



life in MOTION
IATSE 667/669 | GROUP BENEFIT PLAN

1^{er} avril 2022

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX À L'ÉGARD DE VOTRE RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX

Votre régime d'avantages sociaux est offert par la Fiducie de santé et de bien-être de l'A.I.E.S.T. à l'intention des sections locales 667 et 669. Depuis sa mise sur pied en 1990, le régime de santé et de bien-être offre un large éventail d'avantages sociaux aux membres des sections locales 667 et 669.

Être un membre en règle de la section locale 667 ou 669 de l'A.I.E.S.T. selon les statuts et règlements respectifs de chaque section locale et de l'Alliance internationale est l'exigence de base à satisfaire pour être admissible à la protection offerte aux termes du régime et pour continuer à l'être.

Le régime d'avantages sociaux collectif compte huit fiduciaires, dont quatre pour la section locale 667 et quatre pour la section locale 669.

Le régime d'avantages sociaux collectif à l'intention des sections 667 et 669 de l'A.I.E.S.T. est un régime national qui offre aux participants des documents dans les deux langues officielles. Notre régime compte présentement 2 074 participants âgés entre 18 et 86 ans.

Le régime d'avantages sociaux collectif comporte six types de protection : Protection 01, Protection 02, Protection 03, Protection 04, Protection Or à l'égard des participants âgés de 75 ans et plus et une Protection réservée aux participants du Québec, incluant l'assurance-vie, le programme d'assistance à la famille et une assurance-médicaments conforme aux exigences prévues par la loi du Québec. Aux termes de la Protection Or, les contributions restantes du producteur seront versées dans un compte au titre de la garantie gestion-santé et pourront servir à rembourser certains frais médicaux ou dentaires admissibles.

La garantie Rente hebdomadaire est offerte exclusivement par le biais des contributions du producteur; ainsi, si vous êtes couvert aux termes de la Protection 01 et que vous passez à une protection supérieure, vous ne serez pas admissible à la garantie Rente hebdomadaire.

Notez que certains médicaments sur ordonnance nécessitent une autorisation préalable de la part de la Canada Vie. Le programme d'autorisation préalable de la Canada Vie est conçu de manière à permettre de gérer efficacement les demandes de règlement visant des médicaments sur ordonnance spécifiques. Dans le cadre de ce programme, le remboursement de certains médicaments doit être approuvé pour que les participants de régime bénéficient d'une protection qui leur permette de recevoir la médication adéquate. Si vous ou une des personnes à votre charge avez potentiellement besoin d'un médicament onéreux, il est recommandé de soumettre un formulaire d'autorisation préalable à la Canada Vie.

Les participants de régime et leurs personnes à charge peuvent compter sur un administrateur du régime et un coordonnateur des prestations pour répondre aux questions ou préoccupations qu'ils peuvent avoir. Les garanties Assurance-vie, Mort ou mutilation accidentelles, Assistance en cas d'urgence lors de voyages, Soins médicaux, Soins dentaires, Soins oculaires et Rente hebdomadaire sont établies par La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. La protection Maladies graves est établie par la Croix bleue et le Programme d'assistance à la famille est offert par l'entremise de Shepell. Le livret des garanties offertes aux participants du régime d'avantages sociaux collectif des sections 667 et 669 de l'A.I.E.S.T. est divisé en trois parties afin de tenir compte des garanties offertes par les quatre fournisseurs différents. La personne-ressource et les renseignements pour chacune des protections figurent à la page suivante.

**RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX COLLECTIF
DES SECTIONS 667 ET 669 DE L'A.I.E.S.T.**

ADMINISTRATION DU RÉGIME

Leta Kennedy, administratrice du régime
Régime d'avantages sociaux collectif des
sections 667 et 669 de l'A.I.E.S.T.
3823, Henning Drive, bureau 122
Burnaby BC V5C 6P3
Téléphone : 778 329-4455
Sans frais (Canada) : 1 866 366-9667

Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com

Mary Miskic, coordonnatrice
des prestations
Section locale 667 de l'A.I.E.S.T.
229, Avenue Wallace
Toronto ON M6H 1V5
Téléphone : 416 368-0072
Sans frais (Est du Canada):
1 877 368-1667
Courriel : mary@iatse667.com

www.iatse667-669healthplan.com

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE
(Assurance-vie, Mort ou mutilation accidentelles, Soins médicaux
et Soins dentaires, Garantie Rente hebdomadaire)
Police collective n° 164609

Demandes de règlements, Client collectif – Anglais
Service des indemnités de Winnipeg
C. P.3500, Succursale Main
Winnipeg MB R3C 0E6
Téléphone : 1 855 729-1839

Demandes de règlements, Client collectif - Français
Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure
5800 - 800 rue de la Gauchetière O
Montréal QC H5A 1B9
Téléphone : 1 855 729-1839

Assistance médicale globale
(Assistance en cas d'urgence lors de voyages)
Police collective n° 164609

Appelez sans frais à partir des pays suivants :

Canada ou États-Unis

1 855 222-4051

Mexique

0 1 800 522-0029

République dominicaine

1 800 203-9530

Cuba

1 204 946-2946 interurbain automatique*

Tout autre pays

1 204 947-2577 interurbain automatique* ou appel
à frais virés

* Soumettez à la Canada Vie les frais d'interurbain engagés pour obtenir un remboursement.

Si dans le pays où vous êtes, vous avez des problèmes relativement aux appels à frais virés, vous pouvez choisir de payer les frais de téléphone, obtenir un reçu pour le paiement et le soumettre à la Canada Vie pour être remboursé.

Lorsque vous appelez de certains pays, vous devez composer « 00 » (au lieu de « 1 ») devant le numéro sans frais. Nous vous suggérons de prendre note, avant de partir en voyage, du numéro approprié à composer.

Réseau Best Doctors

Police collective n° 164609

Au Canada ou aux États-Unis

1 877 419-2378

Contact – Programme d'aide aux membres
(administré par Shepell)

www.shepell.com

Français

1 800 361-5676

Anglais

1 800 387-4765

Vous pouvez appeler au numéro ci-dessus si vous voulez obtenir de l'information sur un programme de réadaptation pour l'abus d'alcool et de drogues.

Le numéro exclusif de la ligne de soutien envers les dépendances est le suivant : 1 866 769-8522.

Vous pouvez naviguer sur le site en tant qu'invité ou accéder aux services sécurisés (prise de rendez-vous, clavardage et communication par vidéo) en cliquant sur le lien « dites-nous votre organisation » puis en entrant IATSE.

Pour vous enregistrer, vous aurez besoin d'une adresse courriel et vous devrez créer un mot de passe.

Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue Medavie du Canada

(Assurance Maladies graves)

Police collective n° 37011

Les participants de régime doivent soumettre leurs demandes de règlement par l'entremise du bureau administratif du régime d'avantages sociaux collectif des sections 667 et 669 de l'A.I.E.S.T.

Nous sommes heureux de vous servir. Veuillez noter que nous adhérons à des principes d'inclusion de tous les genres dans nos communications et que nous utilisons le genre masculin comme générique dans le seul but de faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Canada Vie^{MC} est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Canada Vie travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Canada Vie en ligne

Visitez notre site Web au www.canadavie.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- la soumission de demandes de règlement en ligne.

Ma Canada Vie au travail

À titre de participant de régime de la Canada Vie, vous pouvez vous inscrire à Ma Canada Vie au travail^{MC} au www.macanadavieautravail.com. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main lors de l'inscription.

Avec Ma Canada Vie au travail, vous pouvez :

- soumettre vos demandes de règlement rapidement;
- consulter votre protection et les soldes;
- trouver des praticiens de la santé près de vous, comme des chiropraticiens et des massothérapeutes;
- enregistrer vos cartes de garanties dans votre application ou programme de service de paiement;
- recevoir un avis lorsque vos réclamations sont traitées.

Numéro sans frais de la Canada Vie

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 855 729-1839.

Plaintes de clients

Nous nous engageons à étudier votre dossier rapidement, équitablement et professionnellement. Voici de plus amples renseignements sur la façon de formuler une plainte.

- Sans frais :
 - téléphone : 1 866 292-7825
 - télécopieur : 1 855 317-9241
- Courriel : ombudsman@canadavie.com
- Par écrit :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'ombudsman, Bureau T262
255 avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1

Pour plus de renseignements sur les moyens de nous acheminer votre plainte, consultez l'adresse www.canadavie.com/plaintes.

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions de la police collective n° 164609. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi (dans la mesure où la loi le permet).

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime a été établi par



Le présent livret a été préparé le : 5 avril 2022

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Canada Vie à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Canada Vie d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Canada Vie d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Canada Vie. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Canada Vie à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Délai pour le paiement des prestations au Québec

Lorsque la loi du Québec s'applique, les prestations sont payées conformément aux termes du présent régime, dans le délai établi comme suit :

- Pour les prestations de décès, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.
- Pour les prestations versées aux termes d'une assurance invalidité ne prévoyant aucune période d'attente, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.
- Pour les prestations versées aux termes d'une assurance invalidité prévoyant une période d'attente, 30 jours suivant la fin de la période d'attente, à condition que la preuve de sinistre ait été reçue.
- Pour toutes les autres garanties, 60 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.

Rôle de l'employeur

Le rôle de l'employeur consiste à fournir de l'information aux salariés et non pas à leur donner des conseils.

Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Canada Vie peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la gestion et l'analyse de données internes par la Canada Vie et ses sociétés affiliées
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Canada Vie ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse www.canadavie.com.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties – Membres Protection 01, Protection Or et Assurance–médicaments des participants du Québec seulement	1
Sommaire des garanties – Membres Protection 02	2
Sommaire des garanties – Protection 03	6
Sommaire des garanties – Protection 04	11
Entrée en vigueur, expiration et remise en vigueur de la protection	18
Personnes à charge couvertes	19
Désignation de bénéficiaire	19
Assurance-vie	20
Assurance mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)	21
Garantie d'Assurance pour Maladies Graves	25
Garantie rente hebdomaire	28
Garantie soins médicaux supplémentaires	31
Contact - Programme d'aide aux participants	43
Garantie soins dentaires	44
SolutionsPlus Santé (SPS) – Garantie gestion-santé	50
Coordination des prestations	54
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Experts médicaux de Teladoc)	55
Programme de réhabilitation (cure de désintoxication)	56

Sommaire des garanties – Protection 01, protection Or et assurance-médicaments des participants du Québec seulement

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance-vie

Protection Or	20 000 \$
Protection 01	50 000 \$
	Ce montant diminue à 20 000 \$ à 70 ans.
Assurance-médicaments des participants du Québec seulement	100 000 \$
	Ce montant diminue à 20 000 \$ à 70 ans.

Médicaments sur ordonnance achetés au Canada (participants avec l'assurance-médicaments du Québec seulement)

Résidents du Québec seulement, remboursement des frais à 75 %

Frais de soins paramédicaux

Psychologues/travailleurs sociaux/ psychothérapeutes/conseillers cliniciens autorisés (résidents de la Colombie-Britannique seulement)/ psychanalystes (résidents du Québec seulement)/conseillers thérapeutes agréés (résidents du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse seulement)	2 000 \$ par année de protection pour tous les types de soins combinés, remboursement à 70 %
---	--

Garantie gestion-santé (Membres avec Protection Or seulement) – (garantie gestion-santé) – SolutionsPlus Santé

Voir la description de la garantie

Protections établies par d'autres assureurs (non établies par la Canada Vie)

Programme d'assistance à la famille

Services de counseling pour vous et les membres de votre famille par l'entremise du programme Contact, programme administré par Shepell

Programme de réhabilitation (cure de désintoxication)

20 000 \$ pour toute la durée de la protection; voir la description de la protection pour obtenir des précisions

Sommaire des garanties – Membres Protection 02

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance-vie	100 000 \$, montant réduit à 20 000 \$ à l'âge de 70 ans
Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (capital assuré)	25 000 \$, montant réduit de 50% à la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 65 ^e anniversaire et prenant fin lorsque vous aurez atteint l'âge de 70 ans.
Garantie Rente hebdomadaire	
Période d'attente	14 jours
Période d'indemnisation maximale	26 semaines
Montant	700 \$ par semaine
Coordination des prestations	Les prestations seront versées en cas d'invalidité professionnelle uniquement si les indemnités d'accident du travail sont refusées.
Expiration	À la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 75 ^e anniversaire.

