualités suivantes :

- 1) la date de votre décès;
- 2) la date où vous cessez d'être dans le coma; ou
- 3) le moment où le total des versements aura atteint 100% du capital assuré.

Advenant le décès de la personne assurée dans les 365 jours suivant l'accident, nous verserons alors un montant forfaitaire égal au capital assuré de la personne assurée, moins tout montant d'indemnité déjà versé pour coma.

- **Incapacité totale permanente**

Si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous êtes atteinte d'une incapacité totale permanente, nous paierons le montant d'indemnité indiqué. L'indemnité pour incapacité totale permanente fait l'objet d'un délai de carence de 365 jours.

La garantie incapacité totale permanente ne s'applique pas aux personnes âgées de 70 ans ou plus.

Incapacité totale permanente s'entend d'une incapacité totale :

- 1) qui se prolonge sans interruption pendant le délai de carence, et par sa suite; et
- 2) qu'il est raisonnablement prévisible, selon l'avis d'un médecin que nous avons approuvé, qu'elle se prolonge sans interruption et sans espérance de rétablissement partiel ou total et ce, jusqu'à la fin de vos jours.

Incapacité totale s'entend d'une blessure corporelle accidentelle qui directement et indépendamment de toute autre cause :

- 1) vous empêche d'accomplir toutes les fonctions essentielles et pertinentes reliées à une profession rémunérée pour laquelle vous êtes qualifiée ou pourrait être qualifiée en raison de votre niveau de scolarité, votre formation, votre expérience ou vos compétences;
- 2) entraîne un état pathologique qui, de l'avis d'un médecin que nous avons approuvé, est continu et d'une durée indéfinie; et
- 3) nécessite les soins continus d'un médecin, à moins que vous ayez atteint votre point de guérison maximal.

Indemnisation maximale en cas de sinistres multiples et d'indemnités multiples

Si vous êtes habilités à recevoir de multiples montants d'indemnité en raison d'un même accident, le montant maximum que nous verserons alors pour toutes les indemnités n'excédera pas le capital assuré, sauf en cas de perte des deux bras ou des deux jambes, perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes ou d'une combinaison d'un bras et d'une jambe, de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie. En aucun cas, le montant d'indemnité maximum payable n'excédera 200 % du capital assuré.

MODALITÉS ET CONDITIONS

Définitions

« Perte de la parole » s'entend de la perte totale, permanente et irréversible, de la capacité de parler sans le recours à une aide ou à des appareils mécaniques; « perte de l'ouïe » s'entend de la surdité totale, permanente et irréversible, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels pour chaque oreille qui ne peut être corrigée au moyen de toute aide ou de tout appareil; « perte de la vue d'un œil » s'entend de la perte permanente de la vision, la vision restante ne doit pas être supérieure à 20/200 malgré le recours à une aide ou à un appareil correcteur.

« Perte d'une main » s'entend de l'amputation complète d'une main d'au moins quatre (4) doigts de la même main à la première phalange ou plus haut ou d'au moins trois (3) doigts et du pouce de la même main; « perte d'un pied » s'entend de l'amputation complète d'un pied à la cheville ou plus haut; « perte d'un bras » s'entend de l'amputation complète d'un bras à partir ou au-dessus du coude; « perte d'une jambe » s'entend de l'amputation complète d'une jambe à partir ou au-dessus du genou; « perte du pouce et de l'index » s'entend de l'amputation complète, à la première

phalange ou plus haut, du pouce et de l'index de la même main; « perte des orteils » s'entend de l'amputation complète de tous les orteils d'un même pied Nous considérons qu'il y a une amputation même si la partie du corps spécifiée est greffée par la suite. Si la greffe échoue et qu'une amputation devient nécessaire, nous ne verserons alors aucun montant d'indemnité additionnel pour cette amputation.

« Paralyse » s'entend de la perte totale et irréversible de toute fonction motrice et de tout usage pratique d'un bras ou d'une jambe, qui dure plus de 365 jours.

