

DESCRIPTION SOMMAIRE DU RÉGIME

1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

la vie en **ACTI**▶**N**
SECTIONS LOCALES | RÉGIME D'AVANTAGES
667/669 DE L'AIEST | SOCIAUX COLLECTIF

Amélioration des garanties pour 2021

1. En s'appuyant sur la révision annuelle, les fiduciaires ont renouvelé la garantie gestion-santé de 750 \$ pour tous les membres qui sont membres en règle de la section locale 667 ou 669 de façon continue depuis au moins cinq ans, avec effet le 31 décembre 2020.
2. À la suite d'un examen annuel, les fiduciaires ont renouvelé la garantie gestion-santé de 1 000 \$ de tous les participants de 65 ans ou plus qui sont membres en règle de la section locale 667 ou 669 (déterminé au 31 décembre 2020) depuis une période ininterrompue d'au moins 25 ans, à compter du 1^{er} avril suivant leur 65^e anniversaire.
3. Le régime couvrira dorénavant les services de conseillers thérapeutes agréés au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse.

Remarque : La Fiducie subventionne un plus grand nombre de coûts pour les participants

En 2021, la Fiducie continuera de couvrir, pour tous les participants, le coût de l'assurance vie et de l'assurance en cas de décès et mutilation accidentels, ainsi que la prestation de 2 000 \$ pour services psychologiques. De plus, elle absorbera cette année la hausse des coûts applicables à la garantie pour états critiques, aux médicaments et aux services de soins de santé et de soins dentaires, plutôt que de les transmettre aux participants.

Modalités de paiement pour améliorer la couverture

Pour certains participants, le coût d'achat d'un niveau supérieur de couverture est souvent prohibitif en une somme forfaitaire. Par conséquent, si les coûts de l'amélioration sont supérieurs à 750 \$, les participants peuvent opter pour des modalités de paiement.

Ils peuvent répartir leurs paiements sur une période de quatre mois en fournissant des chèques postdatés portant des montants égaux et les dates de 2021 suivantes : 15 mars, 15 avril, 15 mai et 15 juin. Tous les chèques postdatés doivent parvenir aux bureaux de la section locale 667 d'ici le 12 mars 2021. **AUCUNE EXCEPTION NI PROLONGEMENT de la date limite ne seront accordés.**

Numéro de police de la
Canada Vie
et

Numéro de police
du compte gestion-santé
de la Canada Vie :

164609

Table des matières

Fonctionnement de votre régime d'avantages sociaux collectif	1
Concernant vos garanties	2
Contributions de producteur.....	2
Un aperçu de votre régime d'avantages sociaux collectif	3
Relevé du solde de vos contributions.....	3
Options de paiement pour l'amélioration de la couverture en 2021	4
Modalités de paiement pour améliorer la couverture d'assurance.....	4
Personnes à charge admissibles.....	5
Les membres du Québec.....	5
Résidence	6
Assurance à l'âge de 65 et plus.....	6
Coup d'œil sur votre couverture.....	7
Détails de l'assurance soins de santé	8
Frais dentaires.....	9
Demandes de règlement de soins de santé et de soins dentaires	10
Demandes pour assurance vie, DMA, garantie rente hebdomadaire d'invalidité et garantie pour états critiques	10
Utilisation du Programme d'assistance à la famille.....	10
Comprendre la garantie gestion-santé	11
5 choses importantes à savoir au sujet de votre carte Visa SolutionsPlus Santé.....	12
Détails de contact pour plus d'information.....	13
Renseignements sur le Réseau « Best Doctors »	14

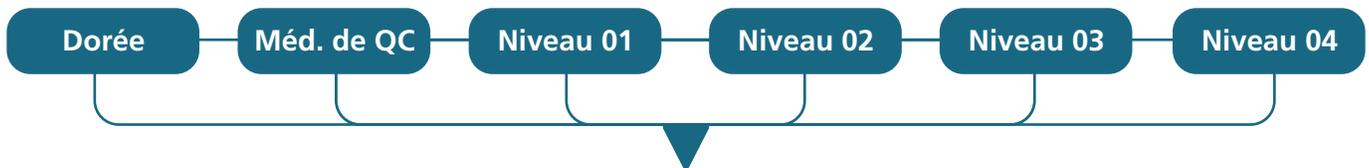
Fonctionnement de votre régime d'avantages sociaux collectif



Contributions de producteurs

Les producteurs contribuent au régime d'avantages sociaux collectif tel que stipulé dans les ententes collectives des sections locales 667 et 669.

Les niveaux de couverture



Contributions de producteurs excédentaires

Les membres recevront le plus haut niveau de couverture pour l'année à venir sur la base des contributions de producteurs au cours de l'année précédente.

Augmenter les prestations

Si vous avez assez de contributions pour un niveau de couverture, mais insuffisantes pour le prochain niveau de couverture, vous pouvez utiliser le surplus de contributions afin de vous qualifier au niveau supérieur, avec un paiement additionnel au besoin.



Aucun changement

Si vous avez assez de contribution pour un niveau de couverture, mais pas assez pour le niveau supérieur, vous avez l'option de demeurer à votre niveau par défaut et les surplus de contributions de producteurs seront utilisées pour le calcul d'assurance de la prochaine année.

Admissibilité à la garantie gestion-santé

Sur la base des contributions des producteurs, vous pourrez choisir un niveau de couverture inférieur qui comprend la garantie gestion-santé, mais avec une co-assurance inférieure, ou demeurer à votre niveau de couverture par défaut. Il se peut aussi que vous serez admissible au niveau de couverture 04 incluant une garantie gestion-santé.



Photo par Jeremy Bernatchez, premier caméraman adjoint, section locale 667

Concernant vos garanties

Votre régime d'avantages sociaux collectif est administré par le Fonds de santé et de bien-être des sections locales 667-669 de l'AIEST. Le critère de base pour être admissible au régime et pour maintenir l'admissibilité est d'être membre « en règle » de la section locale 667 ou 669 de l'AIEST, tel que décrit dans les Statuts et Règlements respectifs de chaque section locale ainsi que dans les Statuts et Règlements de l'Alliance Internationale.

Le régime d'avantages sociaux collectif est composé maintenant de six niveaux de couverture : niveau 01, niveau 02, niveau 03, niveau 04, niveau Dorée pour les membres âgés (es) de 75 ans ou plus et un niveau de couverture réservé aux membres du Québec qui inclut l'assurance vie, le régime d'assistance au membre et à sa famille et la couverture des médicaments d'ordonnance. Une garantie gestion-santé sera disponible en tant qu'option pour tous les membres qui ont accumulés des contributions à travers des accords signataires de plus de 2 333,87 \$. Pour les membres qui ont une contribution de plus de 7 312,20 \$, la garantie gestion-santé fait automatiquement partie de votre couverture.

Contributions de producteurs

Les membres recevront le plus haut niveau de couverture pour l'année du régime qui débute le 1^{er} avril et en fonction du solde de leur compte individuel d'assurance collective en date du 31 décembre de l'année précédente. Votre couverture pour les prochains douze mois commençant le 1^{er} avril 2021 (à condition que vous continuez d'être un membre en règle de l'AIEST, section locale 667 ou 669) est indiquée dans le relevé de contribution ci-joint. Votre couverture sera déterminée selon le solde des contributions et toute somme que vous avez payée directement dans le régime.