Pour être admissible aux prestations de la garantie Rente hebdomadaire, vous devez avoir été en activité de service, ou avoir été disponible pour travailler ou à la recherche active d'un emploi auprès d'un employeur cotisant. Vous devez également :

- avoir travaillé pour un employeur cotisant pendant au moins 5 jours au cours de la période de 30 jours précédant immédiatement la date de l'invalidité; ou
- avoir travaillé pour un employeur cotisant pendant au moins 10 jours au cours de la période de 60 jours précédant immédiatement la date de l'invalidité; ou
- être devenu invalide dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous deviez travailler pour un employeur cotisant pendant 5 jours au cours des 30 prochains jours ou pendant 10 jours au cours des 60 prochains jours (une preuve écrite de l'engagement professionnel doit être fournie par le producteur ou le directeur de production), ou
- présenté un calendrier de travail incluant des employeurs cotisants avec des mois civils précis ou des employeurs cotisants particuliers pour les 24 mois précédant immédiatement la date de l'invalidité; ce calendrier doit montrer que vous auriez travaillé pour un employeur cotisant si vous n'aviez pas été invalide, auquel cas votre période d'attente aurait commencé à la date à laquelle vous étiez censé travailler.

REMARQUE : Un participant ne peut pas augmenter volontairement les prestations de la garantie Rente hebdomadaire. Cette garantie est fondée exclusivement sur les contributions du producteur. Veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime au bureau de la Fiducie pour obtenir des précisions à ce sujet.

Garantie Soins médicaux

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais raisonnables et courants.

Franchises

Frais de médicaments sur ordonnance achetés au Canada	Montant équivalent à la partie des frais d'exécution d'ordonnance du médicament
Tous les autres frais	Aucune

Règlement proportionnel

Frais de soins d'urgence engagés hors du pays	100 %
Frais d'Assistance médicale globale	100 %
Tous les autres frais couverts	70 %

Maximum - Frais ordinaires

Soins hospitaliers	chambre à deux lits jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers à domicile	5 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers de l'Ordre de Victoria	450 \$ par année de protection
Services de sage-femme	40 \$ de l'heure jusqu'à concurrence de 6 heures
Voyages au Canada à des fins médicales	compris
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Produits anti-tabagiques	500 \$ pour toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Médicaments contre l'infertilité	5 000 \$ pour toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Cannabis à des fins médicales	2 500 \$ par année de protection
Appareils auditifs	2 000 \$ par oreille par période de 5 années de protection
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesures	300 \$ par année de protection
Orthèses du pied sur mesure	750 \$ par année de protection
Attelles (y compris les chaussures fixées à une attelle)	compris
Fournitures orthopédiques	compris
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	2 000 \$ pour toute la durée de la protection
Appareils de contrôle de la glycémie	compris
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	3 000 \$ par année de protection
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pour toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	1 500 \$ pour toute la durée de la protection
Bas de contention sur mesure	4 paires par année de protection
Fournitures pour incontinence	compris

Perruques ou postiches dans le cas d'une perte permanente des cheveux par suite d'une blessure ou d'une maladie, ou d'une perte de cheveux temporaire à la suite d'un traitement médical d'une maladie	1 000 \$ par période de 36 mois
Dispositifs intra-utérins	2 par année de protection
Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, oxygène, pansements médicamenteux et vêtements faits sur mesure pour le traitement de brûlures	compris
Cristallins artificiels	3 000 \$ pour toute la durée de la protection
Prothèses y compris :	
bras myoélectrique	compris
prothèse mammaire externe	1 par période de 12 mois
soutien-gorge chirurgical	2 par année de protection
	Toutes les prothèses sont couvertes jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ pour toute la durée de la protection.

Maximum - Soins paramédicaux

Acupuncteur	700 \$ par année de protection
Audiologiste	700 \$ par année de protection
Chiropraticien	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Praticien de la Science chrétienne	700 \$ par année de protection
Diététiste	700 \$ par année de protection
Massothérapeute autorisé	700 \$ par année de protection
Naturopathe	700 \$ par année de protection
Ostéopathe	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Physiothérapeute/ thérapeute du sport	700 \$ par année de protection pour les deux types de soins combinés
Ergothérapeute	700 \$ par année de protection
Podiatre	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Podologue	700 \$ par année de protection
Psychologues/travailleurs sociaux/ psychothérapeutes/conseillers cliniciens autorisés (résidents de la Colombie-Britannique seulement)/ psychanalystes (résidents du Québec seulement)/conseillers thérapeutes agréés (résidents du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse seulement)	2 000 \$ par année de protection pour tous les types de soins combinés
Orthophoniste/thérapeute du langage	700 \$ par année de protection

Maximum - Soins oculaires

Examens de la vue	75 \$ par période de 24 mois
Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie oculaire au laser	100 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
- conjoint et enfants à charge	300 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
- membres	
Assistance médicale globale (AMG)	compris
Réseau Best Doctors	compris
Maximum - Soins d'urgence engagés hors du pays	1 000 000 \$ pour toute la durée de la protection
Maximum - Soins médicaux	
- moins de 70 ans	pas de maximum
- 70 ans et plus	5 000 \$ par année de protection

L'année de protection va du 1^{er} avril au 31 mars.

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais raisonnables et courants.

Barème servant au règlement Le barème des honoraires pour soins dentaires en vigueur à la date des soins dans la province où les soins sont donnés.

Franchise Aucune

Règlement proportionnel

Soins ordinaires	50 %
Blessure accidentelle aux dents	70 %

Maximum

Blessure accidentelle aux dents	5 000 \$ par accident
Soins ordinaires	1 000 \$ par année de protection

L'année de protection va du 1^{er} avril au 31 mars.

Protections établies par d'autres assureurs (non établies par la Canada Vie)

Garantie d'assurance pour maladies graves (seulement offert aux membres) 50 000 \$ pour les membres admissibles de moins de 65 ans (établie par Croix Bleue Medavie)

Programme d'assistance à la famille

Services de counseling pour vous et les membres de votre famille par l'entremise du programme Contact, programme administré par Morneau Shepell

Programme de réhabilitation (cure de désintoxication)

20 000 \$ pour toute la durée de la protection; voir la description de la protection pour obtenir des précisions

Sommaire des garanties – Membres Protection 03

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance-vie 250 000 \$, montant réduit à 20 000 \$ à l'âge de 70 ans

**Assurance Mort ou mutilation
accidentelles et sinistres particuliers
(capital assuré)**

75 000 \$, montant réduit de 50% à la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 65^e anniversaire et prenant fin lorsque vous aurez atteint l'âge de 70 ans.

Prestations de la garantie Rente hebdomadaire

Période d'attente	14 jours
Période d'indemnisation maximale	26 semaines
Montant	700 \$ par semaine
Coordination des prestations	Les prestations seront versées en cas d'invalidité professionnelle uniquement si les indemnités d'accident du travail sont refusées.
Expiration	À la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 75 ^e anniversaire.

Pour être admissible aux prestations de la garantie Rente hebdomadaire, vous devez avoir été en activité de service, ou avoir été disponible pour travailler ou à la recherche active d'un emploi auprès d'un employeur cotisant. Vous devez également :

- avoir travaillé pour un employeur cotisant pendant au moins 5 jours au cours de la période de 30 jours précédant immédiatement la date de l'invalidité; ou
- avoir travaillé pour un employeur cotisant pendant au moins 10 jours au cours de la période de 60 jours précédant immédiatement la date de l'invalidité; ou
- être devenu invalide dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous deviez travailler pour un employeur cotisant pendant 5 jours au cours des 30 prochains jours ou pendant 10 jours au cours des 60 prochains jours (une preuve écrite de l'engagement professionnel doit être fournie par le producteur ou le directeur de production), ou
- présenté un calendrier de travail incluant des employeurs cotisants avec des mois civils précis ou des employeurs cotisants particuliers pour les 24 mois précédant immédiatement la date de l'invalidité; ce calendrier doit montrer que vous auriez travaillé pour un employeur cotisant si vous n'aviez pas été invalide, auquel cas votre période d'attente aurait commencé à la date à laquelle vous étiez censé travailler.

REMARQUE : Un participant ne peut pas augmenter volontairement les prestations de la garantie Rente hebdomadaire. Cette garantie est fondée exclusivement sur les contributions du producteur. Veuillez communiquer avec le gestionnaire du régime au bureau de la Fiducie pour obtenir des précisions à ce sujet.

Garantie Soins médicaux

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais raisonnables et courants.

Franchises

Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	Montant équivalent à la partie des frais d'exécution d'ordonnance du médicament
Tous les autres frais	Aucune

Règlement proportionnel

Frais de soins d'urgence engagés hors du pays	100 %
Frais d'Assistance médicale globale	100 %
Tous les autres frais couverts	80 %

Maximum - Soins ordinaires

Soins hospitaliers	chambre à deux lits jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers à domicile	5 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers de l'Ordre de Victoria	450 \$ par année de protection
Services de sage-femme	40 \$ de l'heure jusqu'à concurrence de 6 heures
Voyages au Canada à des fins médicales	compris
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Produits anti-tabagiques	500 \$ pour toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Médicaments contre l'infertilité	5 000 \$ pour toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Cannabis à des fins médicales	2 500 \$ par année de protection
Appareils auditifs	2 000 \$ par oreille par période de 5 années de protection
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure	300 \$ par année de protection
Orthèses du pied sur mesure	750 \$ par année de protection
Attelles (y compris les chaussures fixées à une attelle)	compris
Fournitures orthopédiques	compris
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	2 000 \$ pour toute la durée de la protection
Appareils de contrôle de la glycémie	compris
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	3 000 \$ par année de protection
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pour toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	1 500 \$ pour toute la durée de la protection
Bas de contention sur mesure	4 paires par année de protection
Fournitures pour incontinence	compris

Perruques ou postiches dans le cas d'une perte permanente des cheveux par suite d'une blessure ou d'une maladie, ou d'une perte de cheveux temporaire à la suite d'un traitement médical d'une maladie	1 000 \$ par période de 36 mois
Dispositifs intra-utérins	2 par année de protection
Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, oxygène, pansements médicamenteux et vêtements faits sur mesure pour le traitement de brûlures	compris
Cristallins artificiels	3 000 \$ pour toute la durée de la protection
Prothèses, y compris :	
bras myoélectrique	compris
prothèse mammaire externe	1 par période de 12 mois
soutien-gorge chirurgical	2 par année de protection
	Toutes les prothèses sont couvertes jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ pour toute la durée de la protection.

