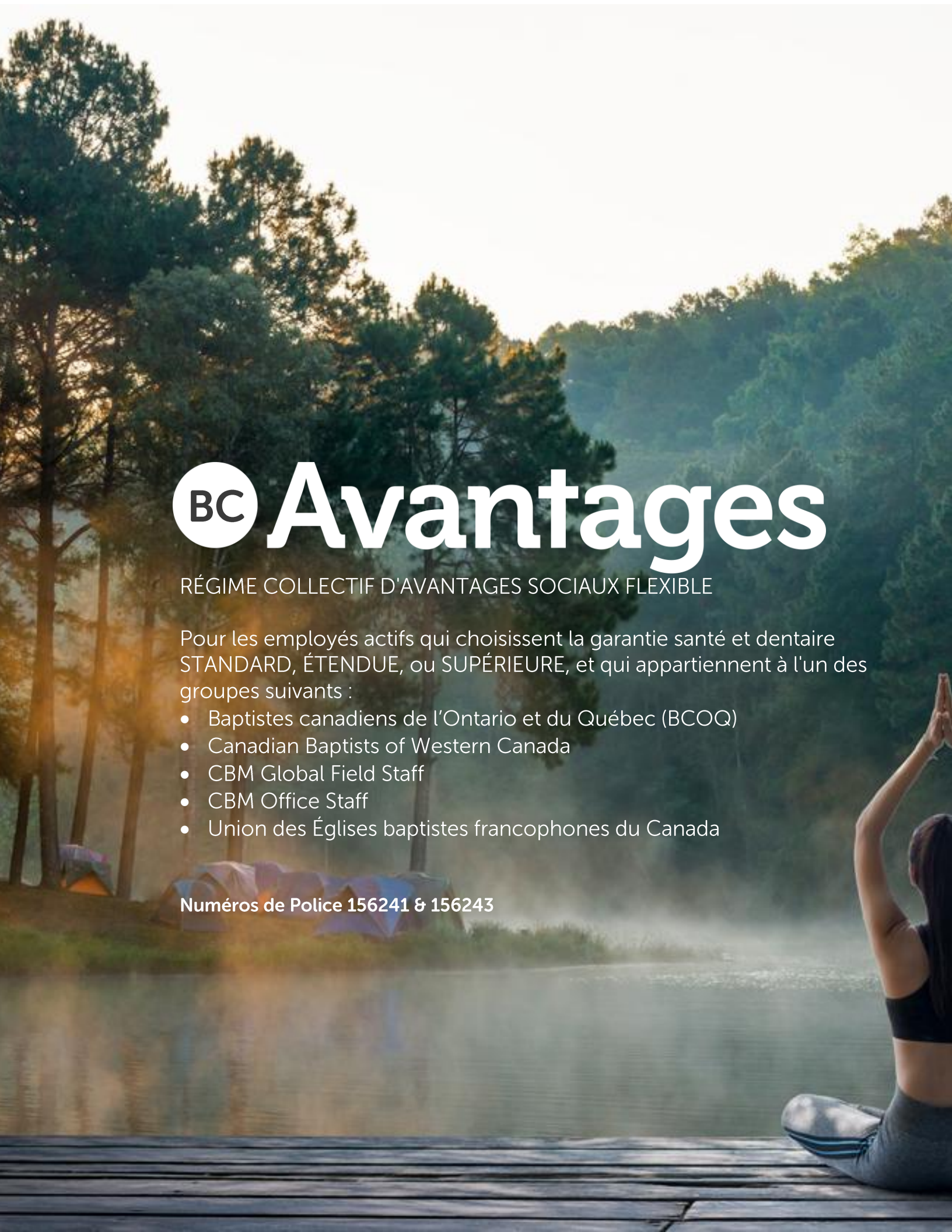


The background of the entire page is a photograph of a peaceful outdoor scene. In the foreground, a person is sitting on a wooden dock, seen from the back, in a yoga pose with their hands raised. The dock is made of dark wooden planks. Beyond the dock is a calm body of water, possibly a lake or a wide river, which reflects the surrounding trees and the soft light of the sky. In the middle ground, there are several colorful tents (purple, blue, and orange) pitched on a grassy bank. The background is filled with tall, dark evergreen trees, and the sky is a pale, hazy blue, suggesting early morning or late afternoon. The overall mood is tranquil and natural.