En fonction de vos contributions de producteurs, vous pouvez choisir soit un niveau de couverture inférieur qui offre une garantie gestion-santé (que vous pouvez diriger vers toute prestation admissible), mais avec une coassurance d'un montant inférieur, soit retenir un pourcentage plus élevé de prestations pour votre couverture (appelé aussi la coassurance payée par la compagnie d'assurance) qui n'inclut pas la garantie gestion-santé.

Un aperçu de votre régime d'avantages sociaux collectif

Le tableau ci-dessous indique les montants des contributions requises afin d'être admissible à chacun des niveaux de couverture.

Contributions de producteurs	Niveau de couverture	Note
0 \$ – 977,51 \$	Niveau Dorée	Vous recevrez cette prestation si vous êtes âgés de 75 ans ou plus
331,80 \$ – 977,51 \$	Médicaments de QC	Vous recevrez cette prestation si vous habitez au Québec et votre solde de contributions (plus votre paiement direct, le cas échéant) totalisent au moins 331,80 \$
0 \$ – 977,51 \$	Niveau 01 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si vous n'êtes pas admissible aux niveaux 02, 03, 04, QC ou niveau Dorée
977,52 \$ – 2 333,87 \$	Niveau 02 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si votre solde de contributions (en plus de vos paiements directs, le cas échéant) est d'au moins 977,52 \$
2 333,88 \$ – 3 874,79 \$	Niveau 03 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si votre solde de contributions (en plus de vos paiements directs, le cas échéant) est d'au moins 2 333,88 \$
2 333,88 \$ – 3 874,79 \$	Niveau 02 qui inclut 1 100,00 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez cette couverture si le solde de vos contributions correspond à au moins 2 333,88 \$
3 874,80 \$ – 7 312,20 \$	Niveau 04 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si votre solde de contributions (en plus de vos paiements directs, le cas échéant) est d'au moins 3 874,80 \$
3 874,80 \$ – 7 312,20 \$	Niveau 03 qui inclut 1 400,00 \$ à la garantie gestion-santé	Vous pouvez choisir cette couverture si le solde de vos contributions correspond à au moins 3 874,80 \$
7 312,21 \$ – 10 249,60 \$	Niveau 04 qui inclut 1 500,00 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez automatiquement cette couverture si le solde de vos contributions s'élève entre 7 312,21 \$ et 10 249,60 \$
10 249,61 \$ – 15 424,40 \$	Niveau 04 qui inclut 2 500,00 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez automatiquement cette couverture si le solde de vos contributions s'élève entre 10 249,61 \$ – 15 424,40 \$
15 424,41 \$	Niveau 04 qui inclut 3 800 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez automatiquement cette couverture si le solde de vos contributions correspond à au moins 15 424,41 \$

Relevé du solde de vos contributions

Votre couverture est basée sur votre solde de contributions du 31 décembre 2020. Votre relevé de compte personnel ci-joint montre votre solde de contributions (et le montant requis, si vous désirez passer au niveau de couverture 02, 03 ou 04 ou le niveau QC pour les résidents du Québec).

Si vous n'êtes pas d'accord avec le montant du solde de contributions indiqué, ou si vous avez des questions sur votre solde, veuillez contacter le Bureau du régime avant le **vendredi 5 mars 2021**. Si vous ne contactez pas le bureau d'ici là, nous assumerons que votre solde de contributions est correct.

Améliorer votre couverture

Si vous êtes admissible au niveau de couverture 01, 02, 03 ou médicaments QC et souhaitez améliorer votre couverture, veuillez remplir le formulaire ci-joint et l'envoyer au bureau de la section locale 667 avec un chèque payable au **Régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'AIEST**. Le bureau de la section locale 667 doit recevoir le chèque au plus tard le **vendredi 12 mars 2021**. Les améliorations sont payables par chèque ou à l'aide d'une carte Visa ou Mastercard.

Le montant que vous devez payer est indiqué sur votre relevé personnel ci-joint. Si vous désirez améliorer votre niveau de couverture, le montant que vous devez payer directement (et le montant de votre solde de contributions) est indiqué dans votre relevé personnel ci-joint. Les résidents de l'Ontario et du Québec doivent payer une taxe de vente au détail provinciale sur les montants de paiement directs.

VEUILLEZ NOTER:

1. Vous n'êtes pas permis d'acheter un niveau de couverture qui inclut la garantie gestion-santé. Cette garantie est disponible seulement en vertu des contributions de producteurs.
2. Si vous passez du niveau 01 à 02, 03, 04 ou médicaments QC, votre achat n'inclut pas la garantie rente hebdomadaire d'invalidité, qui est disponible seulement en vertu des contributions de producteurs.
3. Si vous choisissez d'améliorer votre niveau de couverture en contribuant cette année, vous devez continuer à payer ce niveau de couverture pour toutes les années suivantes. Par la suite, si vous décidez de ne pas continuer à ce niveau de couverture, sachez que vous perdrez votre droit d'améliorer votre niveau de couverture pour une période de 36 mois.
4. Si vous avez modifié votre niveau de couverture pour l'année du régime 2020-21, vous devez conserver ce niveau de couverture pour l'année en cours. Cependant, si vous choisissez de ne pas conserver le même niveau de couverture, vous perdrez votre droit d'améliorer votre niveau de couverture pour une période de 36 mois.
5. Vous ne pouvez pas utiliser votre garantie gestion-santé pour acheter l'un des niveaux de couverture.

Options de paiement pour l'amélioration de la couverture en 2021

Vous pouvez régler les frais relatifs à l'amélioration de votre couverture en ligne. Ainsi, vous disposez de deux options de paiement :

1. Chèque (remplir le formulaire ci-joint)
2. Paiement en ligne par carte de crédit

Si vous payez en ligne (Visa ou Mastercard)

Pour effectuer un paiement en ligne par carte de crédit, rendez-vous au site Web du Régime d'avantages sociaux collectifs de l'AIEST, à www.iatse667-669healthplan.com, et cliquez sur le lien « Payer la couverture d'assurance », qui se trouve sur la page d'accueil. Vous serez alors dirigé vers le système de paiements en ligne sécurisé pour terminer le processus. Voici ce que vous devez savoir concernant les paiements en ligne :

- Vous devez régler les frais relatifs à l'amélioration de votre couverture EN ENTIER au moyen d'un seul paiement. Pour effectuer des versements postdatés, veuillez payer par chèque.
- Assurez-vous d'avoir suffisamment de réserves sur votre carte de crédit pour couvrir le plein montant de l'amélioration pour 2021.
- Tous les champs doivent être remplis, sans quoi votre paiement sera refusé. N'oubliez pas d'indiquer le nom de la personne visée par l'amélioration si celui du titulaire de la carte est différent.

N'OUBLIEZ PAS!