Maximum - Soins paramédicaux

Acupuncteur	700 \$ par année de protection
Audiologiste	700 \$ par année de protection
Chiropraticien	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Praticien de la Science chrétienne	700 \$ par année de protection
Dietétiste	700 \$ par année de protection
Massothérapeute autorisé	700 \$ par année de protection
Naturopathe	700 \$ par année de protection
Ostéopathe	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Physiothérapeute/ thérapeute du sport	700 \$ par année de protection pour les deux types de soins combinés
Ergothérapeute	700 \$ par année de protection
Podiatre	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Podologue	700 \$ par année de protection
Psychologues/travailleurs sociaux/ psychothérapeutes/conseillers cliniciens autorisés (résidents de la Colombie-Britannique seulement)/ psychanalystes (résidents du Québec seulement)/conseillers thérapeutes agréés (résidents du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse seulement)	2 000 \$ par année de protection pour tous les types de soins combinés
Orthophoniste/thérapeute du langage	700 \$ par année de protection

Maximum - Soins oculaires

Examens de la vue	75 \$ par période de 24 mois
Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie oculaire au laser	
- conjoint et enfants à charge	150 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
- membres	500 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés

Assistance médicale globale (AMG) compris

Réseau Best Doctors compris

Maximum - Soins d'urgence engagés hors du pays 1 000 000 \$ pour toute la durée de la protection

Maximum - Soins médicaux

- moins de 70 ans	pas de maximum
- 70 ans et plus	5 000 \$ par année de protection

L'année de protection va du 1^{er} avril au 31 mars.

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais raisonnables et courants.

Barème servant au règlement Le barème des honoraires pour soins dentaires en vigueur à la date des soins dans la province où les soins sont donnés.

Franchise Aucune

Règlement proportionnel

Soins ordinaires	80 %
Blessure accidentelle aux dents	80 %

Maximum

Blessure accidentelle aux dents	5 000 \$ par accident
Soins ordinaires	1 500 \$ par année de protection

L'année de protection va du 1^{er} avril au 31 mars.

Protections établies par d'autres assureurs (non établies par la Canada Vie)

Garantie d'assurance pour
maladies graves
(seulement offert aux membres)

50 000 \$ pour les membres admissibles de moins de 65 ans
(établie par Croix Bleue Medavie)

Programme d'assistance à la famille

Services de counseling pour vous et les membres de votre
famille par l'entremise du programme Contact, programme
administré par Morneau Shepell

Programme de réhabilitation (cure de désintoxication)

20 000 \$ pour toute la durée de la protection; voir la
description de la protection pour obtenir des précisions

Sommaire des garanties – Membres Protection 04

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance vie	300 000 \$, montant réduit à 20 000 \$ à l'âge de 70 ans
Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (capital assuré)	100 000 \$, montant réduit de 50% à la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 65 ^e anniversaire et prenant fin lorsque vous aurez atteint l'âge de 70 ans.
Prestations de la garantie Rente hebdomadaire	
Période d'attente	14 jours
Période d'indemnisation maximale	26 semaines
Montant	700 \$ par semaine
Coordination des prestations	Les prestations seront versées en cas d'invalidité professionnelle uniquement si les indemnités d'accident du travail sont refusées.
Expiration	À la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 75 ^e anniversaire.

Pour être admissible aux prestations de la garantie Rente hebdomadaire, vous devez avoir été en activité de service, ou avoir été disponible pour travailler ou à la recherche active d'un emploi auprès d'un employeur cotisant. Vous devez également :

- avoir travaillé pour un employeur cotisant pendant au moins 5 jours au cours de la période de 30 jours précédant immédiatement la date de l'invalidité; ou
- avoir travaillé pour un employeur cotisant pendant au moins 10 jours au cours de la période de 60 jours précédant immédiatement la date de l'invalidité; ou
- être devenu invalide dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous deviez travailler pour un employeur cotisant pendant 5 jours au cours des 30 prochains jours ou pendant 10 jours au cours des 60 prochains jours (une preuve écrite de l'engagement professionnel doit être fournie par le producteur ou le directeur de production), ou
- présenté un calendrier de travail incluant des employeurs cotisants avec des mois civils précis ou des employeurs cotisants particuliers pour les 24 mois précédant immédiatement la date de l'invalidité; le calendrier doit montrer que vous auriez travaillé pour un employeur cotisant si vous n'aviez pas été invalide, auquel cas votre période d'attente aurait commencé à la date à laquelle vous étiez censé travailler.
- **REMARQUE** : Un participant ne peut pas augmenter volontairement les prestations de la garantie Rente hebdomadaire. Cette garantie est fondée exclusivement sur les contributions du producteur. Veuillez communiquer avec votre gestionnaire de régime au bureau de la Fiducie pour obtenir des précisions à ce sujet.

Garantie Soins médicaux

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais raisonnables et courants.

Franchises

Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	Montant équivalent à la partie des frais d'exécution d'ordonnance du médicament
Tous les autres frais couverts	Aucune

Règlement proportionnel

Frais de soins d'urgence engagés hors du pays	100 %
Frais d'Assistance médicale globale	100 %
Tous les autres frais couverts	90 %

Maximums - Soins ordinaires

Soins hospitaliers	chambre à deux lits jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers à domicile	5 000 \$ par année de protection
Soins infirmiers de l'Ordre de Victoria	450 \$ par année de protection
Services de sage-femme	40 \$ de l'heure jusqu'à concurrence de 6 heures
Voyages au Canada à des fins médicales	compris
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Produits anti-tabagiques	500 \$ pour toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Cannabis à des fins médicales	2 500 \$ par année de protection
Médicaments contre l'infertilité	5 000 \$ pour toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Appareils auditifs	2 000 \$ par oreille par période de 5 années de protection
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure	300 \$ par année de protection
Orthèses du pied sur mesure	750 \$ par année de protection
Attelles (y compris les chaussures fixées à une attelle)	compris
Fournitures orthopédiques	compris
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	2 000 \$ pour toute la durée de la protection
Appareils de contrôle de la glycémie	compris
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	3 000 \$ par année de protection
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pour toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	1 500 \$ pour toute la durée de la protection
Bas de contention sur mesure	4 paires par année de protection
Fournitures pour incontinence	compris

Perruques ou postiches dans le cas d'une perte permanente des cheveux par suite d'une blessure ou d'une maladie, ou d'une perte de cheveux temporaire à la suite du traitement médical d'une maladie	1 000 \$ par période de 36 mois
Dispositifs intra-utérins	2 par année de protection
Fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, oxygène, pansements médicamenteux et vêtements faits sur mesure pour le traitement de brûlures	compris
Cristallins artificiels	3 000 \$ pour toute la durée de la protection
Prothèses y compris :	
bras myoélectrique	compris
prothèse mammaire externe	1 par période de 12 mois
soutien-gorge chirurgical	2 par année de protection
	Toutes les prothèses sont couvertes jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ pour toute la durée de la protection.

Maximum - Soins paramédicaux

Acupuncteur	700 \$ par année de protection
Audiologiste	700 \$ par année de protection
Chiropraticien	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Praticien de la Science chrétienne	700 \$ par année de protection
Diététiste	700 \$ par année de protection
Massothérapeute autorisé	700 \$ par année de protection
Naturopathe	700 \$ par année de protection
Ostéopathe	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Physiothérapeute/thérapeute du sport	700 \$ par année de protection pour les deux types de soins combinés
Ergothérapeute	700 \$ par année de protection
Podiatre	700 \$ par année de protection
	25 \$ pour les radiographies par année de protection
Podologue	700 \$ par année de protection
Psychologues/travailleurs sociaux/ psychothérapeutes/conseillers cliniciens autorisés (résidents de la Colombie-Britannique seulement)/ psychanalystes (résidents du Québec seulement)/conseillers thérapeutes agréés (résidents du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse seulement)	2 000 \$ par année de protection pour tous les types de soins combinés
Orthophoniste/thérapeute du langage	700 \$ par année de protection

Maximum - Soins oculaires

Examens de la vue	75 \$ par période de 24 mois
Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie oculaire au laser	
- conjoint et enfants à charge	250 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
- participants	750 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés

Assistance médicale globale (AMG) compris

Réseau Best Doctors compris

Maximum - Soins d'urgence engagés hors du pays 1 000 000 \$ pour toute la durée de la protection

Maximum - Soins médicaux

- moins de 70 ans	pas de maximum
- 70 ans et plus	5 000 \$ par année de protection

L'année de protection va du 1^{er} avril au 31 mars.

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais raisonnables et courants.

Barème servant au règlement Le barème des honoraires pour soins dentaires en vigueur à la date des soins dans la province où les soins sont donnés.

Franchise Aucune

Règlement proportionnel

Soins ordinaires	90 %
Soins extraordinaires	60 %
Soins orthodontiques	50 % (personnes à charge admissibles de moins de 19 ans)
Blessure accidentelle aux dents	90 %

Maximum

Soins ordinaires	1 500 \$ par année de protection
Soins extraordinaires	2 500 \$ par année de protection
Soins orthodontiques	3 500 \$ pour toute la durée de la protection (personnes à charge admissibles de moins de 19 ans)
Blessure accidentelle aux dents	5 000 \$ par accident

L'année de protection va du 1^{er} avril au 31 mars.

Protections établies par d'autres assureurs (non établies par la Canada Vie)

Garantie d'assurance pour
maladies graves
(seulement offert aux participants)

50 000 \$ pour les participants admissibles de moins de 65 ans
(établie par Croix Bleue Medavie)

Programme d'assistance à la famille

Services de counseling pour vous et les membres de votre
famille par l'entremise du programme Contact, programme
administré par Morneau Shepell

Programme de réhabilitation (cure de désintoxication)

20 000 \$ pour toute la durée de la protection; voir la
description de la protection pour obtenir des précisions

Renseignements sur votre régime d'avantages sociaux

Vous ne pouvez pas choisir une protection inférieure à celle basée sur vos contributions indiquées à la fin de l'année civile avant le début de l'année de protection, sauf si vous optez pour une protection inférieure qui offre une garantie gestion-santé.

Détermination annuelle de la protection

Pour l'année de protection commençant le 1^{er} avril, vous serez couvert par le type de protection basée sur le solde de vos contributions au 31 décembre de l'année précédente.

Vous serez admissible à la protection la plus élevée que le solde de votre compte individuel peut payer. Le solde de votre compte doit pouvoir couvrir les coûts et les frais de services administratifs de la protection pour au moins 12 mois en vigueur au début de l'année de protection (1^{er} avril).

Vous ne pouvez pas choisir un type de protection inférieur à celui basé sur le solde de votre compte à la fin de l'année de protection précédente.

Protection 01

Si vous êtes un membre en règle de la section locale 667 ou 669 de l'A.I.E.S.T., vous êtes admissible à la protection minimale ou à la Protection 01, comme l'ont décidé les fiduciaires.

Si vous êtes un membre en règle, les primes pour la Protection 01 peuvent être prélevées sur les provisions du régime d'avantages sociaux collectif.

Tous les nouveaux membres, sans égard au solde dans leur compte avant de devenir membre de la section locale 667 ou 669, seront automatiquement admissibles aux termes de la Protection 01 le premier jour du mois suivant la date à laquelle ils présentent leur demande d'adhésion au régime. Par ailleurs, ils auront l'option de souscrire la Protection 02 pour le montant total calculé au prorata 90 jours après avoir adhéré au régime. Chaque nouveau membre recevra un formulaire d'adhésion au régime qu'il doit remplir et retourner au syndicat ou au bureau administratif du régime d'avantages sociaux collectif.