Avantages

RÉGIME COLLECTIF D'AVANTAGES SOCIAUX FLEXIBLE

Pour les employés actifs qui choisissent la garantie santé et dentaire STANDARD, ÉTENDUE, ou SUPÉRIEURE, et qui appartiennent à l'un des groupes suivants :

- Baptistes canadiens de l'Ontario et du Québec (BCOQ)
- Canadian Baptists of Western Canada
- CBM Global Field Staff
- CBM Office Staff
- Union des Églises baptistes francophones du Canada

Numéros de Police 156241 & 156243

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

- Afin de recevoir de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux, de soins dentaires et Compte de gestion des dépenses santé, veuillez composer le 1 833 900-3853
- Afin de recevoir de l'assistance relativement toute autre question, veuillez composer le 1 888 252-1847

Processus en cas de plainte

Si vous avez des préoccupations à propos de ces produits ou des services de la Canada Vie, nous vous invitons à communiquer avec nous. Pour nous appeler :

Numéro sans frais : 1 888 252-1847

Vous pouvez également communiquer avec la Canada Vie par l'intermédiaire de notre site Web en allant à la page www.canadavie.com/plaintes.

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions des polices collectives n^{os} 156241 et 156243. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions des polices, 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 : 23 octobre 2025

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 sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifier nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels. Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes et d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examen paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels. Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre [compte en ligne](#) ou en présentant une demande par l'entremise de notre [centre de protection des renseignements personnels](#) à l'adresse www.canadavie.com/confidentialite. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder à vos renseignements personnels ou les corriger, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site www.canadavie.com/confidentialite.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	7
Personnes à charge couvertes	8
Désignation de bénéficiaire	8
Assurance-vie de base - salariés	9
Assurance-vie de base - personnes à charge	10
Assurance-vie facultative	11
Rente d'invalidité de longue durée (ILD)	12
Garantie soins médicaux supplémentaires	15
Contact - Programme d'aide aux employés	27
Services médicaux virtuels	28
Garantie soins dentaires	29
Compte de gestion des dépenses santé (CGDS)	36
Coordination des prestations	39
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Experts médicaux de Teladoc)	40

Le régime BC Avantages en un coup d'œil

Le régime BC Avantages est un programme d'avantages sociaux flexibles qui vous permet de choisir des couvertures qui répondent à vos besoins particuliers et à votre situation personnelle.

- Vous recevez automatiquement des garanties de **BASE** après l'approbation de votre demande d'adhésion.
- Vous pouvez choisir parmi trois options, **STANDARD**, **ÉTENDUE** ou **SUPÉRIEURE**, qui offrent chacune une couverture pour soins de santé et pour soins dentaires.
- L'option **STANDARD** est offerte sans frais; les options **ÉTENDUE** et **SUPÉRIEURE** exigent des frais qui sont partagés entre le membre et son employeur (consultez la Fiche de taux pour plus de détails).
- Ces choix restent en place jusqu'à la prochaine période de renouvellement bisannuelle (à moins qu'un événement admissible survienne).

VOS GARANTIES DE BASE

COVERAGE	DETAILS
Assurance vie de base	• Employé : 40 000 \$
Assurance vie des personnes à charge	• Conjoint : 20 000 \$ Enfant(s) : 8 000 \$
Invalidité de longue durée (ILD)	• 67 % de votre salaire mensuel, jusqu'à concurrence de prestations maximales de 5 000 \$ • Payable après 189 jours (27 semaines) d'invalidité • Ces prestations sont intégrées aux prestations d'invalidité payables en vertu du Régime de pensions du Canada • Les prestations versées sont imposables
Assurance décès et mutilation par accident (DMA)	• Versement d'une somme forfaitaire pouvant atteindre 25 000 \$ si vous subissez une blessure grave ou décédez à la suite d'un accident
Soins de santé en ligne par Consult+	• Consult+ vous offre, ainsi qu'à votre famille, un accès illimité en ligne 24 heures sur 24, sept jours sur sept à des professionnels de la santé canadiens, et ce, quand et où le besoin s'en fait sentir • Services inclus : diagnostics et conseils; ordonnances (nouvelles et renouvellements); réquisitions de laboratoire et d'imagerie; et renvois vers des spécialistes
Programme d'aide aux employés (PAE)	• Vous offre, à vous et à vos personnes à charge, l'accès à des services confidentiels de counseling et d'information
Teladoc	• Vous offre, à vous et à vos personnes à charge, l'accès à un réseau de spécialistes médicaux si vous recevez un diagnostic de maladie grave • Vous permet d'obtenir une explication détaillée de votre état de santé, de vérifier un diagnostic et de confirmer les meilleures options de traitement

OPTIONS DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES

	OPTIONS		
	STANDARD	ÉTENDUE	SUPÉRIEURE
SOINS DE SANTÉ			
Médicaments sur ordonnance			
Toutes les options : • Prévoient un plafond de 5 \$ pour les frais d'ordonnance et une carte de médicaments pouvant être utilisée au point de vente; • Prévoient un plafond de 5 000 \$ par personne, par année, pour les débours personnels; après cela, toutes les dépenses admissibles additionnelles sont remboursées à 100 %; • Couvrent les vaccins préventifs; les moniteurs de glycémie en continu sont remboursés jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par personne, par année civile.			
Remboursement des médicaments sur ordonnance			
• Médicaments figurant au formulaire	75 %	80 %	90 %
• Médicaments ne figurant pas au formulaire	50 %	60 %	70 %
Les dépenses de soins de santé sont remboursées en fonction des pourcentages indiqués ci-dessous, jusqu'à concurrence des maximums indiqués (par personne, par année)			
Remboursement	75 %	80 %	90 %
Services paramédicaux			
• Orthophoniste	1 500 \$ par année	1 500 \$ par année	1 500 \$ par année