« Perte de l'usage » s'entend de l'incapacité totale et permanente d'utiliser la partie du corps spécifiée.

Exposition aux éléments et Disparition

Si vous êtes introuvable un (1) an après la disparition, l'échouement, le naufrage ou le déraillement de tout véhicule transporteur à bord duquel vous étiez couverte à titre d'occupant au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres modalités et conditions de la police, que vous avez subi une perte de la vie couverte aux termes de la police.

Accident comprend l'exposition inévitable aux éléments.

Bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire. Toutes les désignations de bénéficiaire doivent être :

- 1) effectuées par écrit;
- 2) consignées dans les dossiers de l'administrateur; et
- 3) transmises à la compagnie d'assurance au moment de la réclamation ou à tout autre moment où ils peuvent le demander.

Sauf tel qu'il est précisé ci-dessus, vous, et personne d'autre, à moins qu'il y ait cession irrévocable, avez le droit de changer de bénéficiaire. Vous n'avez pas à demander le consentement de qui que ce soit pour ce faire. Toutes les désignations et changements de bénéficiaire doivent être :

- 1) effectuées par écrit;
- 2) consignées dans les dossiers de l'administrateur; et
- 3) transmises à la compagnie d'assurance au moment de la réclamation ou à tout autre moment où ils peuvent le demander.

Le montant d'indemnité en cas de perte de la vie couverte sera versé au bénéficiaire désigné par vous.

Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire ou s'il n'y a pas de bénéficiaire vivant au moment de votre décès, la compagnie d'assurance paiera le montant d'indemnité pour perte de la vie à la première partie survivante dans l'ordre suivant :

- 1) à votre conjoint;
- 2) en parts égales à vos enfants survivants;
- 3) en parts égales à vos parents survivants;
- 4) en parts égales à vos frères et sœurs survivants;

5) à votre succession.

GARANTIES ADDITIONNELLES

- **Brûlure**

Cette d'indemnité paiera jusqu'à 10 % du capital assuré pour brûlures si une blessure corporelle accidentelle vous entraîne à subir des brûlures. Le montant d'indemnité pour brûlures est déterminé en multipliant le pourcentage de la surface réellement brûlée du corps par le montant d'indemnité maximum pour brûlures. Le médecin traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

- **Frais de garde d'enfants**

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'enfants jusqu'à 5 000 \$ par année pour chaque enfant à charge admissible si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte. La présente garantie s'applique uniquement si vous avez un ou des enfants à charge de moins de 13 ans à l'égard desquels des frais de garde d'enfants sont engagés dans les 365 jours suivant votre perte de la vie couverte.

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'enfants à l'égard de chaque enfant à charge admissible. Cependant, le paiement total n'excédera pas 25 000 \$ quel que soit le nombre d'enfants à charge pour lequel le versement est effectué.

Les frais de garde d'enfants sont payables à la personne physique qui a engagé de tels frais pour l'enfant à charge.

- **Frais d'études**

Cette indemnité remboursera les frais d'études jusqu'à 7 500 \$ par année pour chaque enfant à charge admissible si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte. La présente garantie s'applique uniquement si vous avez un ou des enfants à charge au moment de la perte de la vie couverte:

- 1) qui sont inscrits comme étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur à la date de votre perte de la vie couverte; ou
- 2) qui s'inscrivent ultérieurement comme étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les deux (2) ans suivant la date de votre perte de la vie couverte; et
- 3) qui doivent engager des frais d'études.

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'études à l'égard de chaque enfant à charge admissible. Cependant, le montant annuel total des paiements effectués pour chaque enfant à charge n'excédera pas 7 500 \$. La durée du versement de l'indemnité pour les frais d'études se limite à quatre (4) années consécutives pour chaque enfant à charge. En aucun cas le total versement n'excédera 50 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais d'études est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Frais de voyage familiaux**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 \$ pour les coûts réels engagés par un membre de la famille immédiate à des fins d'hébergement temporaire, de transport et de repas pour le trajet aller et retour lors des visites avec vous si, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle qui a entraîné le sinistre :

- 1) vous êtes confinés dans un hôpital situé à au moins cinquante kilomètres (50 km) de votre lieu de résidence habituel; et
- 2) le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate pour des soins personnels.