Si le nouveau membre a des cotisations dans son compte lorsqu'il se joint à la section locale 667 ou 669, elles seront utilisées pour payer les garanties aux termes de la Protection 01. Tout montant restant sera affecté au solde du compte le 1^{er} avril de l'année de protection suivante. Les cotisations excédentaires versées dans le compte avant que la personne ne devienne membre ne peuvent pas être utilisées pour majorer la protection avant la prochaine année de protection (elles ne peuvent servir que pour payer la Protection 01). Les primes au titre de la Protection 01 pour l'année de protection en cours seront donc prélevées sur le compte des membres; si les fonds ne sont pas suffisants, elles seront payées à partir des réserves du Fonds en fiducie.

Vous continuerez d'être couvert aux termes de la Protection 01 jusqu'à ce que le solde de votre compte à la fin de l'année de protection précédente soit suffisant pour couvrir le coût d'une protection supérieure (ou jusqu'à la fin de la participation au régime).

Assurance-médicaments des participants du Québec, Protection Or, 02, 03 ou 04

Si vous êtes un membre en règle de la section locale 667 ou 669 de l'A.I.E.S.T., vous êtes admissible à l'assurance-médicaments des participants du Québec ou à la Protection 02, 03 ou 04 pour une année de protection si le solde des contributions au 31 décembre de l'année précédente correspond à au moins 12 mois de déductions pour le type de protection choisie. Le solde du compte comprend les contributions du producteur, le cas échéant, reçues dans l'année avant de devenir participant au régime.

Par la suite, le solde du compte sera réduit chaque mois du montant de la déduction tant que vous satisferez aux exigences mentionnées dans le présent livret.

Chaque déduction équivaut aux coûts et aux frais de services administratifs de la protection Assurance-médicaments des participants du Québec ou à la Protection 02, 03 ou 04 pour un mois.

Si vous êtes admissible à la Protection 04 et que le solde de votre compte excède 36 mois de déductions, l'excédent sera transféré à la garantie gestion-santé. Le montant maximum pouvant être transféré pour une année est limité au montant des déductions pour 12 mois pour la Protection 04. Le solde de votre compte sera immédiatement déduit du montant transféré. Les montants inutilisés ne peuvent pas être transférés de nouveau. Le remboursement des frais effectué au moyen de la garantie gestion-santé est géré par la Canada Vie et ceux-ci sont payables à partir des fonds alloués à la garantie gestion-santé.

Si vous choisissez volontairement un niveau de protection supérieur et que par la suite, vous optez pour un niveau de protection inférieur, vous perdez votre droit de choisir volontairement un niveau de protection supérieur au cours des 36 mois qui suivent.

Participants domiciliés à l'extérieur du Canada

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissible à la protection Assurance-médicaments des participants du Québec ou à la Protection 01, 02, 03 ou 04 mais êtes domicilié à l'extérieur du Canada, votre protection est modifiée de la façon suivante (garanties admissibles) :

- Assurance-vie
- Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)
- Garantie Soins dentaires pour soins donnés à l'extérieur du Canada
- Programme d'assistance à la famille

Vous et vos personnes à charge n'êtes pas admissibles aux garanties :

- Rente hebdomadaire
- Soins médicaux
- L'assurance contre les maladies graves
- Réseau Best Doctors

ENTRÉE EN VIGUEUR, EXPIRATION ET REMISE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION

Si vous êtes un membre en règle, vous êtes admissible à une protection d'une durée de 12 mois allant du 1^{er} avril au 31 mars de l'année suivante. Le choix du type de protection se fait au début de l'année de protection et est basé sur le total de vos contributions à la fin de l'année civile avant le début de l'année de protection.

Votre protection prend fin lorsque vous cessez d'être un membre en règle ou à l'expiration de la police, selon la première éventualité.

- La protection à l'égard de vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Votre protection peut faire l'objet d'une prolongation si elle prend fin du fait que vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.

Prestations de survie

Si vous décédez alors que la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires, Contact et Soins dentaires, à l'égard de vos personnes à charge est encore en vigueur, la protection se poursuit jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- 24 mois après la date de votre décès,
- l'expiration de la police collective,
- le remariage de votre conjoint (les enfants continueront d'être assurés jusqu'à 2 ans),
- la date à laquelle l'enfant à charge n'est plus admissible à titre de personne à charge, ou
- la date à laquelle la protection à l'égard de vos personnes à charge prend fin pour toute autre raison.

Si vous décédez alors que la protection aux termes de la garantie gestion-santé à l'égard de vos personnes à charge est encore en vigueur, la protection se poursuit jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- la date à laquelle ils ne sont plus admissibles à titre de personne à charge, ou
- la date à laquelle tous les crédits restants à la date de votre décès ont été utilisés ou annulés.

Remise en vigueur de la protection

Si vous redevenez un membre en règle de la section locale 667 ou 669 de l'A.I.E.S.T., votre protection entre en vigueur comme il est indiqué précédemment à la rubrique « Protection 01 ».

Toutefois, si vous redevenez un membre en règle dans les 12 mois suivant la date de résiliation originale de votre affiliation, le solde de vos contributions précédent, y compris le montant versé dans votre compte au titre de la garantie gestion-santé, sera rétabli. La protection pour le reste de l'année de protection sera basée sur la valeur du solde du compte rétabli.

À l'égard de la garantie gestion-santé, les dates relatives aux restrictions concernant la période maximale de 24 mois ne peuvent pas être prolongées une fois qu'elles ont été fixées. C'est une exigence de la Loi de l'impôt sur le revenu.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

Par « personne à charge » on entend les personnes ci-dessous.

- Votre conjoint (époux, conjoint de fait ou ancien conjoint).

« Conjoint de fait » s'entend de la personne dont la relation avec vous est de nature conjugale et qui habite avec vous depuis au moins 12 mois, ou, si vous résidez au Québec, depuis la naissance ou l'adoption d'un enfant dans le cadre de la relation, selon la première éventualité.

- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein. Afin d'être admissible à la protection, une justification d'étudiant à temps plein doit être remise au début de chaque année scolaire.

À noter : Si vous résidez au Québec, les étudiants à temps plein sont couverts aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance jusqu'à l'âge de 26 ans.

Les enfants de moins de 21 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 25 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

- Vous devez désigner votre conjoint et vos enfants par écrit avant qu'ils puissent devenir vos personnes à charge aux termes du présent régime.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Toute désignation de bénéficiaire que vous avez effectuée aux termes de l'ancienne police de votre employeur antérieurement à la date d'effet de la présente police s'applique à la présente police jusqu'à ce que vous changiez cette désignation. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre gestionnaire de régime.

ASSURANCE-VIE

À votre décès, la Canada Vie versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre gestionnaire de régime se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Si, pour quelque raison que ce soit, une partie ou la totalité de votre assurance-vie prend fin, le montant à l'expiration (jusqu'à concurrence de 200 000 \$) peut être transformé en une assurance-vie individuelle de la Canada Vie :
 - aucune preuve d'assurabilité n'est requise
 - le montant ne peut pas être supérieur au montant de la protection aux termes de laquelle vous étiez couvert par le présent régime à la date d'expiration (moins les réductions liées à l'âge).

Une demande par écrit et la prime initiale exigible pour la police d'assurance individuelle doivent être reçues à la Canada Vie au plus tard 31 jours après la date de cessation de votre protection d'assurance-vie collective.

Communiquez avec le gestionnaire de votre régime ou la Canada Vie pour obtenir tous les détails à ce sujet. Vous pouvez obtenir les demandes de transformation auprès du bureau administratif du régime d'avantages sociaux collectif.

ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS (MMA)

Si vous subissez l'un des sinistres énumérés ci-dessous à la suite d'un accident survenu en cours de garantie, on vous versera le multiple ou la fraction du capital assuré figurant en regard de la perte en question au tableau ci-dessous. La prestation n'est payable que si la perte survient dans les 365 jours suivant l'accident et si, dans le cas de perte de l'usage, celle-ci dure de façon continue pendant au moins 365 jours. Si vous subissez plus d'une perte touchant le même membre au cours d'un même accident, une prestation ne sera versée qu'à l'égard de la perte correspondant au montant à recevoir le plus élevé.

Si vous décédez à la suite d'un accident, la Canada Vie versera le capital assuré à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

Le capital assuré est le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident. En cas de paraplégie, d'hémiplégie ou de quadriplégie, le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident correspond à deux fois le capital assuré.

En cas de perte :

de la vie
des deux mains ou des deux pieds
de la vision des deux yeux
d'une main et d'un pied
d'une main et de la vision d'un oeil
d'un pied et de la vision d'un oeil
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles
d'un bras ou d'une jambe
d'une main ou d'un pied ou de la vision d'un oeil
de la parole
de l'ouïe des deux oreilles
du pouce et de l'index ou d'au moins 4 doigts de la main
de tous les orteils d'un pied

Montant à recevoir :

capital assuré
3/4 du capital assuré
1/2 du capital assuré
1/2 du capital assuré
1/2 du capital assuré
1/4 du capital assuré
1/8 du capital assuré

En cas de perte de l'usage :

des deux bras et des deux jambes (quadriplégie)
des deux jambes (paraplégie)
d'un bras et d'une jambe du même côté du corps (hémiplégie)
d'un bras et d'une jambe des côtés opposés du corps
des deux bras ou des deux mains
d'une main et d'une jambe
d'une jambe ou d'un bras
d'une main

2 X le capital assuré
2 X le capital assuré
2 X le capital assuré
capital assuré
capital assuré
capital assuré
3/4 du capital assuré
1/2 du capital assuré

Réimplantation

S'il y a réimplantation d'un membre, la Canada Vie verse 50 % de la prestation qui aurait été payable si la perte avait été permanente, peu importe le degré d'usage recouvré. L'autre moitié de la prestation est versée si la réimplantation ne réussit pas et que la partie du corps réimplantée est enlevée dans l'année qui suit la réimplantation.

Transport du corps

Si vous mourez par suite d'un accident qui survient à au moins 150 kilomètres de votre domicile, la Canada Vie rembourse jusqu'à concurrence de 2 500 \$ pour la préparation du corps et son transport jusqu'à l'endroit de l'inhumation ou de la crémation, moins les sommes versées aux termes de la garantie Assistance médicale globale du présent régime.

Allocation pour études à l'égard des enfants à charge

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Canada Vie rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire. L'enfant à charge n'est admissible à cette allocation pour études que s'il était inscrit :

- à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès; ou
- à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès, et s'il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours de cet accident.

La Canada Vie verse le moins élevé d'entre 5 % du capital assuré, ou 5 000 \$ pour chaque année d'études dans un établissement d'enseignement. La Canada Vie verse l'allocation pour études chaque année pendant au plus quatre années consécutives sur réception de la preuve de l'inscription à plein temps de l'enfant en question.

Restrictions

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant l'accident ayant causé votre décès, des frais de logement ou des autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des dépenses d'habillement.

Frais de transport engagés par la famille

Si vous êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre lieu de résidence par suite d'une blessure à l'égard de laquelle des prestations sont prévues en vertu de la présente garantie, la Canada Vie paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Assistance médicale globale du régime jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour les frais de transport d'un membre de la famille afin qu'il puisse vous rejoindre, ainsi que les frais d'hébergement de cette personne.

Le remboursement pour frais d'hébergement se limite aux frais exigibles dans un hôtel jugé de confort moyen dans la région où la personne couverte est hospitalisée. Les appels téléphoniques ainsi que les courses en taxi et les coûts de location de voiture sont également couverts.

Le remboursement pour frais de transport se limite au coût d'un billet aller-retour, tarif classe économique. Si un véhicule privé est utilisé, le remboursement se limite à 0,44 \$ par kilomètre parcouru.

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Formation professionnelle du conjoint

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Canada Vie rembourse les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle reconnu. Le programme de formation doit avoir pour but de donner au conjoint les compétences minimales nécessaires pour exercer une profession qu'il n'aurait pu exercer autrement.

