

DESCRIPTION SOMMAIRE DU RÉGIME

1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025

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

Table des matières

Amélioration des garanties pour 2024	1
Fonctionnement de votre régime d'avantages sociaux collectif.....	2
Concernant vos garanties	3
Contributions de producteur	3
Un aperçu de votre régime d'avantages sociaux collectif	4
Relevé du solde de vos contributions.....	4
Personnes à charge admissibles.....	5
Améliorer votre couverture.....	5
Options de paiement pour l'amélioration de la couverture en 2024	6
Les membres du Québec.....	7
Résidence	7
Assurance à l'âge de 65 et plus.....	7
Coup d'œil sur votre couverture.....	8
Détails de la couverture de soins de santé	9
Détails de la couverture de soins dentaires	10
Demandes de règlement de soins de santé et de soins dentaires	11
Demandes pour assurance vie, DMA, garantie rente hebdomadaire d'invalidité et garantie pour états critiques .	11
Utilisation du Programme d'aide aux membres et à leur famille.....	11
Programme de traitement des difficultés liées à l'alcool ou aux drogues	11
Comprendre la garantie gestion-santé	12
5 faits importants à retenir au sujet de votre carte Visa SolutionsPlus Santé.....	13
Coordonnées pour obtenir plus de renseignements.....	14
Programme d'aide aux membres et à leur famille (PAM)	15
ALAViDA	17
Experts médicaux de TELADOC	18

Amélioration des garanties pour 2024

DU NOUVEAU! Obtenez un remboursement quand vous améliorez votre niveau de couverture

Si vous êtes admissible à la garantie gestion-santé et que vous améliorez votre niveau de couverture pour l'année du régime 2024-25, vous pouvez demander le remboursement des frais applicables en vertu de la garantie gestion-santé.

Vous aurez besoin de votre reçu pour soumettre votre demande de règlement à la Canada Vie. Pour demander un reçu, veuillez envoyer un courriel à l'administrateur du régime à hwadmin@iatse667-669healthplan.com.

LES REÇUS SERONT ÉMIS LE 1^{ER} AVRIL OU APRÈS CETTE DATE, UNE FOIS QUE LE PAIEMENT APPLICABLE À L'AMÉLIORATION DE LA COUVERTURE AURA ÉTÉ RÉGLÉ EN ENTIER.

Nous sommes également heureux de vous présenter les cinq améliorations suivantes :

1. À la suite d'un examen annuel, les fiduciaires ont renouvelé la garantie gestion-santé de 750 \$ pour tous les participants qui sont membres en règle de la section locale 667 ou 669 de façon continue depuis au moins cinq ans, avec effet le 31 décembre 2023.
2. À la suite d'un examen annuel, les fiduciaires ont renouvelé la garantie gestion-santé de 2 000 \$ pour tous les participants de 65 ans ou plus qui sont membres en règle de la section locale 667 ou 669 (déterminé au 31 décembre 2023) depuis une période ininterrompue d'au moins 25 ans, à compter du 1^{er} avril suivant leur 65^e anniversaire.
3. Le maximum annuel applicable aux soins de professionnels de la santé mentale passera de 3 000 \$ à 3 500 \$. Cette garantie est offerte aux participants et à leurs personnes à charge, indépendamment du niveau de couverture.
4. La garantie des soins de la vue des Niveaux 02, 03 et 04 a été élargie pour inclure la thérapie visuelle.
5. Pour cette année seulement : si vous avez amélioré votre couverture pour l'année du régime 2023-24 et que vous décidez de ne pas le faire pour l'année du régime 2024-25, vous aurez l'occasion d'améliorer votre couverture l'an prochain (autrement dit, vous ne perdrez pas le droit d'améliorer votre couverture pendant 36 mois.) Reportez-vous à la page 5 pour plus de détails sur l'amélioration de la couverture.

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

En 2024, la Fiducie continuera de couvrir, pour tous les participants, le coût de l'assurance vie et de l'assurance en cas de décès et mutilation accidentels, ainsi que la prestation de 3 500 \$ pour soutien en santé mentale.

Modalités de paiement pour améliorer la couverture

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

Ils peuvent répartir leurs paiements sur une période de quatre mois en fournissant des chèques postdatés portant des montants égaux et les dates de 2024 suivantes : 15 mars, 15 avril, 15 mai et 15 juin. Tous les paiements par carte de crédit ou les chèques postdatés doivent parvenir au bureau du Régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'AIEST d'ici le 8 mars 2024. **AUCUNE EXCEPTION NI PROLONGEMENT de la date limite ne seront accordés.**

Numéro de police de la
Canada Vie

et

Numéro de police
de la garantie gestion-santé
de la Canada Vie :

164609

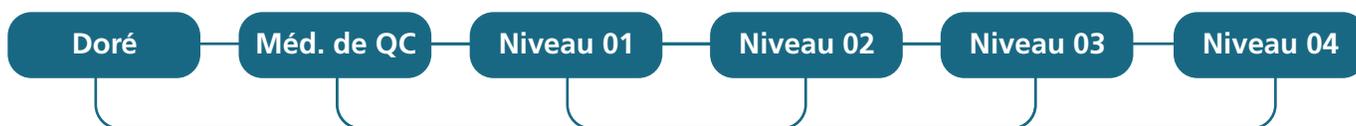
Fonctionnement de votre régime d'avantages sociaux collectif