Plusieurs autres conditions s'appliquent aux protections qui sont résumées dans ce document. En cas de conflit entre ce résumé, le site Web et les documents officiels du régime, les documents officiels prévaudront dans tous les cas.

NOTE

Si vous manquez un paiement mensuel et ne vous occupez pas de cet inconvénient dans un délai de 7 jours civils, vous serez placé automatiquement au niveau de couverture dont les paiements reçus vous ont rendu admissible – ce niveau vous sera communiqué par le bureau du régime.

Nous sommes là pour vous aider

Veillez contacter Leta Kennedy, Administratrice du régime, ou Mary Miskic, Coordonnatrice des prestations au bureau de la section locale 667. Elles sont en mesure de répondre à toutes vos questions relatives à votre régime d'avantages sociaux collectif.

Leta Kennedy, Administratrice du régime

Bureau du régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'AIEST
122 – 3823 Henning Drive
Burnaby, BC V5C 6P3

Tél : 778 329-4455
Sans frais (au Canada) :
1 866 366-9667

Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com

Mary Miskic, Coordonnatrice des prestations

Bureau de la section locale 667 de l'AIEST
229, avenue Wallace
Toronto, ON M6H 1V5

Tél : 416 368-0072
Sans frais (à l'est du Canada) :
1 877 368-1667

Courriel : mary@iatse667.com

Personnes à charge admissibles

Aux fins de votre régime d'avantages sociaux collectif avec la section locale 667/669 de l'AIEST, les personnes à charge admissibles incluent :

1. Votre conjoint est la personne de même sexe ou de sexe opposé qui est :
 - résident du Canada (ou qui habite avec vous à l'extérieur du Canada, pour les prestations admissibles seulement); et
 - votre époux ou épouse si vous êtes légalement marié; ou
 - une personne avec laquelle vous vivez maritalement depuis au moins 12 mois consécutifs.
2. L'enfant à charge est soit votre enfant naturel, l'enfant de votre conjoint ou conjointe, votre enfant adopté ou, si vous en soumettez la preuve, l'enfant dont vous êtes le tuteur légal, qui doit dépendre de vous pour sa subsistance et qui est soit :
 - âgé de moins de 21 ans et qui doit dépendre de votre aide financière et qui est résident du Canada (ou qui habite avec vous à l'extérieur du Canada, pour les prestations admissibles seulement); ou
 - âgé de moins de 25 ans (ou âgé de 26 ans pour la garantie de médicaments si vous êtes résident du QC) s'ils fréquentent régulièrement l'école pour une durée de 15 heures par semaine ou plus; ou
 - tout enfant qui présente une déficience fonctionnelle s'il n'avait pas encore atteint l'âge spécifié ci-dessus alors qu'il était assuré en vertu du présent régime.

Vous pouvez faire une demande d'assurance pour un enfant à charge qui est un étudiant qui réside ailleurs au Canada au cours de la session scolaire. Vous devez soumettre la preuve à cet effet à l'Administrateur du régime au Bureau du régime, au début de chaque semestre académique.

Les membres du Québec

Si vous avez une carte assurance-maladie émise par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), vous devez être couvert par un régime général d'assurance médicaments qui est soit :

1. un régime privé;
2. le régime général d'assurance médicaments du Québec (mais seulement si vous n'êtes pas admissible à un régime comparable privé).

Par conséquent, si vous êtes admissible au niveau de couverture 01, vous devez rehausser votre couverture à un niveau qui est au moins équivalent à celui de médicaments QC.

Toutefois, vous n'aurez pas à augmenter votre couverture au niveau médicaments QC si vous pouvez prouver à la section locale 667/669 de l'AIEST que vous détenez déjà une couverture équivalente à la RAMQ (p. ex. le régime de votre conjoint ou conjointe). Le niveau médicaments QC couvre 75 % des frais admissibles de médicaments d'ordonnance, sous réserve de la réglementation de la RAMQ, et ce, pour vous et vos personnes à charge admissibles. Ce niveau de couverture est offert seulement si vous êtes résident du Québec, et en vertu des lois provinciales. Une carte assurance-médicament est fournie.

Résidence

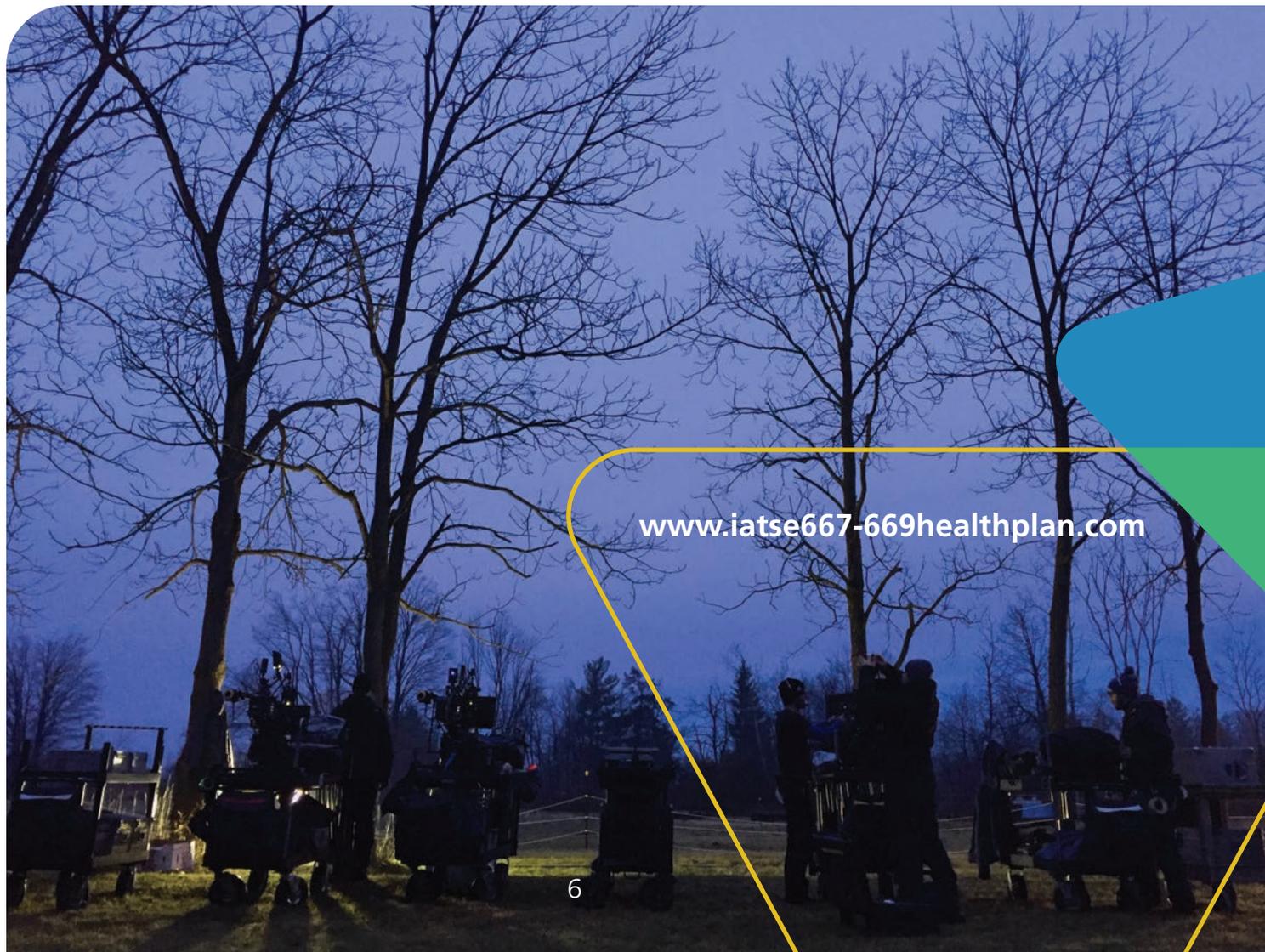
Si vous ne résidez pas au Canada :