Le montant d'indemnité pour frais de voyage familiaux est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Frais funéraires**

Cette indemnité remboursera les frais funéraires jusqu'à 5 000 \$ si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte.

Le montant d'indemnité pour frais funéraires est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Maison adaptée ou véhicule adapté**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 \$ pour maison adaptée et jusqu'à 15 000 \$ pour véhicule adapté si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous engagiez des frais pour une maison adaptée ou un véhicule adapté. Les dépenses relatives à une maison adaptée ou un véhicule adapté doivent être engagées dans les trois (3) ans suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour maison adaptée ou véhicule adapté est payable si :

- 1) un médecin atteste que la maison adaptée ou le véhicule adapté est nécessaire afin d'accueillir votre incapacité physique;
- 2) les travaux relatifs à la maison adaptée ou au véhicule adapté sont effectués par des personnes compétentes dans la réalisation de tels travaux;
- 3) la maison adaptée ou le véhicule adapté est conforme à toute loi ou exigence visant l'approbation par l'autorité gouvernementale compétente à l'endroit où les services sont rendus; et
- 4) les coûts relatifs à la maison adaptée ou au véhicule adapté n'excèdent pas le niveau habituel de frais engagés pour des modifications ou aménagements semblables à l'endroit où les frais sont engagés.

Le montant d'indemnité pour maison adaptée et pour véhicule adapté est payable à la personne physique qui a engagé de telles dépenses.

En aucun cas, le total des versements pour maison adaptée et pour véhicule adapté n'excédera 15 000 \$.

- **Soins à domicile**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 5 000 \$ si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous soyez confinée à résidence après un séjour à l'hôpital d'au moins (15) jours. Les dépenses faisant l'objet du montant d'indemnité pour soins à domicile doivent être engagées dans les (18) mois suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour soins à domicile est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les soins à domicile. Il réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime et paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité. En aucun cas la compagnie d'assurance ne versera plus que 5 000 \$.

Aucun montant d'indemnité pour soins à domicile ne sera versé si :

- 1) le traitement est éducationnel, expérimental ou de simple investigation, ou s'il ne constitue pas une pratique médicale acceptée; ou
- 2) les services sont rendus par un membre de la famille immédiate.

- **Frais d'identification**

Cette indemnité remboursera jusqu'à 15 000 \$ pour les frais raisonnables de transport et d'hébergement qui sont engagés par un membre de la famille immédiate si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle et :

- 1) que la présence d'un membre de la famille immédiate est requise par les autorités policières ou un pouvoir public analogue ; et
- 2) que la perte de la vie est subite à plus de cent cinquante kilomètres (150 km) de votre lieu de résidence habituelle.

Le montant d'indemnité pour frais d'identification est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Hospitalisation**

Cette d'indemnité paiera 100 \$ par jour après un délai de carence de 3 jours pour chaque jour d'hospitalisation, si à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous subissez un sinistre couvert qui entraîne votre hospitalisation. Le montant d'indemnité pour hospitalisation sera versé jusqu'à concurrence de 30 jours.

Le versement du montant d'indemnité en cas d'hospitalisation cesse à la première des éventualités suivantes :

- 1) votre décès;
- 2) la fin de votre hospitalisation; ou
- 3) l'expiration du 30 jours.

Si vous obtenez votre congé de l'hôpital et que, en raison du même accident, vous êtes de nouveau hospitalisée dans les trois (3) jours suivant votre congé, les exigences relatives au délai de carence sont réputées être satisfaites et les versements de l'indemnité en cas d'hospitalisation reprennent. Cependant, en aucun cas, le total de nos versements pour l'hospitalisation n'excédera 30 jours.