La Canada Vie verse le moins élevé d'entre 10 % du capital assuré ou 10 000 \$.

Restrictions

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais engagés plus de trois ans après l'accident qui a causé votre décès, des frais de logement, des autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des dépenses d'habillement.

Allocation pour études

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations relativement à une blessure qui oblige le participant de régime à changer de profession, la Canada Vie rembourse les frais de scolarité engagés pour fréquenter, comme étudiant, un établissement d'enseignement postsecondaire en vue d'y recevoir une formation dans une nouvelle profession. Pour être admissible à l'allocation pour études, le participant de régime doit s'inscrire dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. La Canada Vie paiera jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Restrictions

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant la date de l'accident, des frais engagés plus de deux ans après la date de l'accident ayant causé la blessure et des frais de logement ou autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des dépenses d'habillement.

Allocation pour fauteuil roulant

Si, aux termes de la présente garantie, des prestations sont payables pour une blessure et que par suite d'une telle blessure, vous devez vous servir d'un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Canada Vie rembourse les frais engagés pour les modifications apportées à votre résidence principale afin que vous puissiez y accéder et vous déplacer en fauteuil roulant; et les modifications apportées à votre véhicule automobile afin que vous puissiez y monter et en descendre ou le conduire.

L'allocation pour les modifications apportées à la maison est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications sont spécialisées dans ce genre de travaux et a été recommandée par un organisme reconnu garantissant des services d'aide et de soutien aux personnes en fauteuil roulant.

L'allocation pour les modifications apportées au véhicule est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications sont spécialisées dans ce genre de travaux; et si les modifications ont été approuvées par les autorités provinciales délivrant les permis des véhicules automobiles.

La Canada Vie paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires du régime jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour les modifications apportées à la résidence et au véhicule.

Restrictions

Aucune allocation n'est versée relativement aux frais engagés plus de 365 jours après l'accident ou aux réparations subséquentes apportées à votre résidence ou à votre véhicule après qu'une première demande d'allocation ait été faite aux termes de la présente garantie.

Restrictions générales

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou de blessures résultant des faits suivants.

- Blessure intentionnelle ou suicide, quel que soit votre état d'esprit, et que vous soyez en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de vos actes.
- Infection virale ou bactérienne, sauf s'il s'agit d'une infection pyogénique consécutive à une blessure accidentelle faisant l'objet d'une demande de règlement.
- Toute forme d'affection ou d'infirmité physique ou mentale.
- Traitement médical ou chirurgical, sauf dans le cas de la réimplantation d'une partie du corps.
- Guerre, insurrection, ou participation volontaire à une émeute.
- Service dans les forces armées d'un pays quel qu'il soit.
- Accident subi en exerçant des fonctions en qualité de membre de l'équipage d'un aéronef, en voyageant à bord d'un appareil appartenant à l'employeur ou affrété par celui-ci ou encore en voyageant à bord d'un aéronef mal immatriculé ou dont le pilote n'est pas titulaire du brevet valable pour l'appareil utilisé.

Comment faire une demande de règlement

- Si vous avez subi un sinistre, demandez la formule d'indemnisation appropriée au gestionnaire du régime et renvoyez-la-lui dûment remplie.
- Si vous mourez par suite d'un accident, le gestionnaire du régime se chargera d'expliquer les formalités de règlement à votre bénéficiaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date du sinistre.

LA GARANTIE D'ASSURANCE POUR MALADIES GRAVES
(Assurée par la Compagnie d'Assurance vie Croix Bleue Medavie du Canada)

Maladies graves admissibles

Une prestation sera versée si, en raison d'une maladie (ou d'un accident dans le cas de brûlures graves) un adhérent est atteint d'une des maladies graves suivantes. Ces maladies doivent être sérieuses et rencontrer les degrés de gravité spécifiés au contrat:

Maladie d'Alzheimer	Insuffisance majeure d'un organe nécessitant une greffe
Cécité	Maladie des motoneurones
Brûlures	Sclérose en plaques
Coma	Cancer constituant un danger de mort
Paralysie	Maladie de Parkinson
Surdité	Insuffisance majeure d'un organe
Démence sénile	Accident vasculaire cérébral grave
Perte de la parole	Crise cardiaque grave

Par exemple, seulement le degré le plus grave de crise cardiaque est couvert (classification fonctionnelle classe IV selon la Société canadienne de cardiologie) i.e. inhabileté à faire quelque activité physique sans inconfort.

La prestation

La prestation payable pour une maladie grave représente un montant forfaitaire non taxable de 50 000 \$.

Les restrictions applicables au versement des prestations incluent :

- la protection doit être en vigueur avant la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou de sa retraite, selon le premier des événements.
- un délai de carence de 30 jours. L'adhérent doit survivre la maladie grave pendant 30 jours et satisfaire la définition de maladie grave.
- un paiement de 50 000 \$ peut être versé pour chaque type de maladies graves.
- jusqu'à concurrence de deux paiements ou 100 000 \$ peuvent être versés durant la vie de l'adhérent. Les deux événements de maladie grave doivent être indépendants l'un de l'autre.

Restriction : conditions préexistantes

Si l'adhérent était invalide lorsque cette garantie a été introduite le 1er avril 1997, la protection d'assurance pour maladies graves ne débiterait pas avant que l'invalidité ait pris fin et que l'adhérent soit en mesure de retourner au travail.

Toute condition médicale pour laquelle l'adhérent a, au cours des 24 mois précédents immédiatement la date d'entrée en vigueur de la présente garantie à son égard, a consulté un médecin, a reçu un traitement médical, ou des soins et services médicaux (incluant des mesures diagnostiques) et/ou pour laquelle il a reçu une prescription pour des médicaments, n'est pas admissible sauf si la maladie grave débute après 24 mois consécutifs à la suite de cette protection.

Délai de carence

L'assurance pour maladies graves est une prestation payable du vivant, ce qui signifie que l'adhérent doit survivre à sa maladie grave pendant une période de 30 jours avant que la prestation ne devienne payable. À la fin de cette période de 30 jours, l'adhérent doit toujours satisfaire à la définition de maladie grave et fournir des preuves médicales satisfaisantes dans les 365 jours qui suivent.

Limitations générales

Toutes les conditions, à l'exclusion des brûlures, doivent résulter d'une maladie. Les conditions résultant d'un accident (sauf dans le cas de brûlure) sont exclues.

MALADIES ASSURÉES

Maladie d'Alzheimer: Diagnostic sans équivoque d'une maladie dégénérative évolutive du cerveau posé par un spécialiste en neurologie ou un gériatologue et jugé acceptable par l'assureur, identifiant une perte importante des fonctions cognitives et sociales comme démontré par :

- une perte de la capacité intellectuelle et des fonctions cognitives;
- une perte de la mémoire et de jugement; et
- la nécessité d'une supervision continue d'un adulte pour des raisons de santé et de sécurité, qu'il y ait médication ou non.

Cécité: Diagnostic sans équivoque posé par un ophtalmologiste agréé et jugé acceptable par l'assureur, de la perte permanente de la vue des deux yeux.

La perte de la vue doit être telle que :

- l'acuité visuelle ne peut être corrigée au-delà de 20/200 dans les deux yeux; ou
- le champ de vision est inférieur à 20 degrés dans les deux yeux.

Brûlures: Brûlures au troisième degré résultant d'un seul incident et couvrant au moins 20 % de la surface corporelle.

Coma: État caractérisé par une perte de conscience sans réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes, pendant une période continue de 30 jours.

Surdité: Diagnostic sans équivoque posé par un oto-rhino-laryngologiste agréé et jugé acceptable par l'assureur, de la perte permanente de l'ouïe des deux oreilles. La perte de l'ouïe des deux oreilles doit être telle que les sons de 90 décibels ou moins ne peuvent être distingués.

Cancer constituant un danger de mort: Preuve incontestable de la présence d'une tumeur maligne, tel qu'indiqué dans un rapport de pathologie, caractérisée par la croissance non contrôlée et la prolifération de cellules malignes et l'envahissement de métastases éloignées dans les tissus, qui ne sont pas mentionnés dans la liste des exclusions, ou l'une des tumeurs malignes (avec la présence de métastases ou non) indiquées ci-après :

- cavité buccale
- pharynx (incluant le larynx)
- oesophage
- estomac
- mélanome de niveau IV
- foie
- pancréas
- vésicule biliaire et conduits
- poumons et voies respiratoires

Les formes de cancer ou maladies suivantes ne sont pas couvertes :

- Tumeurs bénignes ou polypes;
- Lésions précancéreuses;
- Stade T1 du cancer de la prostate;
- Cancer in situ (cancer qui ne s'est pas propagé à l'extérieur des tissus dans lesquels il s'est développé);
- Mélanome inférieur ou équivalent à 1,0 mm d'épaisseur, qui n'est pas ulcéreux et qui ne comporte pas d'envahissement de niveau IV ou V;
- Cellule basale et carcinome à cellules squameuses de la peau.

Perte de la parole: Perte totale et irréversible de la parole par suite d'une maladie telle que diagnostiquée par un spécialiste médicalement approprié et jugé acceptable par l'assureur.

Insuffisance majeure d'un organe : Insuffisance incurable, avancée ou qui progresse rapidement, parvenue au stade terminal, d'un rein, du foie, d'un poumon ou du cœur lorsque l'assuré n'est pas un candidat potentiel à la greffe d'organe, tel que déterminé par un spécialiste médicalement acceptable et approuvé par l'assureur.

Insuffisance majeure d'un organe nécessitant une greffe : Insuffisance irréversible des reins, du foie, des poumons ou du coeur nécessitant la greffe de cet organe. Pour être admissible, l'assuré doit faire partie d'un programme approuvé par l'assureur.

Maladie des motoneurones: Diagnostic sans équivoque d'une maladie de motoneurones posé par un neurologue agréé et jugé acceptable par l'assureur, et causant l'incapacité d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide, tel que déterminé par un ergothérapeute jugé acceptable par l'assureur.

Sclérose en plaques: Diagnostic sans équivoque posé par un neurologue agréé et jugé acceptable par l'assureur, de la survenance d'au moins deux épisodes de déficit neurologique bien défini avec des anomalies neurologiques persistantes à un degré entraînant une incapacité d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide, tel que déterminé par un ergothérapeute jugé acceptable par l'assureur.

Paralysie: Perte totale et permanente de l'utilisation de deux membres ou plus à la suite d'un déficit neurologique et d'une déficience objective mesurable qui ne peuvent être corrigés par la chirurgie ou par d'autres moyens, tel que diagnostiqué par un spécialiste médicalement approprié jugé acceptable par l'assureur.

Maladie de Parkinson: Diagnostic sans équivoque de maladie de Parkinson primaire idiopathique posé par un neurologue agréé et jugé acceptable par l'assureur, résultant en :

- Une déficience neurologique à un point tel qu'une surveillance continue d'un adulte est requise pour des raisons de santé et de sécurité, qu'il y ait médication ou non; ou
- Une incapacité d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide, tel que déterminé par un ergothérapeute jugé acceptable par l'assureur.

Démence sénile: Diagnostic clinique défini, posé par un neurologue ou un gériatologue agréé et jugé acceptable par l'assureur, d'une maladie dégénérative évolutive du cerveau résultant en une réduction significative des fonctions cognitives et sociales comme démontrées par :

- Une perte de la capacité intellectuelle et des fonctions cognitives;
- Une perte de la mémoire et de jugement; et
- la nécessité d'une supervision continue d'un adulte pour des raisons de santé et de sécurité, qu'il y ait médication ou non.