1. Vous ne serez pas admissible aux prestations pour états critiques, de rente hebdomadaire d'invalidité, ou de soins médicaux.
2. Vous aurez droit à l'Assurance vie et à l'Assurance en cas de décès et mutilation accidentels.
3. Dans certains pays, vous pourriez être admissible aux prestations de soins dentaires (Niveaux de couverture 02, 03, 04).
4. Vous pourrez être admissible au Programme d'assistance à la famille.

Assurance à l'âge de 65 et plus

Les membres âgés de 65 ans et plus seront admissibles à l'assurance, mais seront assujettis aux restrictions suivantes :

- 1 000 \$ à la garantie gestion-santé pour les membres en règle âgés de 65 ans ou plus ayant accumulés 25 années de service continu auprès des sections locales 667 ou 669 de l'AIEST (déterminé au 31 décembre 2020) à compter du 1^{er} avril suivant leur 65^{ème} anniversaire;
- l'assurance pour états critiques cessera à l'âge de 65 ans;
- l'assurance vie sera réduite à 20 000 \$ à l'âge de 70 ans;
- l'assurance en cas de décès et mutilation accidentels sera réduite à 50 % à l'âge de 65 ans selon le niveau de couverture admissible et prendra fin à l'âge de 70 ans;
- la garantie rente hebdomadaire d'invalidité terminera le 31 mars suivant le 75^{ème} anniversaire du membre;
- la garantie de soins médicaux est limitée à un maximum annuel de 5 000 \$ par personne assurée et débute le 1^{er} avril suivant le 70^e anniversaire du membre.



Coup d'œil sur votre couverture

Le tableau ci-dessous est un aperçu des différents niveaux de couverture. Pour une description détaillée ou pour plus d'informations sur les garanties offertes, veuillez consulter le site du Régime d'assurance collective au : www.iatse667-669healthplan.com. Une assurance familiale est spécifiée si elle est offerte aux membres et leurs personnes à charge admissibles, les garanties offertes aux membres seulement sont aussi spécifiées.

	Niveau Dorée (75 ans ou plus)	Niveau 01	Médicaments QC	Niveau 02	Niveau 03 par défaut	Niveau 02 avec option de garantie gestion-santé	Niveau 04 par défaut	Niveau 03 avec option de garantie gestion-santé	Niveau 04 avec garantie gestion-santé
Contributions requises pour être admissible	s.o.	s.o.	331,80 \$	977,52 \$	2 333,88 \$	2 333,88 \$	3 874,80 \$	3 874,80 \$	7 312,21 \$ à 15 424,40 \$
Prestations qui peuvent être achetées et peuvent être assujetties à la taxe de vente	s.o.	s.o.	Offert SEULEMENT aux membres du QC	Disponible pour achat	Disponible pour achat	PAS disponible pour achat	Disponible pour achat	PAS disponible pour achat	PAS disponible pour achat
Soins médicaux									
Médicaments d'ordonnance, par personne (famille)	s.o.	s.o.	75 %	70 %	80 %	70 %	90 %	80 %	90 %
Hôpital, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : Chambre à deux lits	80 % : Chambre à deux lits	70 % : Chambre à deux lits	90 % : Chambre à deux lits	80 % : Chambre à deux lits	90 % : Chambre à deux lits
Examens de la vue, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : 75 \$ par période de 24 mois	80 % : 75 \$ par période de 24 mois	70 % : 75 \$ par période de 24 mois	90 % : 75 \$ par période de 24 mois	80 % : 75 \$ par période de 24 mois	90 % : 75 \$ par période de 24 mois
Soins de la vue, par personne par période de 24 mois	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : 300 \$ (membre seulement, 100 \$ pour les personnes à charge)	80 % : 500 \$ par membre (150 \$ pour les personnes à charge)	70 % : 300 \$ (membre seulement, 100 \$ pour les personnes à charge)	90 % : 750 \$ par membre (250 \$ pour les personnes à charge)	80 % : 500 \$ par membre (150 \$ pour les personnes à charge)	90 % : 750 \$ par membre (250 \$ pour les personnes à charge)
Soins des professionnels par spécialité (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : max annuel de 700 \$	80 % : max annuel de 700 \$	70 % : max annuel de 700 \$	90 % : max annuel de 700 \$	80 % : max annuel de 700 \$	90 % : max annuel de 700 \$
Professionnels de la santé mentale spécifiés à la page 8 - maximum combiné	70 % : max annuel de 2 000 \$	70 % : max annuel de 2 000 \$	70 % : max annuel de 2 000 \$	70 % : max annuel de 2 000 \$	80 % : max annuel de 2 000 \$	70 % : max annuel de 2 000 \$	90 % : max annuel de 2 000 \$	80 % : max annuel de 2 000 \$	90 % : max annuel de 2 000 \$
Le cannabis à usage médical	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : max annuel de 2 500 \$	80 % : max annuel de 2 500 \$	70 % : max annuel de 2 500 \$	90 % : max annuel de 2 500 \$	80 % : max annuel de 2 500 \$	90 % : max annuel de 2 500 \$
Soins dentaires									
Soins de base, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	50 % : max annuel de 1 000 \$	80 % : max annuel de 1 500 \$	50 % : max annuel de 1 000 \$	90 % : max annuel de 1 500 \$	80 % : max annuel de 1 500 \$	90 % : max annuel de 1 500 \$
Soins majeurs, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	60 % : max annuel de 1 500 \$	s.o.	60 % : max annuel de 1 500 \$
Soins orthodontiques (enfants à charge de moins de 19 ans)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	50 % : max viager de 2 500 \$ par personne à charge	s.o.	50 % : max viager de 2 500 \$ par personne à charge
Autres prestations									
Assurance vie (membre seulement)	20 000 \$	50 000 \$	100 000 \$	100 000 \$	250 000 \$	100 000 \$	300 000 \$	250 000 \$	300 000 \$
« Best Doctors » (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
États critiques (membre seulement)	s.o.	s.o.	s.o.	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$
DMA (membre seulement)	s.o.	s.o.	s.o.	25 000 \$	75 000 \$	25 000 \$	100 000 \$	75 000 \$	100 000 \$
Urgence à l'extérieur du Canada, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	100 % max viager de 1 millions de dollars	100 % max viager de 1 millions de dollars	100 % max viager de 1 millions de dollars	100 % max viager de 1 millions de dollars	100 % max viager de 1 millions de dollars	100 % max viager de 1 millions de dollars
Programme d'assistance à la famille (famille)	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Invalité de courte durée (membre seulement)	s.o.	s.o.	s.o.	700 \$ max 26 semaines*	700 \$ max 26 semaines*	700 \$ max 26 semaines*	700 \$ max 26 semaines*	700 \$ max 26 semaines*	700 \$ max 26 semaines*
Garantie gestion-santé (famille)	Solde du compte : jusqu'à 977,51 \$	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1 100 \$	s.o.	1 400 \$	**Note

* **Rente hebdomadaire d'invalité** : Pour les membres admissibles seulement, et ce, après 14 jours consécutifs d'invalité. Veuillez communiquer avec le bureau du Régime pour plus de renseignements.