- **Soins d'un parent**

Cette indemnité paiera jusqu'à 5 000 \$ en part égale à chacun de vos parents à charge qui reçoit de vous un soutien financier et des soins (comme en témoignent les déclarations d'impôt canadien sur le revenu déclarant qu'un tel parent est un parent à charge) jusqu'à concurrence de 20 000 \$ si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui entraîne une perte de la vie couverte.

- **Frais de psychothérapie**

Cette indemnité remboursera les frais raisonnables et courants jusqu'à 5 000 \$ pour une consultation médicalement nécessaire donnée par un médecin pour un trouble mental ou un désordre nerveux, que ce soit un traitement ambulatoire ou non, dans un hôpital ou un autre établissement de santé autorisé à fournir un tel traitement si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous subissez un sinistre couvert qui, de l'avis d'un médecin, rend nécessaire une psychothérapie pour :

- 1) vous ; ou
- 2) pour votre personne à charge.

Le montant d'indemnité pour frais de psychothérapie est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les frais de psychothérapie et réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime. La compagnie d'assurance paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité, mais en aucun cas ne versera plus que 5 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais de psychothérapie est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Les paiements du montant d'indemnité pour frais de psychothérapie cessent à la première des éventualités suivantes :

- 1) le moment où 5 000 \$ a été versée; ou
- 2) la fin d'une période de deux (2) ans après la date du sinistre couvert.

- **Frais de réadaptation**

Si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous subissez un sinistre couvert :

- 1) qui vous empêche de remplir les fonctions de votre profession habituelle; et
- 2) qui, de l'avis d'un médecin, rend nécessaire votre participation à un programme de réadaptation,

cette indemnité remboursera les frais raisonnables et courants jusqu'à 15 000 \$ pour le traitement, autre qu'une psychothérapie, destiné à vous préparer à exercer toute profession rémunérée, y compris votre profession habituelle :

- 1) donné par un thérapeute diplômé, dûment inscrit ou habilité à cette fin; ou
- 2) donné dans un hôpital ou dans un autre établissement autorisé à cette fin.

La réadaptation doit se faire sous la direction d'un médecin.

Le montant d'indemnité pour frais de réadaptation est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les frais de réadaptation et réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime. La compagnie d'assurance paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité, mais en aucun cas ne versera plus 15 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais de réadaptation est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Les paiements du montant d'indemnité pour frais de réadaptation cessent à la première des éventualités suivantes :

- 1) le moment où 15 000 \$ a été versée; ou
- 2) la fin d'une période de trois (3) ans après la date de la blessure corporelle accidentelle.

- **Frais de rapatriement**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 \$ pour les coûts réels de la préparation du défunt pour l'enterrement ou la crémation et l'envoi du corps à votre lieu de résidence habituelle si, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle, vous subissez une perte de la vie couverte à plus de cinquante kilomètres (50 km) de votre lieu de résidence habituelle.

Le montant d'indemnité pour frais de rapatriement est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Ceinture de sécurité et dispositif de protection des occupants**

Cette indemnité paiera 10 % du capital assuré si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui entraîne une perte de la vie couverte, et que vous conduisez une voiture de tourisme ou prenez place à bord d'une telle voiture, et que vous portez une ceinture de sécurité. La ceinture de sécurité doit avoir été bouclée convenablement et utilisée conformément aux recommandations de son fabricant.

Cette indemnité aussi paiera 10 % du capital assuré si vous subissez une blessure corporelle accidentelle, telle que décrite ci-dessus, et que vous vous trouvez dans un siège protégé par un dispositif de protection des occupants convenablement utilisé. Dispositif de protection des occupants s'entend soit du coussin gonflable, qui se gonfle afin de protéger la tête et la région thoracique, soit de tout autre équipement de protection individuelle autre que la ceinture de sécurité. Le montant d'indemnité pour dispositif de protection des occupants ne sera versé que si le montant d'indemnité pour ceinture de sécurité est payé.

Le port effectif de la ceinture de sécurité au moment de l'accident et le bon fonctionnement du dispositif de protection des occupants doivent être attestés dans le rapport officiel dudit accident ou être certifié, par écrit, par le policier enquêteur.