Contributions de producteurs

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

Les niveaux de couverture



Contributions de producteurs excédentaires

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

Passer à un niveau de couverture supérieur

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



Aucun changement

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

Admissibilité à la garantie gestion-santé

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



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

Concernant vos garanties

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

Le régime d'avantages sociaux collectif est composé maintenant de six niveaux de couverture : niveau 01, niveau 02, niveau 03, niveau 04, niveau Doré pour les membres âgés (es) de 75 ans ou plus et un niveau de couverture réservé aux membres du Québec qui inclut l'assurance vie, le Programme d'aide aux membres et à leur famille et la couverture des médicaments d'ordonnance. Une garantie gestion-santé sera disponible en tant qu'option pour tous les membres qui ont accumulées des contributions à travers des accords signataires de plus de 2 721,00 \$. Pour les membres qui ont une contribution de plus de 8 347,92 \$, la garantie gestion-santé fait automatiquement partie de leur couverture.

Contributions de producteurs

Les membres recevront le plus haut niveau de couverture pour l'année du régime qui débute le 1^{er} avril et en fonction du solde de leur compte individuel d'assurance collective en date du 31 décembre de l'année précédente. Votre couverture pour les prochains douze mois commençant le 1^{er} avril 2024 (à condition que vous continuez d'être un membre en règle de l'AIEST, section locale 667 ou 669) est indiquée dans le relevé de contribution ci-joint. Votre couverture sera déterminée selon le solde des contributions et toute somme que vous avez payée directement dans le régime.

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

Un aperçu de votre régime d'avantages sociaux collectif

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

Contributions de producteurs	Niveau de couverture	Note
0,00 \$ - 1 154,99 \$	Niveau Doré	Vous recevrez cette prestation si vous êtes âgés de 75 ans ou plus
425,40 \$ - 1 154,99 \$	Médicaments de QC	Vous recevrez cette prestation si vous habitez au Québec et votre solde de contributions (plus votre paiement direct, le cas échéant) totalisent au moins 425,40 \$
0,00 \$ - 1 154,99 \$	Niveau 01 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si vous n'êtes pas admissible aux niveaux 02, 03, 04, QC ou niveau Doré
1 155,00 \$ - 2 720,99 \$	Niveau 02 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si votre solde de contributions (en plus de vos paiements directs, le cas échéant) est d'au moins 1 155,00 \$
2 721,00 \$ - 4 565,27 \$	Niveau 03 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si votre solde de contributions (en plus de vos paiements directs, le cas échéant) est d'au moins 2 721,00 \$
2 721,00 \$ - 4 565,27 \$	Niveau 02 qui inclut 1 560 \$ à la garantie gestion-santé	Vous pouvez choisir cette couverture si le solde de vos contributions correspond à au moins 2 721,00 \$
4 565,28 \$ - 8 347,91 \$	Niveau 04 (par défaut)	Vous recevrez cette prestation si votre solde de contributions (en plus de vos paiements directs, le cas échéant) est d'au moins 4 565,28 \$
4 565,28 \$ - 8 347,91 \$	Niveau 03 qui inclut 1 840 \$ à la garantie gestion-santé	Vous pouvez choisir cette couverture si le solde de vos contributions correspond à au moins 4 565,28 \$
8 347,92 \$ - 11 630,55 \$	Niveau 04 qui inclut 1 500,00 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez automatiquement cette couverture si le solde de vos contributions s'élève entre 8 347,92 \$ et 11 630,55 \$
11 630,56 \$ - 18 255,83 \$	Niveau 04 qui inclut 2 500,00 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez automatiquement cette couverture si le solde de vos contributions s'élève entre 11 630,56 \$ et 18 255,83 \$
18 255,84 \$	Niveau 04 qui inclut 4 560 \$ à la garantie gestion-santé	Vous recevrez automatiquement cette couverture si le solde de vos contributions correspond à au moins 18 255,84 \$

Relevé du solde de vos contributions

Votre couverture est basée sur votre solde de contributions du 31 décembre 2023. Votre relevé personnel ci-joint montre votre solde de contributions (et le montant requis, si vous désirez passer au niveau de couverture 02, 03 ou 04 ou le niveau QC pour les résidents du Québec).

Si vous n'êtes pas d'accord avec le montant du solde de contributions indiqué, ou si vous avez des questions sur votre solde, veuillez contacter le Bureau du régime avant le **vendredi 1^{er} mars 2024**. Si vous ne contactez pas le bureau d'ici là, nous assumerons que votre solde de contributions est correct.

Personnes à charge admissibles

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

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

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

Améliorer votre couverture

Si vous êtes admissible au niveau de couverture 01, 02, 03 ou médicaments QC et souhaitez améliorer votre couverture, veuillez remplir le relevé ci-joint et l'envoyer au bureau du Régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'Aiest avec un chèque payable au **Régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'Aiest**. Le bureau du Régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'Aiest doit recevoir le chèque au plus tard le **vendredi 8 mars 2024**. Les améliorations sont payables par chèque ou à l'aide d'une carte Visa ou Mastercard.