** **Note** : Les soldes de comptes résultant des contributions de producteurs entre 7 312,21 \$ et 10 249,60 \$ bénéficieront d'une garantie gestion-santé de 1 500 \$.

Les soldes de comptes résultant des contributions de producteurs entre 10 249,61 \$ et 15 424,40 \$ bénéficieront d'une garantie gestion-santé de 2 500 \$.

Les soldes des comptes résultant des contributions de producteurs d'au moins 15 424,41 \$ bénéficieront d'une garantie gestion-santé de 3 800 \$.

Détails de l'assurance soins de santé

Le régime couvre les frais admissibles suivants. Veuillez consulter le tableau des garanties ci-contre pour connaître les pourcentages de paiement en fonction de votre niveau de couverture.

Les **prédéterminations de prestations** pour tous les soins de santé et les soins dentaires dont les frais dépassent 500 \$ devraient être envoyées à la Canada Vie AVANT le début des traitements afin de déterminer quels traitements seront couverts. Dans la plupart des cas, c'est vous, et non pas votre fournisseur de services, qui avez la responsabilité en tant que membre du régime d'envoyer la prédétermination à la Canada Vie.

Les médicaments (en excluant les frais d'exécution) nécessitant une ordonnance sont limités au médicament de substitution le moins coûteux.

- « Médicaments d'entretien » (en excluant les frais d'exécution) remboursés pour approvisionnement de 90 jours.
- Une carte d'assurance médicaments est émise aux membres et aux personnes à charge adultes inscrites.

Chambre d'hôpital à deux lits (jusqu'à 10 000 \$ par personne par année du régime).

Praticiens autorisés, jusqu'à concurrence de 700 \$ par personne, par année du régime :

Acupuncteur
Audiologiste
Chiropraticien
Diététiste
Ergothérapeute
Massothérapeute autorisé
Naturopathe
Orthophoniste
Ostéopathe
Physiothérapeute / Thérapeute en sport
Podiatre
Podologiste
Praticien de la science chrétienne

Professionnels de la santé mentale spécifiés ci-dessous, jusqu'à concurrence d'un montant combiné de 2000 \$ par personne, par année du régime :

Psychanalyste (résidents du QC seulement)
Psychologue / travailleur social
Conseiller clinicien agréé (résidents de la C.-B. seulement)
Psychothérapeute autorisé
Conseillers thérapeutes agréés (résidents du N.-B. et de la N.-E. seulement)

Inclut les traitements intensifs en matière d'intervention comportementale et les analyses appliquées du comportement pour les enfants souffrant de troubles du spectre autistique (supervision d'un psychologue requise).

(Tous les praticiens doivent répondre aux exigences en matière d'enregistrement et d'obtention de permis de la Loi de l'impôt sur le revenu et de la législation provinciale)

Le réseau « **Best Doctors** » peut vous aider à obtenir une deuxième opinion au sujet d'une chirurgie ou d'un diagnostic d'une maladie grave, trouver un médecin spécialiste, ou afin de vous offrir l'aide et l'assistance afin de comprendre votre état de santé et à naviguer le système de soins de santé.

Infirmières de l'ordre de Victoria jusqu'à un maximum de 450 \$ par année du régime.

Soins infirmiers privés pour les patients gravement malade lorsqu'ils ne sont pas maintenus à l'hôpital, pour les quarts de travail d'au moins 4 heures par jour jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par personne par année du régime.

Prothèses auditives, achats, réparation ou remplacement jusqu'à un maximum de 1 000 \$ par oreille toutes les 5 années consécutives du régime.

Appareils orthopédiques (les orthèses, les colliers cervicaux, les plâtres, les attelles, les stimulateurs électrospinaux externes pour le traitement de la scoliose, les stimulateurs de consolidation de fractures, les appareils de verticalisation) et prescrites pour un individu pour chaque année du régime (frais raisonnables et habituels).

Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure lorsque fixées et faisant partie d'une attelle et prescrites pour un individu pour chaque année du régime (frais raisonnables et habituels).

Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure lorsqu'elles ne sont pas fixées et ne font pas partie d'une attelle, jusqu'à un maximum de 300 \$ par personne par année du régime.

Orthèses fabriquées sur mesure lorsque prescrites, jusqu'à un maximum de 450 \$ par personne chaque année. Des conditions spéciales s'appliquent.

Appareils de prothèse pour un premier achat jusqu'à un maximum viager de 10 000 \$ par personne. Remplacer seulement lorsque nécessaire en raison d'un changement d'état physique.

Dispositif intra-utérin lorsque prescrit par un médecin, jusqu'à un maximum de deux par année du régime.

Inducteurs de l'ovulation et médicaments in vitro jusqu'à un maximum viager combiné de 5 000 \$. Les traitements in vitro et traitements contre l'infertilité admissibles pourraient être couverts par votre garantie gestion-santé, s'il y a lieu.

Le cannabis à usage médical est couvert jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par année pour le traitement de la spasticité ou de la douleur neuropathique associée à la sclérose en plaques, des nausées et vomissements causés par la chimiothérapie ou de la douleur neuropathique associée au cancer, de l'anorexie ou de la douleur neuropathique associée au VIH/SIDA, et des symptômes associés aux soins palliatifs. Dans tous les cas, la Canada Vie déterminera si vous êtes admissible selon le diagnostic et exigera l'approvisionnement auprès d'un fournisseur autorisé.

Aides contre le tabagisme lorsque seulement disponible sur ordonnance jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne.

Examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste et qui ne sont pas couverts par votre régime de santé provincial. La couverture est limitée à un examen de la vue tous les 24 mois consécutifs, jusqu'à un maximum de 75 \$ par personne.

Soins de la vue (lunettes, verres de contact et chirurgie oculaire au laser) pour les niveaux 02 (membre seulement), 03 et 04. Couvre les lentilles correctrices (inclus les verres de contact), la monture et l'ajustement des lunettes, tous les 24 mois consécutifs commençant par les dépenses du premier mois. Les verres de contact pour certaines conditions, 200 \$ tous les 24 mois consécutifs. Vous ne devez envoyer votre demande de remboursement à la Canada Vie qu'après le paiement final.