En aucun cas, un montant d'indemnité pour ceinture de sécurité n'est versé si la personne assurée conduisait un véhicule engagé dans une course ou un concours de tout genre ou voyageait à bord d'un véhicule utilisé à une telle fin.

En aucun cas, le total des versements relatifs au montant d'indemnité pour ceinture de sécurité et au montant d'indemnité pour dispositif de protection des occupants n'excédera 20 % du capital assuré.

- **Frais de formation professionnelle du conjoint**

Si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui entraîne votre perte de la vie couverte, cette indemnité remboursera les dépenses réellement engagées par votre conjoint relativement aux droits de scolarité, aux frais de pension, au coût des livres et fournitures scolaires requis facturés par un établissement d'enseignement supérieur, dans le but d'obtenir des compétences nécessaires à l'exercice d'un emploi ou de se recycler à cette fin.

La présente garantie s'applique uniquement si votre conjoint survivant engage des frais de formation professionnelle dans les trois (3) années suivant la date de votre perte de la vie couverte. En aucun cas le total versement n'excédera 15 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle du conjoint est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Frais de formation professionnelle**

Si vous subissez un sinistre couvert en raison d'une blessure corporelle accidentelle, cette indemnité remboursera les dépenses réellement engagées relativement aux droits de scolarité, aux frais de pension, au coût des livres et fournitures scolaires requis facturés par un établissement d'enseignement supérieur pour la formation visant à vous préparer au travail dans toute profession rémunérée.

Le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Nous verserons le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- 1) le moment où 15 000 \$ a été versée; ou
- 2) la fin d'une période de trois (3) ans après la date de la blessure corporelle accidentelle.

- **Modifications/Adaptations au lieu de travail**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 5 000 \$ pour modifications/adaptations au lieu de travail si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous engagiez des frais pour les modifications/adaptations au lieu de travail. Les dépenses relatives aux modifications/adaptations au lieu de travail doivent être engagées dans les trois (3) ans suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour modifications/adaptations au lieu de travail est payable si :

- 1) un médecin atteste que les modifications/adaptations au lieu de travail sont nécessaire afin d'accueillir votre incapacité physique;
- 2) les travaux relatifs aux modifications/adaptations au lieu de travail sont effectués par des personnes compétentes dans la réalisation de tels travaux;

- 3) les modifications/adaptations au lieu de travail adapté est conforme à toute loi ou exigence visant l'approbation par l'autorité gouvernementale compétente à l'endroit où les services sont rendus; et
- 4) les coûts relatifs aux modifications/adaptations au lieu de travail n'excèdent pas le niveau habituel de frais engagés pour des modifications ou aménagements semblables à l'endroit où les frais sont engagés.

Le montant d'indemnité pour modifications/adaptations au lieu de travail est payable à la personne physique qui a engagé de telles dépenses.

En aucun cas, le total des versements pour modifications/adaptations au lieu de travail n'excédera 5 000 \$.

CESSATION DE L'ASSURANCE

Votre assurance expire automatiquement à la première des dates suivantes :

- 1) la date d'expiration de la police;
- 2) l'expiration de la période pour laquelle votre prime requise a été payée;
- 3) la date à laquelle vous ne satisfaites plus les critères d'admissibilité.

En ce qui concerne les employés actifs, à la date d'expiration, votre assurance peut être prolongée, selon la politique d'emploi de votre employeur, de la manière suivante :

- 1) si vous êtes temporairement licenciée, alors l'assurance pourrait se prolonger durant toute la période de mise à pied temporaire, jusqu'à un maximum de 365 jours suivant la date à laquelle commence le licenciement;
- 2) si vous êtes en congé autorisé, alors l'assurance pourrait se prolonger durant toute la période du congé autorisé, jusqu'à un maximum de 365 jours suivant la date à laquelle commence le congé;
- 3) si vous êtes absente de votre travail en raison d'une absence autorisée pour raison familiale ou médicale, alors l'assurance pourrait se prolonger pendant toute la période de l'absence, jusqu'à un maximum de 365 jours après la date à laquelle une telle absence débute, à moins qu'une période plus longue ne soit convenue.