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

VEUILLEZ NOTER:

1. Vous n'êtes pas permis d'acheter un niveau de couverture qui inclut la garantie gestion-santé. Cette garantie est disponible seulement en vertu des contributions de producteurs.
2. Si vous passez du niveau 01 à 02, 03, 04 ou médicaments QC, votre achat n'inclut pas la garantie rente hebdomadaire d'invalidité, qui est disponible seulement en vertu des contributions de producteurs.
3. Si vous choisissez d'améliorer votre niveau de couverture en contribuant cette année, vous devez continuer à payer ce niveau de couverture pour toutes les années suivantes. Par la suite, si vous décidez de ne pas continuer à ce niveau de couverture, sachez que vous perdrez votre droit d'améliorer votre niveau de couverture pour une période de 36 mois.
4. Si vous avez amélioré votre niveau de couverture pour l'année du régime 2023-24, et que vous décidez de ne pas le faire pour l'année du régime 2024-25, vous ne perdrez pas votre droit d'améliorer votre niveau de couverture pendant une période de 36 mois.

N'OUBLIEZ PAS!

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

Nous sommes là pour vous aider

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

Leta Kennedy,

Administratrice du régime

Bureau du régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'AIEST

122 – 3823 Henning Drive
Burnaby, BC V5C 6P3

Tél : 778 329-4455

Sans frais (au Canada) :
1 866 366-9667

Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com

Mary Miskic, Coordonnatrice des prestations

Bureau de la section locale 667 de l'AIEST

229, avenue Wallace
Toronto, ON M6H 1V5

Tél : 416 368-0072

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

Courriel : mary@iatse667.com

*REMARQUE

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

Options de paiement pour l'amélioration de la couverture en 2024

Vous disposez de trois options de paiement pour régler les frais relatifs à l'amélioration de votre couverture :

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

Si vous payez par chèque

- Si le coût de votre amélioration **est inférieur** à 750 \$, vous devez payer le montant total en un seul chèque (plus la taxe de vente, le cas échéant).
- Si le coût de votre amélioration **est supérieur** à 750 \$, vous pouvez payer en un seul chèque ou vous pouvez opter pour le plan de paiement échelonné avec un maximum de 4 chèques postdatés en montants égaux datés du 15 mars, du 15 avril, du 15 mai et du 15 juin.
- Les chèques doivent être envoyés à l'adresse suivante :
Bureau du régime d'avantages sociaux des sections locales 667/669 de l'AIEST
122-3823 Henning Drive
Burnaby, BC V5C 6P3

Si vous effectuez un paiement en ligne par carte de crédit (Visa ou Mastercard)

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

- Vous devez régler les frais relatifs à l'amélioration de votre couverture EN ENTIER au moyen d'un seul paiement. Pour effectuer des versements postdatés, veuillez payer par chèque.
- Assurez-vous d'avoir suffisamment de réserves sur votre carte de crédit pour couvrir le plein montant de l'amélioration pour 2024.
- Tous les champs doivent être remplis, sans quoi votre paiement sera refusé. N'oubliez pas d'indiquer le nom de la personne visée par l'amélioration si celui du titulaire de la carte est différent.

Si vous optez pour un virement électronique

- Vous devez régler les frais applicables EN ENTIER, au moyen d'un seul paiement. Vous ne serez pas en mesure de postdater vos versements, comme vous pouvez le faire avec des chèques.
- Pour veiller à ce que votre paiement soit bel et bien affecté à votre compte, vous devez indiquer le numéro d'identification à neuf chiffres de la Canada Vie dans le champ des Messages de votre plateforme de services bancaires en ligne. Si vous ne connaissez pas ce numéro, communiquez avec l'administrateur du régime, qui vous en fera part.
- Après avoir effectué votre paiement, vous **devez** envoyer un courriel à l'administrateur du régime (leta@iatse667-669healthplan.com) et l'aviser que vous avez effectué le paiement en lui confirmant son montant et sa date.
- **Si vous n'avisez pas l'administrateur du régime de votre paiement, ce dernier risque de ne pas être affecté à votre compte.**

Les membres du Québec

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

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

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

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

Résidence

Si vous ne résidez pas au Canada :

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

Couverture à l'âge de 65 et plus

Les membres âgés de 65 ans et plus seront admissibles à la couverture, mais seront assujettis aux restrictions suivantes :

- 2 000 \$ à la garantie gestion-santé pour les membres en règle âgés de 65 ans ou plus ayant accumulés 25 années de service continu auprès des sections locales 667 ou 669 de l'AIEST (déterminé au 31 décembre 2023) à compter du 1^{er} avril suivant leur 65^e anniversaire;
- l'assurance pour états critiques cessera à l'âge de 65 ans;
- l'assurance vie sera réduite à 20 000 \$ à l'âge de 70 ans;
- l'assurance en cas de décès et mutilation accidentels sera réduite à 50 % à l'âge de 65 ans selon le niveau de couverture admissible et prendra fin à l'âge de 70 ans;
- la garantie rente hebdomadaire d'invalidité terminera le 31 mars suivant le 75^e anniversaire du membre;
- la garantie de soins médicaux est limitée à un maximum annuel de 5 000 \$ par personne assurée et débute le 1^{er} avril suivant le 70^e anniversaire du membre.