Crise cardiaque grave : Crise cardiaque, d'après des symptômes ainsi que des examens de diagnostic, résultant en un degré d'incapacité permanente minimal de classe IV selon la SCC et présentant les symptômes suivants :

- Une fraction d'éjection réduite (<40 %) sur échocardiogramme ou étude nucléaire comportant une importante ou de multiples anomalies du mouvement des parois de même qu'une fonction réduite démontrée par une épreuve à l'effort, tel que susmentionné; ou
- Une dysfonction ventriculaire gauche grave et/ou un anévrisme ventriculaire gauche, une fraction d'éjection réduite (<40 %) et une détérioration de trois vaisseaux (rétrécissement >70 %) ou de l'artère principale gauche, tel que l'indique le rapport d'angiogramme coronaire.

Accident vasculaire cérébral grave: Accident vasculaire cérébral (AVC) entraînant des séquelles neurologiques sans équivoque d'une durée de plus de 30 jours causées par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou à une embolie d'une source extra-crânienne, à un point tel qu'une surveillance continue d'un adulte est requise pour des raisons de santé et de sécurité, qu'il y ait médication ou non, ou que cela résulte en une incapacité d'accomplir au moins deux des cinq activités de la vie quotidienne sans aide, tel que déterminé par un ergothérapeute jugé acceptable par l'assureur.

GARANTIE RENTE HEBDOMADAIRE

Le régime vous garantit un revenu en cas de perte de salaire attribuable à une invalidité pour cause de maladie ou de blessure. La rente est versée dès l'expiration de la période d'attente, et ce jusqu'à la fin de votre invalidité ou jusqu'à l'expiration de la période d'indemnisation, selon la première éventualité.

Si vous êtes en affectation à l'extérieur du Canada, la rente est versée dès l'expiration de la période d'attente ou jusqu'à votre retour au Canada, selon la première éventualité.

Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant de la rente, la période d'attente et la période d'indemnisation.

- La rente hebdomadaire est servie dès l'expiration de la période d'attente lorsque, par suite d'une blessure ou d'une maladie, vous êtes dans l'impossibilité d'accomplir votre travail habituel. Vous **n'êtes pas** considéré comme invalide si vous pouvez vous acquitter de toute combinaison de tâches qui vous demandait ordinairement au moins 60 % de votre temps de travail.
- Si vous n'avez pas vu le médecin au plus tard à la date d'expiration de la période d'attente, le versement de la rente ne débute qu'après la date de votre première consultation chez le médecin.
- Les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein.
- Comme votre employeur supporte une partie ou la totalité du coût de la garantie rente hebdomadaire, la rente est imposable.
- La protection à l'égard de la rente hebdomadaire expire à la fin de l'année de protection (31 mars) coïncidant avec ou suivant votre 75^e anniversaire.

Revenus d'autres sources

Votre rente hebdomadaire est diminuée des revenus d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre invalidité. Les revenus d'autres sources comprennent notamment les revenus indiqués ci-dessous.

- Dans la mesure prévue par la loi, indemnités pour perte de revenu versées aux termes d'une assurance automobile provinciale ou territoriale si cette dernière ne prend pas en compte les prestations payables aux termes de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada dans le calcul des indemnités.

Votre rente hebdomadaire n'est pas diminuée de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus est supérieure à la rémunération hebdomadaire que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération hebdomadaire.

Prestations de réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle est axée sur l'exercice d'un emploi à temps partiel auprès de votre employeur dans le but de vous permettre d'occuper à temps plein soit le même emploi, soit toute autre activité lucrative pour le compte de votre employeur. Tout plan jugé approprié compte tenu de la durée prévue de l'invalidité et susceptible de vous permettre de reprendre le travail dans les meilleurs délais sera approuvé.

Programme de coordination des soins médicaux

Le programme de coordination des soins médicaux repose sur l'intervention précoce afin d'assurer que votre état soit promptement diagnostiqué et que vous receviez les soins appropriés au bon moment. L'objectif est de favoriser votre retour au travail dans les meilleurs délais et d'éviter que votre invalidité ne se prolonge ou ne devienne permanente.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous.

- Période :
 - précédant la date à laquelle vous avez été soigné pour la première fois par un docteur en médecine légalement autorisé; ou
 - pendant laquelle vous refusez de vous soumettre à un traitement raisonnable et courant ou ne vous conformez pas aux prescriptions d'un tel programme.

On entend par « traitement raisonnable et courant » une série régulière de soins :

- donnés ou prescrits par un docteur en médecine légalement autorisé ou autre fournisseur de soins de santé, ou encore fournis dans un établissement de soins de santé;
- habituellement indiqués, quant à la nature et à la fréquence, dans le cas de l'affection dont souffre le salarié; et
- pour lesquels la présence, la participation et les progrès peuvent être vérifiés dans des dossiers médicaux.

Nonobstant ce qui précède, compte tenu de la nature ou de la gravité de l'affection dont souffre le salarié, pour que le traitement soit considéré comme raisonnable et courant, la Canada Vie peut exiger :

- que vous soyez suivi par un docteur en médecine légalement autorisé au lieu d'être suivi par un autre fournisseur de soins de santé, ou en plus de ce dernier, ou dans un autre établissement de soins de santé; et
- que le traitement soit prescrit par un docteur en médecine légalement autorisé reconnu comme étant un spécialiste autorisé possédant les compétences nécessaires au traitement de l'affection invalidante et être donné par ce dernier ou sous sa supervision;

Si votre invalidité est imputable à une toxicomanie, le traitement doit être chapeauté par un docteur en médecine légalement autorisé et l'objectif premier du traitement doit être l'abstinence, à moins d'approbation contraire par la Canada Vie.

- Toute journée pour laquelle vous exercez une activité rémunérée ou lucrative.
- Maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables aux termes de la Loi sur l'assurance automobile du Québec.
- Invalidité couverte aux termes de toute loi sur les accidents du travail.
- Maladie ou blessure accidentelle subie avant d'être admissible à la protection ou avant la date d'entrée en vigueur du régime.
- Durée prévue d'une mise à pied ou d'un congé autorisé.

La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle vous souffrez d'invalidité attribuable à la grossesse.

Période d'emploi, sauf dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un plan de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période normale de convalescence pour un traitement reçu uniquement à des fins esthétiques. Cette restriction ne s'applique pas lorsque le traitement est entrepris en raison d'une maladie ou d'une blessure.
- Période d'incarcération dans une prison ou dans tout autre établissement similaire.
- Invalidité attribuable à la guerre, ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

Si vous devenez invalide, communiquez avec le gestionnaire de votre régime. Celui-ci vous fournira des renseignements concernant les demandes de règlement au titre de la garantie Rente hebdomadaire et tous les documents requis. Une preuve écrite et satisfaisante de l'invalidité doit être soumise dans les six mois suivant la date de l'invalidité.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Votre garantie Soins médicaux supplémentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour où vous n'y êtes plus admissible aux termes du régime.

Vous n'êtes couvert qu'à l'égard des soins, services et fournitures prévus par l'option que vous avez choisie au titre de la garantie Soins médicaux supplémentaires et qui sont indiqués au **Sommaire des garanties**.

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins requis.
- Séjour dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers ou soins infirmiers à domicile, à condition que les soins reçus soient des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou les traitements de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.

On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

- Frais de séjour dans un hôpital qui dépassent le coût en salle commune et frais de séjour une maison de soins infirmiers, lorsque l'établissement est situé au Canada.

Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, le régime couvre la différence entre les frais en chambre à deux lits et les frais en salle commune. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Le régime couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et de fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province du malade et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence.

Dans le cas d'un séjour en maison de soins infirmiers, le remboursement est limité à la partie des frais autorisée par l'État.

Restriction

Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

- Le régime couvre les soins infirmiers donnés à domicile, au Canada, par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé.

Par « soins infirmiers », on entend des soins qui nécessitent les compétences et la formation d'un infirmier professionnel et qui sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas membre de la famille du malade.

Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Les services d'une sage-femme sont également couverts. Il n'est pas nécessaire qu'ils soient fournis par un infirmier professionnel.
- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes lorsqu'elles sont médicalement nécessaires.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.
 - Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
 - Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé lui soit présentée, la Canada Vie peut limiter les frais couverts au coût du médicament de remplacement le moins cher.

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation, mais seulement s'ils sont approuvés par Santé Canada.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance-médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à la franchise et à votre part du règlement proportionnel prévus aux termes du régime provincial.

- Le cannabis à des fins médicales lorsqu'il est acheté auprès d'un producteur autorisé en exécution des directives indiquées sur un document médical fourni par un praticien de la santé autorisé et conformément aux modalités de la Loi sur le cannabis et des règlements pris en vertu de cette loi (qui peuvent être modifiés ou remplacés de temps à autre). Par « document médical », on entend le document médical défini dans les règlements pris en vertu de la Loi sur le cannabis (qui peuvent être modifiés ou remplacés de temps à autre).

Les graines ou le matériel pouvant servir à la culture de plants ne sont pas couverts.

Restrictions

Les restrictions qui s'appliquent à la protection pour les médicaments et les fournitures connexes s'applique dans la même mesure à la protection pour le cannabis. Cependant, le cannabis n'a pas de code d'identification numérique, au sens défini dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).

Indépendamment de toute autre disposition, il est convenu que le cannabis représente un traitement raisonnable pour soulager des maladies ou des blessures précises, ou pour faciliter certaines phases de ces maladies ou blessures, conformément aux modalités établies et comme le détermine la Canada Vie, à sa discrétion, de temps à autre.

- Location ou, au choix de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin, y compris les appareils dentaires pour traiter l'apnée du sommeil.
- Fournitures orthopédiques, y compris les orthèses, les colliers cervicaux, les plâtres, les stimulateurs électrospinaux externes pour le traitement de la scoliose, les stimulateurs de consolidation de fractures et les appareils de verticalisation.
- Orthèses du pied faites sur mesure, lorsqu'elles sont prescrites par un chiropraticien, un podiatre ou un médecin.
- Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont fixées à une attelle et qu'elles en font partie, sous réserve qu'elles soient prescrites par un chiropraticien, un podiatre ou un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils flash de surveillance du glucose, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Cristallins artificiels par suite d'une chirurgie de la cataracte, y compris les lentilles asphériques, monofocales et multifocales.

- Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par le régime provincial du patient. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un audiologiste autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnosics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un praticien de la Science chrétienne autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un diététicien (diététiste) autorisé pour traiter les troubles de la nutrition.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnosics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé ou un thérapeute en sport autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ergothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnosics) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podologue autorisé pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un conseiller clinicien autorisé (résidents de la Colombie-Britannique seulement), un conseiller thérapeute agréé (résidents du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse seulement), un psychothérapeute agréé, un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié. Les programmes d'intervention comportementale intensive (ICI) et l'analyse appliquée du comportement (AAC) pour les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme sont couverts lorsqu'ils sont supervisés par un psychologue.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychanalyste autorisé (résidents du Québec seulement).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.

Soins oculaires

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.
- Chirurgie oculaire au laser nécessaire pour corriger la vision, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

Voyages au Canada à des fins médicales

Le régime prévoit le remboursement des frais suivants lorsque votre médecin vous adresse à un autre médecin, que ce dernier pratique sa profession dans votre province de résidence ou ailleurs au Canada, et que le voyage aller-retour représente 1 000 kilomètres ou plus.

- Le régime couvre les frais de déplacement du malade et de la personne qui l'accompagne sur recommandation du médecin traitant. Le remboursement se limite aux frais de transport aller-retour en classe économique ou aux frais d'essence si le déplacement se fait en automobile.