La prolongation de l'assurance est sous réserve du paiement de la prime.

Droit de transformation

Dans le cas où votre assurance sur la police cesse pour une raison autre que la résiliation de la police, vous êtes admissible à acheter une police d'assurance accident individuelle.

Afin de transformer cette assurance en une police d'assurance accident individuelle, vous devez soumettre à nous, ou à notre représentant autorisé :

- 1) une proposition écrite complète ; et
- 2) la prime requis

pour la police d'assurance accident individuelle dans les trente et un (31) jours après la cessation de votre assurance.

La police d'assurance accident individuelle :

- 1) sera émise sans avoir à fournir une preuve d'assurabilité;
- 2) fournira l'assurance uniquement pour la perte de la vie et de mutilation comparable, mais non supérieur à l'assurance résilié;
- 3) ne paiera pas pour la même perte pour laquelle des indemnités ont déjà été versées en vertu de la police;
- 4) fournira un montant d'indemnité qui sera égale à votre montant d'indemnité selon la police, jusqu'à concurrence du montant d'indemnité maximum de 250 000 \$; et
- 5) sera soumis aux modalités et conditions de la police individuelle.

Renonciation à la prime

Nous renoncerons la prime exigible et continuerons l'assurance en vertu de la police si vous êtes approuvé pour l'exonération des primes en vertu de la police assurance-vie. Cette renonciation à la prime prend fin à la première des éventualités suivantes: a) la date à laquelle vous cessez d'être approuvé pour l'exonération des primes en vertu de la police assurance-vie;) la date à laquelle la police prend fin; ou c) votre décès.

EXCLUSIONS

Il existe certaines situations que nous ne couvrons pas dans notre police, notamment les suivantes :

Aéronef propre, aéronef affrété ou aéronef mis en service

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé se trouve à bord, monte à bord ou descend d'un aéronef propre, loué ou mis en service par le titulaire de la police ou au nom du titulaire de la police; ou mis en service par un employé du titulaire de la police ou au nom du titulaire de la police.

Pilote ou membre de l'équipage d'un aéronef

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé voyage à titre de passager à bord d'un aéronef, qu'il y monte ou en descend, alors qu'il exerce des fonctions de pilote ou de membre de l'équipage, ou qu'il reçoit une formation dans ce sens.

Maladie

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à un choc émotionnel, un trouble mental ou physique, une maladie, une grossesse, un accouchement ou une fausse couche, une infection virale ou bactérienne, ou une déficience corporelle attribuable à la défaillance cardiaque ou circulatoire de l'employé, ou des traitements médicaux ou chirurgicaux qui en suivent. La présente exclusion ne s'applique pas à l'infection bactérienne causée par un accident ou par la consommation accidentelle d'une substance contaminée par une bactérie.

Incarcération

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à toute circonstance alors que l'employé est incarcéré après sa condamnation.

Service dans les forces armées

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé participe à une action militaire alors qu'il est en service militaire actif dans les forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale établie. Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas les

premiers soixante (60) jours consécutifs d'un service militaire actif dans les forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale établie.

Suicide ou blessure volontaire

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au suicide ou à la tentative de suicide de l'employé ou à une blessure volontaire qu'il s'inflige intentionnellement.

Sanctions commerciales

- Un sinistre lorsque le gouvernement du Canada impose toute sanction commerciale ou économique interdisant l'assurance pour tout accident, blessure corporelle accidentelle ou sinistre; ou d'autres lois existent interdisant de procurer une assurance pour tout accident, blessure corporelle accidentelle ou sinistre.

Guerre

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à une guerre déclarée ou non. La guerre, qu'elle soit déclarée ou non, n'inclut pas les actes de terrorisme.

Les renseignements contenus dans le présent document constituent un résumé des principales caractéristiques du régime, qui est soumis aux dispositions du contrat d'assurance établi par Chubb du Canada Compagnie d'assurance en vertu de la police 9907-47-49.