Coup d'œil sur votre couverture

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

	Niveau Doré (75 ans ou plus)	Niveau 01	Médicaments QC	Niveau 02	Niveau 03 par défaut	Niveau 02 avec option de garantie gestion-santé	Niveau 04 par défaut	Niveau 03 avec option de garantie gestion-santé	Niveau 04 avec garantie gestion-santé
Contributions requises pour être admissible	s.o.	s.o.	425,40 \$	1 155,00 \$	2 721,00 \$	2 721,00 \$	4 565,28 \$	4 565,28 \$	8 347,92 \$ à 27 386,40 \$
Prestations qui peuvent être achetées et peuvent être assujetties à la taxe de vente	s.o.	s.o.	Offert SEULEMENT aux membres du QC	Disponible pour achat	Disponible pour achat	PAS disponible pour achat	Disponible pour achat	PAS disponible pour achat	PAS disponible pour achat
Soins médicaux									
Médicaments d'ordonnance, par personne (famille)	s.o.	s.o.	75 %	70 %	80 %	70 %	90 %	80 %	90 %
Hôpital, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : Chambre à deux lits	80 % : Chambre à deux lits	70 % : Chambre à deux lits	90 % : Chambre à deux lits	80 % : Chambre à deux lits	90 % : Chambre à deux lits
Examens de la vue, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : une fois par période de 24 mois (R et H)	80 % : une fois par période de 24 mois (R et H)	70 % : une fois par période de 24 mois (R et H)	90 % : une fois par période de 24 mois (R et H)	80 % : une fois par période de 24 mois (R et H)	90 % : une fois par période de 24 mois (R et H)
Soins de la vue, par personne par période de 24 mois	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : 300 \$ par membre (100 \$ pour les personnes à charge)	80 % : 500 \$ par membre (150 \$ pour les personnes à charge)	70 % : 300 \$ par membre (100 \$ pour les personnes à charge)	90 % : 750 \$ par membre (250 \$ pour les personnes à charge)	80 % : 500 \$ par membre (150 \$ pour les personnes à charge)	90 % : 750 \$ par membre (250 \$ pour les personnes à charge)
Soins des professionnels paramédicaux par spécialité (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : max annuel de 700 \$	80 % : max annuel de 700 \$	70 % : max annuel de 700 \$	90 % : max annuel de 700 \$	80 % : max annuel de 700 \$	90 % : max annuel de 700 \$
Professionnels de la santé mentale spécifiés à la page 8 - maximum combiné	70 % : max annuel de 3 500 \$	70 % : max annuel de 3 500 \$	70 % : max annuel de 3 500 \$	70 % : max annuel de 3 500 \$	80 % : max annuel de 3 500 \$	70 % : max annuel de 3 500 \$	90 % : max annuel de 3 500 \$	80 % : max annuel de 3 500 \$	90 % : max annuel de 3 500 \$
Le cannabis à usage médical (voir la page 10)	s.o.	s.o.	s.o.	70 % : max annuel de 2 500 \$	80 % : max annuel de 2 500 \$	70 % : max annuel de 2 500 \$	90 % : max annuel de 2 500 \$	80 % : max annuel de 2 500 \$	90 % : max annuel de 2 500 \$
Soins dentaires									
Soins de base, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	50 % : max annuel de 1 000 \$	80 % : max annuel de 1 500 \$	50 % : max annuel de 1 000 \$	90 % : max annuel de 1 500 \$	80 % : max annuel de 1 500 \$	90 % : max annuel de 1 500 \$
Soins majeurs, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	60 % : max annuel de 2 500 \$	s.o.	60 % : max annuel de 2 500 \$
Soins orthodontiques (enfants à charge de moins de 19 ans)	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	50 % : max viager de 3 500 \$ par personne à charge	s.o.	50 % : max viager de 3 500 \$ par personne à charge
Autres prestations									
Assurance vie (membre seulement)	20 000 \$	50 000 \$	100 000 \$	100 000 \$	250 000 \$	100 000 \$	300 000 \$	250 000 \$	300 000 \$
Teladoc (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
États critiques (membre seulement)	s.o.	s.o.	s.o.	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$	50 000 \$
DMA (membre seulement)	s.o.	s.o.	s.o.	25 000 \$	75 000 \$	25 000 \$	100 000 \$	75 000 \$	100 000 \$
Urgence à l'extérieur du Canada, par personne (famille)	s.o.	s.o.	s.o.	100 % max viager de 1 million de dollars	100 % max viager de 1 million de dollars	100 % max viager de 1 million de dollars	100 % max viager de 1 million de dollars	100 % max viager de 1 million de dollars	100 % max viager de 1 million de dollars
Programme d'aide aux membres et à leur famille (famille)	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Invalidité de courte durée (membre seulement)	s.o.	s.o.	s.o.	700 \$ max 26 semaines*					
Garantie gestion-santé (famille)	Solde du compte : jusqu'à 1 154,99 \$	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	1 560 \$	s.o.	1 840 \$	**Note

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

** Note : Les soldes de comptes résultant des contributions de producteurs entre 8 347,92 \$ et 11 630,55 \$ bénéficieront d'une garantie gestion-santé de 1 500 \$.

Les soldes de comptes résultant des contributions de producteurs entre 11 630,56 \$ et 18 255,83 \$ bénéficieront d'une garantie gestion-santé de 2 500 \$.

Les soldes de comptes résultant des contributions de producteurs d'au moins 18 255,84 \$ bénéficieront d'une garantie gestion-santé de 4 560 \$.