Couverture des soins d'urgence à l'extérieur du pays est maintenue à condition que l'assurance provinciale soit maintenue; 100 % des soins médicaux d'urgences sont admissibles jusqu'à un maximum de 1 000 000 \$ (par personne à vie) et à condition que l'individu soit couvert par un régime provincial d'assurance maladie. Les services jugés non-urgents tel que soins de la vue, soins paramédicaux ou soins dentaires sont assujettis aux limitations canadiennes, c'est-à-dire admissibilité, coassurance, maximum du régime, fréquence etc.



Frais dentaires

Le régime remboursera les frais admissibles suivants. Veuillez consulter le tableau des garanties à la page 7 pour connaître le pourcentage des frais remboursés selon votre niveau de couverture. Si un traitement est proposé pour lequel les frais dentaires s'élèvent à plus de 500 \$, il est recommandé que vous demandiez à votre dentiste de compléter une « prédétermination des prestations » qui devra être envoyée à la Canada Vie avant le début du traitement. Lorsque la Canada Vie aura complété la vérification de vos soins dentaires, elle vous acheminera les informations de prédétermination directement. Par la suite, il vous incombe de communiquer avec votre dentiste afin de déterminer les prochaines étapes de votre traitement.

Soins dentaires de base, par personne

- examen buccal, radiographie, etc. limités à deux fois au cours d'une année du régime, et pas plus qu'une fois tous les 6 mois; la série complète de radiographies est limitée à une fois par 2 années du régime;
- extraction des dents et plombage restaurateur de base;
- anesthésie et médicaments administrés et prescrits par le dentiste;
- examen d'urgence et autres services dentaires de base;
- endodontie (traitement de canal);
- parodontie (prévention et traitement des maladies des os et des gencives autour des dents);
- rebasage, réparation et ajustement des dentiers;
- honoraires admissibles des hygiénistes et des denturologistes.

Soins dentaires majeurs, par personne

- couronnes, incrustation en profondeur et incrustation de surface si la dent ne peut pas être remise par un plombage;
- installation initiale de prothèse dentaire et de ponts fixes causés par l'enlèvement des dents originales lorsque la personne est couverte par le régime;
- remplacement des dentiers et des ponts fixes après 5 ans s'ils ne sont pas réparables et ne peuvent pas être restaurés;
- recollage des couronnes, des incrustations en profondeur ou de surface et des ponts fixes.

Soins orthodontiques

- soins orthodontiques pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans.

Demandes de règlement de soins de santé et de soins dentaires

Les garanties de soins de santé et de soins dentaires sont fournies par la Canada Vie. Les demandes de règlement doivent être soumises à la Canada Vie le plus tôt possible, mais au plus tard 12 mois après la date de la dépense.

La Canada Vie et notre bureau du régime continueront de vous aider avec vos demandes de remboursement et de couverture. Si vous avez une demande de remboursement, un formulaire de demande doit être rempli et envoyé à la Canada Vie, ou vous pouvez remplir le formulaire électronique via GroupNet de la Canada Vie. Si vous avez besoin d'un formulaire, contactez le bureau du régime; le personnel peut vous aider à remplir le formulaire. Avant de faire parvenir vos demandes de règlement à la Canada Vie, nous vous suggérons de faire des photocopies de vos formulaires remplis ainsi que de vos reçus et de les conserver pour vos dossiers. Si vous soumettez une demande de façon électronique, vous devez conserver vos factures pendant une période d'un an dans l'éventualité où une vérification est faite par la Canada Vie.

Si vous avez quelques questions au sujet de la couverture de vos dépenses actuelles qu'offre votre régime, veuillez communiquer avec la Canada Vie directement. Vous pouvez le faire par téléphone ou par courrier (voir le bandeau latéral pour les détails).

Demandes pour assurance vie, DMA, garantie rente hebdomadaire d'invalidité et garantie pour états critiques

L'assurance vie, le DMA et la garantie rente hebdomadaire d'invalidité sont offerts par la Canada Vie. L'assurance sur les états critiques est offerte par Medavie Blue Cross. Le bureau du régime vous aidera et aidera vos bénéficiaires ou votre succession avec toute demande. Ils vous fourniront tous les formulaires de demandes devant être remplis et vous expliqueront les informations nécessaires pour traiter la demande.

Les prestations de DMA (décès et mutilation accidentels), la garantie rente hebdomadaire d'invalidité et la garantie pour états critiques couvrent plusieurs conditions différentes. Si vous n'êtes pas certain que votre condition soit couverte ou avez besoin de clarifier la protection, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

Veuillez vous référer au site web du régime d'avantages sociaux collectif de l'A.I.E.S.T. 667/669 : www.iatse667-669healthplan.com pour plus de renseignements sur les personnes admissibles, les garanties couvertes et les délais de remboursement.

Utilisation du Programme d'assistance à la famille

Nous avons fait appel à Shepell pour offrir le Programme d'assistance à la famille et au membre, qui fournit du counseling privé, professionnel, confidentiel pour tous les membres et leur famille. Des services de soutien sont offerts pour les problèmes familiaux, financiers, de santé émotionnelle, les difficultés liées à l'alcool ou les drogues, ainsi qu'une orientation pour les services aux aînés et aux enfants, et un service par téléphone pour les questions juridiques. L'adresse internet de Shepell est : www.workhealthlife.com.

Toutes les assistances sont faites dans la plus grande confidentialité et directement avec Shepell. Pour plus d'information sur le programme, ou pour prendre un rendez-vous ou pour avoir accès au service dans les cas d'urgence après les heures régulières de travail, appelez : 1 800 361-5676 – français ou 1 800 387-4765 – anglais.

Programme de traitement des difficultés liées à l'alcool ou aux drogues

Service d'assistance téléphonique pour les dépendances et le rétablissement – composez le 1-866-769-8522

À titre de participant du régime d'avantages sociaux collectif des sections locales 667 et 669 de l'A.I.E.S.T., sans égards à votre niveau de couverture, vous et vos personnes à charge admissibles avez accès à un programme de traitement, en établissement ou externe, des difficultés liées à l'alcool ou aux drogues par l'entremise de Shepell (le fournisseur de votre programme d'assistance à la famille et au membre) pour vous appuyer.

Après avoir appelé le Service d'assistance téléphonique pour les dépendances et le rétablissement, vous :

- serez mis en contact direct avec un représentant de l'équipe des dépendances, qui procédera D'ABORD à une évaluation complète de la situation avec vous, PUIS prendra des arrangements pour la mise sur pied d'un plan de traitement personnalisé auprès d'un conseiller dûment qualifié;
- obtiendrez un plan de traitement personnalisé recommandé;
- obtiendrez une aide financière du régime d'avantages sociaux collectif des sections locales 667 et 669 de l'A.I.E.S.T. (garantie viagère jusqu'à 20 000 \$ pour un traitement hospitalier ou ambulatoire), quel que soit votre niveau de couverture.

Le programme de Shepell est sûr et confidentiel et est conçu pour vous aider (ou aider vos personnes à charge admissibles) à reprendre rapidement le dessus. L'aide est disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine et 365 jours par année; il suffit de téléphoner.