Restrictions

Les courses en taxi, les coûts de location de voiture et les frais de réparation d'une automobile ne sont pas couverts.

- Les frais d'hébergement pour le malade et la personne qui l'accompagne. Le remboursement se limite aux frais d'hébergement dans un hôtel de confort moyen dans la région où les soins sont donnés.

Restrictions

Les appels téléphoniques et les repas ne sont pas couverts.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Canada Vie. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Canada Vie.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, et les frais de transport aller-retour en classe économique.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.

- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé parce que vous ou votre personne à charge êtes hospitalisés, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

Restriction

Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins d'urgence hors du pays

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par « urgence médicale » on entend toute urgence résultant de blessures fortuites soudaines ou d'une phase aiguë d'une maladie.

- Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical de base.
 - Soins donnés par un médecin.
 - Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
 - Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous êtes couvert.
 - Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
 - Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
 - Médicaments.
 - Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
 - Transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Restriction

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays.

Autres soins ou fournitures

La Canada Vie peut, selon les modalités qu'elle détermine, couvrir des soins, des services ou des fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Frais non couverts

La Canada Vie peut refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par la Canada Vie.

La Canada Vie peut limiter les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.
- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité (exception faite des médicaments)
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs, des dispositifs intra-utérins et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par la Canada Vie comme étant des soins, services et fournitures couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays et à la partie intitulée Assistance médicale globale.

- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si la Canada Vie aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins prolongés.
- Soins et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.
- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que la Canada Vie a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, la Canada Vie peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
 - lignes directrices de la pratique clinique;
 - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
 - renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
 - évaluations de l'efficacité des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Médicaments ou fournitures qui figurent sur la liste des exclusions de la Canada Vie. La Canada Vie se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une fourniture, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. La Canada Vie peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu que la Canada Vie peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- la Canada Vie a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
- la Canada Vie a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins. À noter : Ces frais sont couverts sous le régime de soins médicaux et non pas sous le régime d'assurance-médicaments.
- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.

- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments délivrés par un dentiste, une clinique, ou une officine hospitalière non agréée.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.
- Médicaments ou fournitures de médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en vigueur à la date d'achat ou qui sont reçus à l'extérieur de la province, s'ils sont prescrits à l'intention d'un enfant à charge qui est un étudiant de plus de 24 ans et que vous résidez au Québec.

À noter : Si vous êtes âgé de 65 ans ou plus et résidez au Québec, vous cessez d'être couvert aux termes de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime et êtes couvert aux termes de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à moins que vous choisissiez de conserver la protection du présent régime tel qu'il est indiqué ci-dessous.

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait et signalé à votre gestionnaire de régime avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans; ou
- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, la date à laquelle vous devenez résident du Québec, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.

Lorsque vous avez choisi d'être couvert aux termes du présent régime, vous est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Par « protection de base pour les médicaments sur ordonnance », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée au titre de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, fournitures ou services sont couverts, la Canada Vie conserve une liste limitée de soins, fournitures et services qui nécessitent une autorisation préalable.

Pour obtenir la liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, allez au www.canadavie.com.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des fournitures ou des services constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de fournitures ou de services moins chers représente un traitement raisonnable, la Canada Vie pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les fournitures ou les services prescrits, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les fournitures ou les services moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les fournitures ou les services prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie pourrait tenir compte de facteurs tels que les soins, le service ou la fourniture, l'état de santé et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, du service ou de la fourniture dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Canada Vie ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformés au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Canada Vie.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels la Canada Vie a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci, et

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients pourrait vous offrir, à vous ou à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, la Canada Vie peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel la Canada Vie exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, la Canada Vie peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous ou vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant des **frais engagés à l'étranger (y compris celles relatives à l'Assistance médicale globale)** doivent être présentées à la Canada Vie le plus tôt possible après que les frais ont été engagés. Il est très important que vous fassiez parvenir vos demandes de règlement immédiatement à notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger vu que la régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire a fixé des délais très stricts à cet égard.

Accédez à Ma Canada Vie au travail pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M5432 (f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) de l'administrateur de votre régime. Vous devez également obtenir la formule de cession des prestations de l'État alors que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir la demande de règlement spéciale de l'État. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie vous enverra, à votre attention, la formule de l'État appropriée au moment voulu.

Vous devez remplir les formules appropriées en prenant soin de donner tous les renseignements demandés. Annexe tous les reçus originaux à ces formules et envoyez le tout au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers. Aux termes du régime, vous serez remboursé de tous les frais admissibles, y compris de la partie couverte par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie. La régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire remboursera ensuite directement au régime la partie des frais couverte par celle-ci.

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger au 1 855 729-1839.

- **Toutes les demandes de règlement pour soins médicaux peuvent être présentées en ligne.** Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à Ma Canada Vie au travail de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- **Nous acceptons aussi les demandes de règlement papier pour tous les types de frais médicaux.** Accédez à Ma Canada Vie au travail pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M635D (f) de l'administrateur de votre régime. Remplissez-la en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- En ce qui concerne les **médicaments sur ordonnance**, le gestionnaire de votre régime vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles de vos personnes à charge. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des vérifications, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

**CONTACT – PROGRAMME D’AIDE AUX PARTICIPANTS
(administré par Morneau Shepell)**

Le programme d’aide aux participants Contact vous procure, à vous et à vos personnes à charge, des services de consultation et d’information confidentiels.

Les services offerts par le programme d’aide aux participants Contact sont disponibles en composant le numéro sans frais indiqué ci-dessous. Les conseillers sont à votre service 24 heures par jour, 7 jours par semaine et sont en mesure de vous donner un soutien et des conseils immédiats, de gérer les crises ou les situations d’urgence et de fixer des rendez-vous.

Service en français ou en anglais : 1 866 289-6749
Ligne ATS : 1 877 338-0275

Pour plus d’informations sur les services offerts aux termes du programme d’aide aux participants Contact, consultez la brochure du programme d’aide aux participants fournie par votre administrateur de régime ou visitez le site du programme d’aide aux participants: login.travailsantévie.com.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais de soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais raisonnables et courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires indiqué au **Sommaire des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable et courant. Un traitement est considéré comme raisonnable et courant s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste.

Les frais remboursables pour certains soins ou services peuvent être limités aux frais d'un soin ou d'un service moins coûteux.

Vous êtes seulement couvert aux termes de la garantie Soins dentaires prévue par le niveau de protection que vous avez choisi et qui est indiqué au **Sommaire des garanties**

- Votre protection de soins dentaires expire la journée où vous n'êtes plus admissible à la protection de soins dentaires du présent régime.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le à la Canada Vie. Cette dernière calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet tous les 24 mois.
 - Deux examens buccaux partiels tous les 12 mois. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Deux examens parodontaux partiels tous les 12 mois.
 - Une série complète de radiographies tous les 24 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 24 mois et une radiographie panoramique tous les 24 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.

- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, deux fois tous les 12 mois.
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de 12 unités de temps par année de protection lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.
 - Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
 - Finition d'obturations.
 - Meulage interproximal des dents.
 - Retouches aux contours des dents.
- Soins de restauration ordinaires, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
 - Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.
- Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage de la racine, jusqu'à concurrence d'un maximum de 12 unités de temps par année de protection lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Désensibilisation.

- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Soins extraordinaires

- Couronnes

Membres Protection 04 :

Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût de couronnes ordinaires.

Tous les autres membres :

En ce qui concerne les couronnes sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût de couronnes en métal. Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût de couronnes ordinaires.

- Incrustations de surface. En ce qui concerne les incrustations de surface réalisées au moyen de matériaux esthétiques sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des incrustations de surface en métal.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que celles-ci ne peuvent être réparées.

- **Membres Protection 04 :**

Les ponts et les prothèses amovibles, y compris les prothèses hybrides et les appareils maintenus en place par des implants, lorsqu'ils deviennent nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents extraites. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existant n'est couvert que dans les cas suivants :

- la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement et sont couverts;
- la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera couvert si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents.

Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- **Tous les autres membres :**

Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou encore prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts lorsque la mise en place de prothèses amovibles ordinaires (complètes ou partielles) ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existant n'est couvert que dans les cas suivants :

- la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement et sont couverts;
- la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera couvert si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents.

Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
- Entretien d'appareils après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois tous les 36 mois;
 - ajustement de prothèses, une fois tous les 12 mois;
 - réparation de prothèses amovibles et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse amovible;
 - réparation d'un pont couvert;
 - enlèvement et recimentation d'un pont.

À noter : En plus des soins indiqués ci-dessus, l'enlèvement et la réinsertion d'appareils maintenus en place par des implants aux fins de réparation sont également couverts pour les membres ayant la Protection 04.

Soins orthodontiques

- Soins orthodontiques à l'égard des enfants à charge âgés de 6 à 18 ans au début du traitement.

Les frais de soins orthodontiques sont réputés être engagés périodiquement pendant toute la durée du traitement. Les dépenses autres sont considérées engagées au moment où vous ou une personne à votre charge recevez le traitement.

Protection en cas de blessure accidentelle aux dents

- Traitement d'une blessure accidentelle aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 90 jours suivant l'accident si l'état du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant fait l'objet d'aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable au titre des frais ci-dessous.

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire; isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.
- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement au titre des couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.
- Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles partielles ordinaires moulées et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les 60 mois de la mise en place du premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires dans le cas de la mise en place de prothèses équilibrées ou gnathologiques, de prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », d'attachements de précision ou de semi-précision, de prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock », de prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles ou encore de prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.

Ne s'applique pas aux membres ayant la Protection 04.

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
- Traitement de blessures accidentelles aux dents effectué plus de 12 mois après l'accident, réparation ou remplacement de prothèses amovibles, soins orthodontiques.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable et courant.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Certains cabinets de dentistes soumettent votre réclamation directement à la Canada Vie par voie électronique.
- Les demandes de règlement visant les **frais engagés au Canada** peuvent être présentées en ligne. Accédez à Ma Canada Vie au travail pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur, et faites-la remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à Ma Canada Vie au travail de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Si votre dentiste vous remet une formule de demande de règlement générique que vous désirez envoyer à la Canada Vie, assurez-vous d'y inscrire tous les renseignements requis (ex. : numéro de police, renseignements personnels, etc.)

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 12 mois après la date des soins.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à Ma Canada Vie au travail pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 12 mois après la date des soins.

SOLUTIONSPLUS SANTÉ (SPS) – Garantie gestion-santé

Pour les participants admissibles, la garantie gestion-santé (le compte SPS) est un compte qui vous permet d'obtenir le remboursement de frais d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire, jusqu'à concurrence d'un montant de crédits annuels prédéterminé. Les fiduciaires de votre régime d'avantages sociaux collectif établiront le nombre de crédits pour votre compte avant chaque année de protection. Ces crédits peuvent être affectés au remboursement de frais non couverts au titre de régimes collectifs d'assurance-maladie supplémentaire ou servir à procurer une protection d'appoint relativement à la partie des frais non couverts au titre de tels régimes (notamment les franchises et les règlements proportionnels). De plus, comme les crédits annuels se présentent sous forme de dollars avant impôt, le compte SPS constitue une méthode fiscalement avantageuse de payer vos frais médicaux et dentaires.

Comment vais-je connaître le solde de mon compte SPS?

Pour vérifier le solde actuel de votre compte, communiquez avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883-7072. Les heures de service sont de 7 h à 18 h (HNC) pour le service en anglais et de 7 h à 17 h (HNC) pour le service en français.