Détails de la couverture de soins de santé

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

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

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

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

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

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

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

Professionnels de la santé mentale, jusqu'à concurrence d'un montant combiné de 3 500 \$

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

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

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

Les experts médicaux de « **Teladoc** » peuvent vous aider à obtenir une deuxième opinion au sujet d'une chirurgie ou d'un diagnostic d'une maladie grave, à trouver un médecin spécialiste, ou vous offrir l'aide pour comprendre votre état de santé et vous y retrouver dans le système de soins de santé.

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

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

Prothèses auditives, achats, réparation ou remplacement jusqu'à un maximum de 2 000 \$ par oreille toutes les 5 années consécutives du régime.

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

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

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

Orthèses fabriquées sur mesure lorsque prescrites, jusqu'à un maximum de 750 \$ par personne chaque année. Des conditions spéciales s'appliquent.

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

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

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

Ce guide est un sommaire de la couverture qui vous est offerte en vertu du régime. Pour en connaître tous les détails, reportez-vous à la brochure sur les avantages sociaux, qui se trouve sur le site **www.iatse667-669healthplan.com/fr/** ou envoyez un courriel à l'administrateur du régime pour lui en demander un exemplaire.

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

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

Examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste et qui ne sont pas couverts par votre régime de santé provincial. La couverture est limitée à un examen de la vue tous les 24 mois consécutifs, jusqu'à concurrence du montant maximal des frais raisonnables et habituels de l'assureur.

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

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



Détails de la couverture des soins dentaires

Le régime remboursera les frais admissibles suivants. Veuillez consulter le tableau des garanties à la page 8 pour connaître le pourcentage des frais remboursés selon votre niveau de couverture. Si un traitement est proposé pour lequel les frais dentaires s'élèvent à plus de 500 \$, il est recommandé que vous demandiez à votre dentiste de compléter une « prédétermination des prestations » qui devra être envoyée à la Canada Vie avant le début du traitement. Lorsque la Canada Vie aura complété la vérification de vos soins dentaires, elle vous acheminera les informations de prédétermination directement. Par la suite, il vous incombe de communiquer avec votre dentiste afin de déterminer les prochaines étapes de votre traitement.

Soins dentaires de base, par personne

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

Soins dentaires majeurs, par personne

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

Soins orthodontiques

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

Demandes de règlement de soins de santé et de soins dentaires

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

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

Si vous avez quelques questions au sujet de la couverture de vos dépenses actuelles qu'offre votre régime, veuillez communiquer avec la Canada Vie directement. Vous pouvez le faire par téléphone ou par courrier (voir la page 14 pour les détails).

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

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

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

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

Utilisation du Programme d'aide aux membres et à leur famille

TELUS Santé (anciennement LifeWorks) offre le Programme d'aide aux membres et à leur famille, qui fournit du counseling privé, professionnel, confidentiel pour tous les membres et leur famille. Des services de soutien sont offerts pour les problèmes familiaux, financiers, de santé émotionnelle, les difficultés liées à l'alcool ou les drogues, ainsi qu'une orientation pour les services aux aînés et aux enfants, ainsi qu'un service par téléphone pour les questions juridiques.

L'adresse internet de TELUS Santé est : integrale.telussante.com.

Toutes les assistances sont faites dans la plus grande confidentialité et directement avec TELUS Santé. Pour plus d'information sur le programme, ou pour prendre un rendez-vous ou pour avoir accès au service dans les cas d'urgence après les heures régulières de travail, composez le 1-800-361-5676 (français) ou le 1-800-387-4765 (anglais), ou téléchargez l'appli TELUS Santé Intégrale.

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

À titre de participant du régime d'avantages sociaux collectif des sections locales 667 et 669 de l'A.I.E.S.T., sans égards à votre niveau de couverture, vous et vos personnes à charge admissibles avez accès à deux programmes de traitement de l'abus de substances :

1. Accès à un programme en clinique interne ou externe et à une ligne d'assistance pour les dépendances et le rétablissement auprès de TELUS Santé (fournisseur du Programme d'aide aux membres et à leur famille); et
2. Soutien sur demande pour gérer votre relation avec les substances, directement depuis votre cellulaire avec ALAViDA.

Ligne d'assistance pour les dépendances et le rétablissement de TELUS Santé :
Composez le 1-866-769-8522

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

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

Il suffit d'un coup de fil pour obtenir de l'aide, et ce, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Assurez-vous toutefois de participer au Régime d'avantages sociaux collectif de la section locale 667/669 de l'A.I.E.S.T. quand vous appelez.

Soutien sur demande d'ALAViDA :
Visitez try.alavida.com/aiest

Obtenez le soutien dont vous avez besoin pour modifier votre relation avec les substances quand vous vous inscrivez à ALAViDA TRAiL. Après votre inscription, vous obtiendrez un accès confidentiel à des auto-évaluations sur votre consommation de substances, à des notifications quotidiennes, à des outils de suivi, à un plan d'apprentissage personnalisé assorti de modules de thérapie cognitivo-comportementale administrée par Internet), à une équipe de soins personnelle que vous pouvez texter ou rencontrer en toute sécurité de la maison, à des séances hebdomadaires d'encadrement de groupe et plus encore!