Lorsque vous communiquez avec Shepell, n'oubliez pas de mentionner que vous ou vos personnes à charge appartenez au régime d'avantages sociaux collectif des sections locales 667 et 669 de l'A.I.E.S.T.

Comprendre la garantie gestion-santé

La garantie gestion-santé, comme la plupart de nos avantages sociaux, est exempte d'impôts à condition qu'elle soit payée par l'employeur avec les contributions de producteurs (sauf au Québec où toutes les prestations sont imposables). Comme pour toutes les prestations, la garantie gestion-santé est réglementée par la *Loi de l'impôt sur le revenu*, cependant il y a d'autres options en ce qui concerne les demandes de règlement qui sont couvertes en vertu de cette garantie mais pas en vertu d'autres garanties.

Votre garantie gestion-santé peut être utilisée pour payer vos dépenses médicales, dentaires et celles de vos personnes à charge qui dépassent le montant payé selon votre niveau de couverture. Exemples de dépenses admissibles :

1. La partie de votre demande qui n'est pas payée par votre niveau de couverture telle que :
 - le % restant des dépenses de soins de santé et de soins dentaires de base que vous payez maintenant;
 - une partie ou la totalité des soins dentaires majeurs et les dépenses d'orthodontie admissibles que vous payez maintenant;
 - frais de lentille correctrice, monture et lentille qui dépassent la limite tous les 24 mois;
 - frais de praticiens autorisés admissibles au delà de 700 \$ chaque année;
 - frais de chambre privée à l'hôpital au delà des dépenses de chambre à deux lits;
 - frais de soins dentaires de base et majeurs au delà du maximum annuel par personne ou dépenses d'orthodontie au delà du maximum viager pour un enfant à charge;
 - dépenses de soins de santé au delà du maximum pour les membres âgés de 70 ans ou plus;
 - frais d'exécution d'ordonnance et de médicament au delà du traitement le moins coûteux.
2. Procédures alternatives ou « apport complémentaire » des procédures telles que les couronnes (les soins dentaires ne remboursent que les plombages), plombage à porcelaine, implants, dépenses d'orthodonties pour les personnes âgées de 19 ans ou plus.
3. Les dépenses pour certaines médecines douces prescrites tels que les médicaments en vente libre et les médecines homéopathiques, si ceux-ci sont **prescrits par un médecin, dentiste ou autres médecins praticiens et délivrés par un pharmacien**; et pour des dispositifs médicaux, matériels et équipements non remboursés par votre niveau de couverture. Des limites peuvent s'appliquer.
4. Chirurgie oculaire au laser fournie si elle est effectuée par un médecin autorisé.

Chaque demande que vous présentez à même votre garantie gestion-santé réduira le solde de cette garantie du même montant. Par exemple, si vous avez utilisé votre limite de 450 \$ pour des semelles orthopédiques et vous avez dépensé 100 \$ de plus, vous pourrez recevoir un remboursement de ces 100 \$ en faisant une demande à la garantie gestion-santé pour ce montant.

N'OUBLIEZ PAS

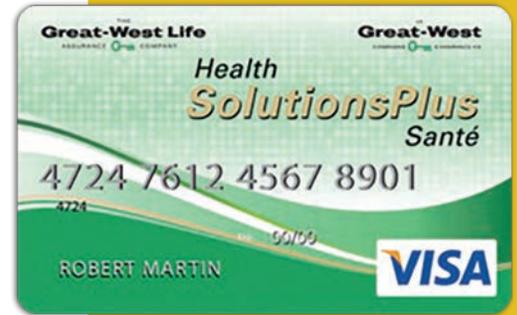
S'il reste des sommes non utilisées dans la garantie gestion-santé au terme de la période prescrite, ou si vous ne demeurez pas membre en règle de la section locale 667 ou 669 de l'AIEST, celles-ci seront transférées dans le fonds de réserve. Veuillez noter les dates limites de la Canada Vie indiquées ci-dessous pour soumettre les demandes de règlement.

Année du régime	Demandes de règlement durant l'année du régime	Date limite pour demandes de règlement à même la garantie gestion-santé	NOTE
1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021	1 ^{er} avril 2020 au 31 mars 2021	30 septembre 2021	Demandes de règlement à même la garantie gestion-santé encourues durant l'année du régime 2020-21 ne seront pas remboursées après le 30 sept. 2021
1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022	1 ^{er} avril 2021 au 31 mars 2022	30 septembre 2022	Demandes de règlement à même la garantie gestion-santé encourues durant l'année du régime 2021-22 ne seront pas remboursées après le 30 sept. 2022

Les frais encourus pour l'année du régime du 1^{er} avril 2020 au 31 mars 2021 **doivent** être présentés à la Canada Vie au plus tard le 30 septembre 2021. Si votre garantie gestion-santé affiche un solde non utilisé, celui-ci sera reporté à la nouvelle année du régime. **Toutefois**, vos demandes de règlement ne seront pas reportées; il est donc impératif de présenter vos demandes de règlement avant la date limite.

5 choses importantes à savoir au sujet de votre carte Visa SolutionsPlus Santé

1. Votre carte Visa prépayée SolutionsPlus Santé porte une date d'expiration, mais votre carte est valide uniquement si vous avez des contributions sur la carte.
2. Chaque année que vous serez admissible à la garantie gestion-santé, votre carte sera automatiquement bonifiée avec le montant correspondant pour le reste de l'année.
3. Comme c'est le cas de la garantie gestion-santé, et conformément à la loi, toutes les contributions doivent être utilisées dans un délai de deux ans.
4. Si votre fournisseur de soins de santé ou de soins dentaires n'accepte pas votre carte VISA, vous avez simplement à soumettre vos demandes en version papier ou encore électroniquement via GroupNet de la Canada Vie.
5. Chacune des dépenses que vous payées avec votre carte VISA prépayée SolutionsPlus Santé réduit le solde de votre garantie gestion-santé du même montant.
6. Bien que la Great-West s'appelle maintenant Canada Vie, ces cartes ne changent pas.



Vous pouvez contacter la Canada Vie aux adresses suivantes :

Anglais

Canada Life Group Claims
Winnipeg Benefits Payments
P.O. Box 3050, Stn. Main
Winnipeg, MB R3C 0E6

Service à la clientèle :
1 855 729-1839

Service à la clientèle :
1 877 883-7072 (pour les
demandes d'information sur le
compte de gestion de santé)

Français

Canada Vie
Service des indemnités de Montréal
P.O. Box 3050, Stn. Main
Place Bonaventure, bureau 5800
800, rue de la Gauchetière Ouest
Montreal, QC H5A 1B9