Admissibilité

Vous et vos personnes à charge êtes admissibles au compte SPS par l'entremise de votre régime d'avantages sociaux si vous êtes couvert à l'égard des soins médicaux de base aux termes de votre régime collectif d'assurance-maladie supplémentaire ou de celui de votre conjoint. Outre les personnes à charge admissibles aux termes de votre protection de soins médicaux de base, est également admissible toute autre personne à l'égard de laquelle vous pouvez vous prévaloir d'un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

Expiration de la protection

Votre protection au titre du compte SPS prend fin à la date d'expiration de la garantie de soins médicaux de base aux termes de votre régime ou à la date à laquelle vos fiduciaires mettent fin à la protection.

La protection de vos personnes à charge au titre du compte SPS prend fin à la date d'expiration de votre protection ou à la date à laquelle vos personnes à charge n'y sont plus admissibles, selon la première éventualité.

Frais couverts

Le compte SPS couvre les frais :

- qui sont admissibles au crédit d'impôt pour les frais médicaux prévu par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), et des modifications qui y sont apportées à l'occasion, ou
- que la Canada Vie juge être des frais médicaux admissibles aux termes d'un régime privé d'assurance-maladie, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et des modifications qui y sont apportées à l'occasion.

Veillez visiter le site internet de l'Agence du revenu du Canada pour toute information relative aux frais médicaux qui sont admissibles au crédit d'impôt en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada). Pour de plus amples renseignements sur les frais couverts, communiquez avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883-7072.

Des prestations sont versées pour la totalité des frais couverts que vous et vos personnes à charge engagez pendant que vous êtes couverts relativement à de tels frais, jusqu'à concurrence du plafond de remboursement annuel correspondant aux crédits dans votre compte SPS. Les frais pour soins dentaires, à l'exception des soins orthodontiques, sont réputés être engagés à la date marquant la fin du traitement. Les frais pour soins orthodontiques sont réputés être engagés périodiquement pendant toute la durée du traitement. Tous les autres frais couverts sont réputés être engagés à la date à laquelle la personne reçoit les soins, services ou fournitures.

Les crédits sont destinés aux frais couverts engagés au cours de l'année de protection. Les crédits non utilisés sont reportés pour être affectés aux frais couverts engagés au cours de l'année de protection suivante. S'ils ne sont pas affectés à des frais engagés au cours de cette année-là, les crédits sont automatiquement perdus.

Le plafond de remboursement annuel au titre du compte SPS correspond aux crédits versés dans le compte pour l'année de protection plus, le cas échéant, les crédits non utilisés reportés de l'année de protection précédente.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- Frais dont le remboursement aux termes d'un régime privé d'avantages sociaux est interdit par la loi.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu de la loi ou pour lesquels des frais sont facturés uniquement parce que vous êtes couvert aux termes d'un régime privé d'avantages sociaux.
- Toute partie des frais pour soins, services ou fournitures pour laquelle des prestations ont été payées aux termes de votre protection de soins médicaux de base, d'un autre régime collectif ou d'un régime de l'État.

Comment faire une demande de règlement

Vous avez le choix de présenter une demande de règlement en utilisant la carte SolutionsPlus Santé ou en utilisant une demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier. Les demandes de règlement, visant des frais engagés au Canada relativement aux soins paramédicaux, aux soins oculaires et aux soins dentaires, peuvent aussi être présentées en ligne.

La carte SolutionsPlus Santé est disponible afin que vous l'utilisiez pour payer des frais couverts, et ce conformément aux modalités et conditions établies dans la convention du titulaire de la carte.

Vous pouvez présenter une demande de règlement au titre du compte SPS en premier ou vous pouvez choisir de soumettre les demandes de règlement d'abord au régime de l'État ou au régime privé aux termes duquel vous et vos personnes à charge admissibles êtes aussi couverts. Lorsqu'un ou plusieurs autres régimes d'assurance vous auront remboursé, vous pouvez présenter une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du compte SPS – en ligne ou en utilisant une demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier.

Si vous utilisez la carte SolutionsPlus Santé :

- pour des frais de médicaments, vous devez d'abord utiliser votre carte de paiement direct des médicaments afin de faire une demande de règlement aux termes de votre protection de base. Ensuite, vous pouvez utiliser votre carte SolutionsPlus Santé afin de faire une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du compte SPS;
- pour des frais de soins dentaires pour lesquels votre dentiste soumet votre demande de règlement électroniquement, votre demande de règlement sera d'abord évaluée aux termes de votre protection de base. Ensuite, vous pouvez utiliser votre carte SolutionsPlus Santé afin de faire une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du compte SPS;
- **AVERTISSEMENT** – pour tous les autres frais, votre demande de règlement sera d'abord évaluée au titre du compte SPS, et ce, même si une partie des frais sont couverts aux termes de la protection de base parrainée par votre employeur

Si vous décidez d'utiliser votre carte SolutionsPlus Santé pour payer des frais, qu'ils soient ou non couverts aux termes d'autres régimes d'assurance, le montant total est déduit des crédits de votre carte SolutionsPlus Santé. Cependant, si les frais en cause pouvaient être couverts en totalité ou en partie aux termes de la protection de base parrainée par votre gestionnaire de régime, vous devez par la suite soumettre une demande de règlement concernant ces frais au titre de la protection de base en question.

Le montant qui aurait été payé aux termes de la protection de base pourrait être porté au crédit de votre carte SolutionsPlus Santé et plutôt réglé au titre de la protection de base :

- si aucun autre régime ne couvre ces frais sauf la protection de base; ou
- si un autre régime couvre les frais en cause, mais que les prestations seraient payables au titre de la protection de base en premier.

Utilisation de la carte SolutionsPlus Santé :

- Vous devez activer la carte afin de l'utiliser en suivant les directives d'activation écrites sur la carte.
- Pour utiliser votre carte pour payer des ordonnances, vous devez activer votre carte au moins une journée ouvrable complète avant de commander ou d'acheter les articles visés à la pharmacie.
- La carte est destinée à une utilisation au Canada et elle peut servir uniquement chez les détaillants qui acceptent Visa^{MD} et qui font partis du réseau de fournisseurs reconnus par SolutionsPlus Santé.
- Votre carte ne peut être utilisée dans les guichets automatiques bancaires (GAB) ou les commerces de détail.
- Votre carte ne fonctionnera pas si le montant d'une dépense est supérieur au solde actuel de votre compte. Demandez à votre fournisseur si vous pouvez diviser le coût au moment du paiement. Payez d'abord une tranche du montant au moyen du solde de votre carte, puis la tranche restante en utilisant un autre mode de paiement.
- Vous devez conserver vos reçus aux fins d'enregistrement de la transaction pendant les 12 mois qui suivent la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.
- À son entière discrétion, la Canada Vie peut annuler ou suspendre en tout temps l'utilisation de la carte SolutionsPlus Santé, et ce, sans préavis.
- Si votre carte est perdue ou a été volée, veuillez en aviser immédiatement le gestionnaire du régime en appelant un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883-7072.
- Si votre carte est refusée, veuillez utiliser une demande de règlement sur papier ou en ligne.

Utilisation de la demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier :

Si vous optez pour la demande de règlement sur papier, veuillez utiliser la formule M445D(HSPT)(f) dans le cas des demandes de règlement pour soins dentaires et dans le cas de toute autre demande de règlement, la formule M635D(HSPT)(f).

Les demandes de règlement au titre du compte SPS doivent être envoyées au Service des indemnités de la Canada Vie avant la première à survenir des dates suivantes :

- six mois après la fin de l'année de protection au cours de laquelle les frais ont été engagés;
- la date de résiliation du contrat du compte SPS, si l'expiration est attribuable au défaut de l'employeur de verser les paiements requis; ou
- 31 jours après la date de résiliation du contrat du compte SPS, si l'expiration est attribuable à toute autre raison.

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de participant et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :
 1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
 2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
 3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
 4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.

SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE SOUTIEN LIÉ AU TRAITEMENT
(Experts médicaux de Teladoc)
POUR LES PARTICIPANTS ADMISSIBLES AUX TYPES DE PROTECTION 02, 03 ET 04

Ce programme est conçu pour permettre l'accès à l'avis de spécialistes, à des ressources, à des renseignements ainsi qu'à des directives cliniques.

Vous, une personne à votre charge, un parent ou un beau-parent (ci-après « la personne ») pouvez généralement accéder à ce programme. Le programme propose une démarche unique et méthodique afin de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à une maladie ou à un trouble physique ou psychologique. Cette démarche peut inclure la confirmation du diagnostic et la proposition du plan de traitement le plus efficace.

Fonctionnement du service

- Pour accéder aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement, il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-2378 ou d'aller à l'adresse teladoc.ca/canadalife/fr/.
- L'appelant est alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de son dossier et lui apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement aux antécédents médicaux de la personne et répond à toutes les questions de l'appelant. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements fournis, le conseiller détermine le niveau optimal de service à offrir.
- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre aux besoins de la personne en matière de santé, et il peut l'aider à trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans la collectivité.
- Lorsqu'il le juge approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux de la personne afin d'aider à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la synthèse des dossiers médicaux, la reprise des tests de spécimens pathologiques et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à l'appelant. En général, le processus prend plusieurs semaines. Les échéanciers peuvent varier selon la complexité du cas et le nombre de dossiers médicaux à évaluer.
- Si la personne choisit de recevoir un traitement d'un autre médecin, un membre de l'équipe Experts médicaux de Teladoc peut l'aider à trouver un spécialiste de sa région ou de l'extérieur du Canada qui est en mesure de répondre à ses besoins particuliers en matière de soins médicaux.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste Experts médicaux de Teladoc en mesure de répondre à des questions de base sur les problèmes de santé et les possibilités de traitement. L'appelant recevra les réponses dans un rapport écrit qui lui sera envoyé par courriel.

Restrictions

- Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes de ce programme.
- L'accès à ce programme peut être limité aux personnes ayant reçu de leur médecin un diagnostic de maladie ou de trouble physique ou psychologique avec preuves objectives à l'appui, ou aux personnes soupçonnées d'être atteintes d'une maladie ou d'un trouble physique ou psychologique.

Ces services ne sont pas assurés. La Canada Vie n'est donc pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.

PROGRAMME DE RÉHABILITATION (CURE DE DÉSINTOXICATION)

Une protection est offerte pour couvrir les frais d'un programme de réhabilitation pour l'abus d'alcool et de drogues, pour les soins eu lieu à l'hôpital ou à l'extérieur d'un hôpital, les programmes d'après soins, et les soins virtuels fournis par ALAViDA:

1. qui est admissible à un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), laquelle peut être modifiée à l'occasion; ou
2. que la Canada Vie juge être des frais médicaux admissibles aux termes d'un régime de soins de santé privé, tel qu'il est défini en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), laquelle peut être modifiée à l'occasion.

Le frais de traitement suivi aux termes d'un programme de réhabilitation pour l'abus d'alcool et de drogues sont couverts à 100 % jusqu'à concurrence de 20 000 \$. Cette protection est offerte aux membres en règle et à leurs personnes à charge admissibles.

La prestation est versée seulement si le traitement a été efficace et que les conditions suivantes ont été remplies :

- La cure de désintoxication a eu lieu à l'hôpital, dans l'unité de désintoxication, ou encore à l'extérieur d'un hôpital, dans un centre de désintoxication
- Le programme doit être coordonné par l'entremise de Shepell (Programme d'aide aux membres)



Canada Vie et le symbole social, et Ma Canada Vie au travail sont des
marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada
sur la Vie.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement
écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.