Comprendre la garantie gestion-santé

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

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

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

Chaque demande que vous présentez à même votre garantie gestion-santé réduira le solde de cette garantie du même montant. Par exemple, si vous avez utilisé votre limite de 750 \$ pour des orthèses et vous avez dépensé 100 \$ de plus, vous pourrez recevoir un remboursement de ces 100 \$ en faisant une demande à la garantie gestion-santé pour ce montant.

N'OUBLIEZ PAS !

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

Année du régime	Demandes de règlement durant l'année du régime	Date limite pour demandes de règlement à même la garantie gestion-santé	NOTE
1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	1 ^{er} avril 2023 au 31 mars 2024	30 septembre 2024	Demandes de règlement à même la garantie gestion-santé encourues durant l'année du régime 2023-24 ne seront pas remboursées après le 30 septembre 2024
1 ^{er} avril 2024 au 31 mars 2025	1 ^{er} avril 2024 au 31 mars 2025	30 septembre 2025	Demandes de règlement à même la garantie gestion-santé encourues durant l'année du régime 2024-25 ne seront pas remboursées après le 30 septembre 2025

Les frais encourus pour l'année du régime du 1^{er} avril 2023 au 31 mars 2024 **doivent** être présentés à la Canada Vie au plus tard le 30 septembre 2024. **Si** votre garantie gestion-santé affiche un solde non utilisé, celui-ci sera reporté à la nouvelle année du régime. **Toutefois**, vos demandes de règlement ne seront pas reportées; il est donc impératif de présenter vos demandes de règlement avant la date limite.

5 faits importants à retenir au sujet de votre carte Visa SolutionsPlus Santé

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



Vous pouvez contacter la Canada Vie aux adresses suivantes :

Français

Canada Vie
Service des indemnités de Montréal
Place Bonaventure, bureau 5800
800, rue de la Gauchetière Ouest
Montreal, QC H5A 1B9

Service à la clientèle :
1 855 729-1839

Anglais

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

Service à la clientèle :
1 855 729-1839

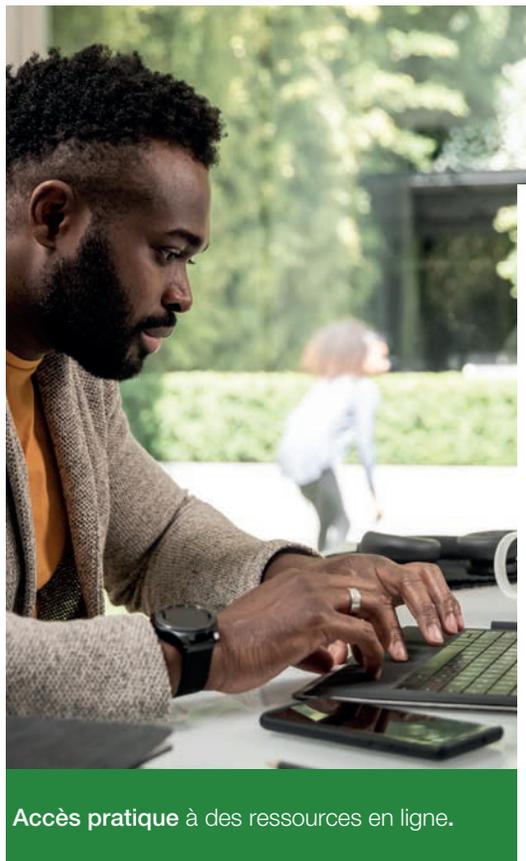
Service à la clientèle :
1 877 883-7072 (pour les
demandes d'information sur la
garantie gestion-santé)