Service à la clientèle :
1 855 729-1839



Détails de contact pour plus d'information

Des questions concernant...	Où aller...
L'administration du régime	<p>Contactez : Leta Kennedy, Administratrice du régime Tél. : 1 778 329-4455 ou 1 866 366-9667 (au Canada) Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com</p> <p>ou</p> <p>Contactez : Mary Miskic, Coordonnatrice des prestations Tél. : 1 416 368-0072 ou 1 877 368-1667 (à l'est du Canada) Courriel : mary@iatse667.com</p>
Si vous perdez votre carte de médicament ou votre carte d'Assistance médicale globale	
Améliorations volontaires	
États critiques	
Rente hebdomadaire d'invalidité	
Comment soumettre des demandes de règlement	
Accéder aux formulaires de demande, soumettre des demandes électroniques et GroupNet	<p>Vous trouverez les formulaires de demandes et pourrez suivre vos demandes de soins de santé et dentaires en ligne :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Visitez www.lagreatwest.com 2. Cliquez GroupNet pour les participants de régime 3. Cliquez sur Inscrivez-vous maintenant 4. Utilisez le numéro de régime : 164609 et votre numéro d'identification (disponible au bureau du régime) 5. Suivez les instructions d'enregistrement et choisissez votre propre nom d'utilisateur et mot de passe.
Suivre vos demandes de règlement	<p>Vous pouvez soumettre vos demandes en ligne, et choisir de recevoir les avis de paiements par courriel ou encore par message texte.</p> <p>Vous pouvez vous inscrire au paiement des demandes directement à votre compte bancaire.</p>
Couverture et demandes à même la garantie gestion-santé	<p>Vous pouvez communiquer avec l'administratrice du régime ou la coordonnatrice des prestations (voir les coordonnées ci-dessus).</p> <p>Cependant, si vous avez besoin d'information particulière au sujet de vos demandes, contactez la Canada Vie au 1 877 883-7072.</p>
Problème de demandes de soins de santé et dentaires	<p>Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au : 1 855-729-1839.</p> <p>Cependant, si vous avez besoin d'assistance supplémentaire à l'égard de vos demandes, contactez l'administratrice du régime ou la coordonnatrice des prestations (voir ci-dessus).</p>
Soins d'urgence médicale hors de la province/du pays	<p>Pour l'Assistance médicale globale lorsque vous voyagez au Canada ou aux États-Unis, téléphonez sans frais : 1 855 -222-4051</p> <p>Il se peut que vous ayez des difficultés à communiquer au numéro sans frais d'un téléphone cellulaire; si c'est le cas, veuillez composer le 204 946-2577</p> <p>À l'extérieur du Canada ou des États-Unis, téléphonez à frais virés : 204 946-2577</p> <p>Lorsque vous voyagez au Mexique, composez sans frais : 001 800 522-0029</p> <p>Lorsque vous voyagez à Cuba, communiquez avec « Assured Assistance » (pas « Global Medical ») : 204 946-2946</p> <p>Lorsque vous voyagez au Royaume-Uni, veuillez téléphoner au numéro sans frais 0 800 252-074</p>
Réseau « Best Doctors »	Téléphonez 1 877-419-2378, ou visitez le site Internet : www.bestdoctorscanada.com
Programme d'assistance au membre et à leur famille	Téléphonez à Shepell au 1 800 387-4765 (anglais) ou 1 800 361-5676 (français), ou consultez le site Web www.workhealthlife.com , accessible 24/7, 365 jours par année.
Information générale et détails sur le régime	<p>Pour une description du régime facile à lire, visitez le site Internet : www.iatse667-669healthplan.com, vous pouvez trouver aussi des informations à l'égard des niveaux de couverture et des mises à jour aux avantages sociaux.</p> <p>De plus, vous pouvez communiquer avec l'administratrice du régime ou la coordonnatrice des prestations (voir les coordonnées ci-dessus).</p>



Demander l'avis d'un deuxième expert concernant votre diagnostic **pourrait changer votre vie.**

Les experts du Réseau Best Doctors fournissent un deuxième avis à des millions de membres du monde entier. Notre réseau regroupant plus de 50 000 spécialistes renommés vous permet de vivre moins d'incertitude au sujet de votre diagnostic, de votre traitement ou de la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Le Réseau Best Doctors offre différents services qui peuvent vous aider à :

- Vous fier à votre diagnostic et à vos options de traitement
- Obtenir des réponses à vos questions et à vos préoccupations d'ordre médical
- Trouver un spécialiste ou un centre de traitement au Canada ou à l'étranger
- Vous orienter dans le système de santé en disposant de ressources utiles

Services offerts

Avis médicaux d'experts*

Faites examiner votre dossier par un expert de renommée mondiale pour confirmer votre diagnostic et votre traitement ou recommander un changement.

Services médicaux 360°

Accédez à diverses ressources qui traitent de votre problème de santé, notamment des sites Web, des articles et les coordonnées de groupes et d'établissements étant en mesure de répondre à vos besoins médicaux.

LeBonSpécialiste

Obtenez une liste de médecins dans votre région qui sont spécialisés dans votre problème de santé.

SoinsHorsCanada

Consultez une liste de spécialistes de renommée mondiale de l'extérieur du Canada qui peuvent répondre à vos besoins particuliers.

Consultez l'expert

Recevez des réponses personnalisées au sujet d'un problème de santé, d'une option de traitement ou d'un symptôme.

Guichet d'accès en santé mentale

Faites vérifier votre état de santé mentale si vous faites face à une difficulté personnelle ou que vous ne vous sentez plus vous-mêmes. Vous obtiendrez le traitement approprié pour aller de l'avant. Recourez également à ce service si votre problème de santé mentale ne s'améliore pas ou que votre traitement ne donne rien. Nous pourrions vous aider à obtenir un plan de traitement approprié et à vous orienter dans le système complexe des soins en santé mentale.



Pour ouvrir un dossier, c'est tout simple.

Rendez-vous sur bestdoctors.com/canada/lancer/
ou téléphonez au 1 877 419-2378

* Anciennement connu sous le nom InterConsultation

Le Réseau Best Doctors fait maintenant partie de Teladoc Health, le chef de file mondial de solutions virtuelles de soins de santé. Réseau Best Doctors et le logo en forme de croix étoilée sont des marques de commerce ou des marques déposées de Teladoc Health, Inc., aux États-Unis et dans d'autres pays, et sont utilisées sous licence. © 2019. Tous droits réservés. 337726918_SERVICES_FR_07092019



la vie en ACTION
SECTIONS LOCALES | RÉGIME D'AVANTAGES
667/669 DE L'AIEST | SOCIAUX COLLECTIF

Bureau du régime d'avantages sociaux collectif des sections locales 667/669 de l'AIEST
122 – 3823 Henning Drive
Burnaby, BC V5C 6P3
Tél : 778 329-4455 Sans frais (au Canada): 1 866 366-9667
Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com



LE MOT DE LA FIN

Cette description sommaire du régime répond à des questions d'ordre général au sujet de votre régime. Elle ne crée ni ne confère aucun droit de nature contractuelle ou autre. En cas de différend entre cette description sommaire et les contrats d'assurance collective ou tout autre document officiel du régime ou de la fiducie, les dispositions décrites aux documents officiels prévaudront et auront préséance dans tous les cas. Ces documents officiels sont à la disposition de tout membre qui en fait la demande.

1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022

la vie en ACTION
SECTIONS LOCALES | RÉGIME D'AVANTAGES
667/669 DE L'AIEST | SOCIAUX COLLECTIF