Coordonnées pour obtenir plus de renseignements

Des questions concernant...	Où aller...
Information générale et détails sur le régime	Pour une description du régime facile à lire, visitez le site Internet : www.iatse667-669healthplan.com/fr/ . Vous y trouverez également des informations à l'égard des niveaux de couverture et des mises à jour aux avantages sociaux. De plus, vous pouvez communiquer avec l'administratrice du régime ou la coordonnatrice des prestations (voir les coordonnées ci-dessous).
L'administration du régime	<p>Contactez : Leta Kennedy, Administratrice du régime Tél. : 1 778 329-4455 ou 1 866 366-9667 (au Canada) Courriel : hwadmin@iatse667-669healthplan.com</p> <p>ou</p> <p>Contactez : Mary Miskic, Coordonnatrice des prestations Tél. : 1 416 368-0072 ou 1 877 368-1667 (à l'est du Canada) Courriel : mary@iatse667.com</p>
Si vous perdez votre carte VISA SolutionsPlus Santé de la Canada Vie ou votre carte-médicaments	
Améliorations volontaires	
États critiques	
Rente hebdomadaire d'invalidité	
Comment soumettre des demandes de règlement	
Accéder aux formulaires de demande, soumettre des demandes électroniques	Vous pouvez vous rendre en ligne pour soumettre vos demandes de règlement pour soins de santé et soins dentaires et en faire le suivi, et aussi pour trouver les formulaires nécessaires :
Suivre vos demandes de règlement	<p>1. rendez-vous à https://www.canadalife.com/fr.html ou 1. rendez-vous à https://www.canadalife.com/fr.html</p> <p>2. cliquez sur « Ouvrir une session » 2. cliquez sur « Trouver un formulaire » dans le haut de la page</p> <p>3. après avoir ouvert une session, cliquez sur « Présenter une demande de règlement » 3. cliquez sur « Je suis couvert par la protection offerte par mon employeur »</p> <p>Quand vous soumettez des demandes de règlement en ligne, vous pouvez choisir de recevoir des avis de paiement par texto ou par courriel. Vous pouvez vous inscrire au paiement des demandes directement à votre compte bancaire.</p>
Couverture et demandes à même la garantie gestion-santé	Vous pouvez communiquer avec l'administratrice du régime ou la coordonnatrice des prestations (voir les coordonnées ci-dessus). Cependant, si vous avez besoin d'information particulière au sujet de vos demandes, contactez la Canada Vie au 1 877 883-7072.
Problème de demandes de soins de santé et dentaires	Vous pouvez communiquer avec la Canada Vie au : 1 855-729-1839. Cependant, si vous avez besoin d'assistance supplémentaire à l'égard de vos demandes, contactez l'administratrice du régime ou la coordonnatrice des prestations (voir ci-dessus).
Soins d'urgence médicale hors de la province/du pays	En cas d'urgence médicale Si vous subissez une urgence médicale en voyage, vous devriez appeler l'emplacement d'assistance-voyage le plus près de chez vous ou demander à quelqu'un de le faire en votre nom. Accessible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine et 365 jours par année Canada ou États-Unis : 1-855-222-4051 Tous les autres pays : 1-204-946-2577* Si vous avez des questions au sujet de la couverture pour soins d'urgence hors du pays, veuillez composer le 1-800-957-9777. *Soumettez vos frais d'interurbain à la Canada Vie pour remboursement.
Experts médicaux de Teladoc	Téléphonez 1 877-419-2378, ou visitez le site Internet : www.teladoc.ca/canadalife/fr/
Programme d'aide aux membres et à leur famille	Appelez TELUS Santé (anciennement LifeWorks) au 1-800-387-4765 ou rendez-vous sur le site one.telushealth.com/fr/ , accessible jour et nuit, 365 jours par année. Vous pouvez aussi télécharger l'appli TELUS Santé Intégrale pour obtenir en toute commodité un accès à un soutien en bien-être.

Programme d'aide aux membres et à leur famille (PAM)



Accès pratique à des ressources en ligne.

Laissez-nous vous aider

Votre PAM vous apporte un soutien immédiat et confidentiel 24 heures sur 24, sept jours sur sept, pour vous aider à résoudre vos préoccupations en matière de travail, de santé ou de vie, et ce, sans frais de votre part.

1-866-289-6749



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

Accédez à votre PAM en tout temps par téléphone, sur Internet ou application mobile.

<https://integrale.telussante.com>

Nom d'utilisateur : IAISE

Mot de passe: Camera



Solutions travail, santé et vie.

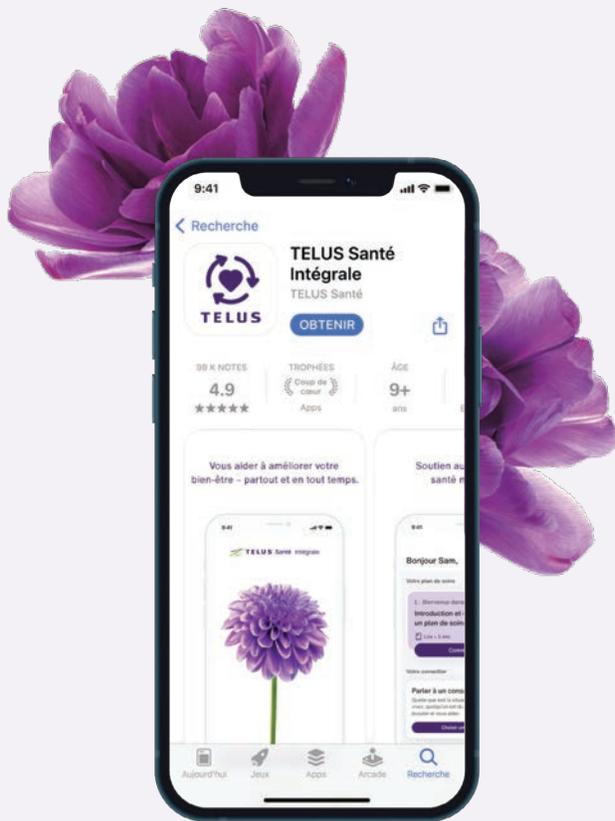
-  **Optimiser votre mieux-être.**
Stress, problèmes de santé mentale, deuil et perte, situations de crise.
-  **Gérer vos relations interpersonnelles et familiales.**
Communications, séparation ou divorce, parentalité.
-  **Gérer un problème professionnel.**
Stress, rendement, équilibre travail et vie personnelle.
-  **Lutter contre la dépendance.**
Alcool, drogues, renoncement au tabac, jeux de hasard.
-  **Trouver des ressources en soins aux enfants et aux aînés.**
Soins aux enfants, parcours scolaire, foyers de soins de longue durée et résidences pour aînés.
-  **Obtenir des conseils juridiques.**
Droit de la famille, séparation ou divorce, garde des enfants.
-  **Obtenir des conseils financiers.**
Gestion de l'endettement, faillite, retraite.



Téléchargez l'appli TELUS Santé Intégrale.

Sentez-vous soutenu et connecté, où que vous soyez.

Grâce à l'application TELUS Santé Intégrale, vous pouvez accéder à votre programme d'aide aux membres qui prévoit le soutien de professionnels qualifiés pour préserver votre santé mentale, physique, sociale et financière.



- Recherchez des ressources et des outils sur des sujets variés comme **la famille, la vie, la santé, l'argent et le travail**
- Restez en contact avec votre organisation au moyen du **fil de nouvelles**
- Obtenez du soutien au moment qui vous convient grâce à **Soins immédiats**
- Accédez à **l'Évaluation du mieux-être global** pour repérer vos points forts et vos possibilités d'amélioration en matière de bien-être

En plus, l'appli est comme une carte portefeuille numérique. Vous pouvez appeler un conseiller du programme d'aide aux membres simplement en touchant votre écran. Ces appels sont sans frais et nos conseillers sont disponibles en tout temps pour fournir conseils, ressources et services d'orientation.

Téléchargez l'application dès maintenant à partir de la boutique d'applications de votre appareil.

1. Téléchargez l'appli TELUS Santé Intégrale ou visitez la page integrale.telussante.com.
2. Connectez-vous au moyen du nom d'utilisateur et du mot de passe indiqués ci-après.



Nom d'utilisateur : **IATSE**

Mot de passe : **Camera**

Appelez-nous en tout temps au : **1-866-289-6749**



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



Besoin de prendre quelque chose pour vous détendre?

Les membres et leurs personnes à charge de la section locale 667/669 de l'AIEST ont accès à ALAViDA, un soutien sur demande pour la consommation d'alcool et de substances. Que vous soyez simplement curieux ou que vous soyez confrontés à des défis légers, modérés ou sévères, vous pouvez accéder à ALAViDA directement depuis votre cellulaire. Pas de conversations gênantes, pas de honte et 100% confidentiel.

Progressez avec des ressources autoguidées ou échangez avec des coachs, des thérapeutes et des médecins à travers un programme personnalisé et prouvé pour réduire la consommation de substances. Le tout soutenu par un large éventail de ressources numériques y compris un journal et des activités pour vous aider à atteindre vos objectifs :

- ✓ Auto-évaluation de la consommation de substances
- ✓ Notifications journalières et outils d'auto-suivi
- ✓ Interactions avec un coach ALAViDA
- ✓ Messages non synchronisés avec un thérapeute agréé
- ✓ Répertoire de contenus éducatifs
- ✓ Compte-rendu des progrès
- ✓ Modules de TTCi¹
- ✓ Pharmacothérapie optionnelle²

¹ Thérapie cognitivo-comportementale administrée par Internet

² si approprié, déterminé par un médecin autorisé



Des conseils médicaux d'experts **au moment où vous en avez le plus besoin**

Le service Experts médicaux de Teladoc est un service confidentiel qui vous est offert, ainsi qu'à vos personnes à charge admissibles, dans le cadre de vos avantages sociaux. Ce service vous aide à y voir plus clair, vous donne confiance et vous informe si vous avez des préoccupations ou des doutes concernant un diagnostic, si vous avez besoin d'aide pour choisir une option de traitement ou si vous doutez de la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Les experts médicaux de renommée mondiale vous proposent une vaste gamme de services pour vous aider, vous et votre médecin traitant, à prendre la meilleure décision en ce qui concerne votre santé. Le service Experts médicaux de Teladoc vous procure la tranquillité d'esprit que vous méritez, peu importe votre situation médicale.

Le service Experts médicaux de Teladoc peut vous aider de différentes façons à :

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

Les services offerts :

Avis médicaux d'experts*

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

Trouver un médecin

Obtenez le nom des spécialistes dans votre région qui répondent à vos exigences.

Répertoire Santé

Obtenez le nom des spécialistes à l'extérieur du Canada qui répondent à vos exigences.

Navigateur personnel de santé

Obtenez auprès d'un professionnel de la santé autorisé des renseignements divers traitant de votre problème de santé, notamment des articles et des ressources dans votre région qui sont en mesure de répondre à vos besoins d'ordre médical.

Guichet d'accès en santé mentale

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

Consultez l'expert

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



Nous sommes là pour vous aider. Appelez-nous dès aujourd'hui.

Composez le 1 877 419-2378 ou visitez Teladoc.ca/canadalife/fr

* Anciennement connu sous le nom de « InterConsultation »

© Teladoc Health Inc., 2021. Tous droits réservés. Teladoc et le logo de Teladoc sont des marques de commerce de Teladoc, Inc., et ne peuvent pas être utilisées sans autorisation écrite. Teladoc ne remplace pas le médecin traitant. Teladoc ne garantit pas qu'une ordonnance sera prescrite. Les activités de Teladoc sont soumises aux règlements provinciaux et pourraient ne pas être offertes dans certaines provinces. Les médecins de Teladoc ne prescrivent pas de substances régies par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, de médicaments à des fins non thérapeutiques ni certains autres médicaments qui pourraient être nocifs pour la santé en raison de leur potentiel d'abus. Les médecins de Teladoc se réservent le droit de refuser de prodiguer des soins en raison d'une mauvaise utilisation éventuelle des services.
337726918_SERVICES_EDIS_04152019



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

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



LE MOT DE LA FIN

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

1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025

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