OPTIONS DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES (suite)

	OPTIONS		
	STANDARD	ÉTENDUE	SUPÉRIEURE
Services paramédicaux			
- Psychologue - Travailleur social - Psychothérapeute - Conseiller certifié	Maximum combiné de 1 500 \$ par année	Maximum combiné de 1 500 \$ par année	Maximum combiné de 1 500 \$ par année
- Physiothérapeute - Massothérapeute autorisé - Ostéopathe - Chiropraticien - Naturopathe - Podiatre/podologue - Acuponcteur			
- Homéopathe - Ergothérapeute			
	Maximum de 500 \$ par année pour chaque service, sous réserve d'un maximum annuel combiné de 1 000 \$	Maximum de 500 \$ par année pour chaque service, sous réserve d'un maximum annuel combiné de 1 250 \$	Maximum de 750 \$ par année pour chaque service, sous réserve d'un maximum annuel combiné de 1 500 \$
	n/a	n/a	
	n/a	n/a	
Assurance voyage			
Les trois options offrent une assurance pour les urgences médicales hors du pays pouvant atteindre 1 000 000 \$ par personne, par urgence.			
Soins de la vue			
Examens de la vue	s.o.	Jusqu'à 50 \$ tous les deux ans	Jusqu'à 100 \$ tous les deux ans
Montures et lentilles, lentilles cornéennes	s.o.	Jusqu'à 150 \$ tous les deux ans (tous les ans pour les enfants admissibles)	Jusqu'à 200 \$ tous les deux ans (jusqu'à 150 \$ tous les ans pour les enfants admissibles)
Fournitures et services médicaux			
Les trois options couvrent les services ambulanciers (y compris une ambulance aérienne).			
Soins infirmiers privés	Jusqu'à 5 000 \$ tous les trois ans	Jusqu'à 5 000 \$ tous les trois ans	Jusqu'à 10 000 \$ tous les trois ans
Orthèses et chaussures orthopédiques	Jusqu'à 300 \$ par année	Jusqu'à 300 \$ par année	Jusqu'à 300 \$ par année
Prothèses auditives	Jusqu'à 300 \$ tous les quatre ans	Jusqu'à 300 \$ tous les quatre ans	Jusqu'à 600 \$ tous les cinq ans
SOINS DENTAIRES			
Maximum annuel	500 \$ par année civile	Jusqu'à 1 500 \$ par année	Jusqu'à 2 000 \$ par année pour les services de base et majeurs combinés
Service de base (ex. : de routine, préventifs, endodontiques et parodontaux)	75 %	80 %	80 %
Fréquence des examens de rappel	Tous les 12 mois (tous les six mois pour les enfants admissibles)	Tous les 12 mois (tous les six mois pour les enfants admissibles)	Tous les 12 mois (tous les six mois pour les enfants admissibles)
Services de restauration majeurs (ex. : couronnes, onlays, ponts et prothèses dentaires)	s.o.	s.o.	50 %
Orthodontie	s.o.	s.o.	50 % (jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 000 \$ par personne)
COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS) : DÉPÔT ANNUEL			
Participant seulement	250 \$	125 \$	s.o. (aucun CGDS en vertu de cette option)
Participant + 1 personne à charge	500 \$	250 \$	
Participant + 2 personnes à charge ou plus	750 \$	375 \$	

ASSURANCES FACULTATIVES

À compter du 1^{er} février 2026, les assurances vie et maladies graves facultatives seront offertes par l'intermédiaire du programme Liberté de choisir de la Canada Vie. Pour en savoir plus sur ce programme, les primes exigibles et souscrire une de ces assurances, rendez-vous à [Ma Canada Vie](#) au travail.

Si vous avez souscrit une assurance vie facultative *avant le 1^{er} janvier 2026*, ou si vous désirez en savoir plus sur l'assurance Décès et mutilation par accident (DMA) offerte auprès de CHUBB, consultez la Fiche de taux et le Guide de sélection pour connaître les détails applicables.

Sommaire des garanties

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

	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Assurance-vie de base - Salariés			
Montant	40 000 \$		
	Ce montant diminue à 5 000 \$ à 65 ans et à 2 500 \$ à 70 ans.		
Assurance-vie de base - Personnes à charge			
Conjoint	20 000 \$		
Chaque enfant	8 000 \$		
	L'assurance-vie de base de vos personnes à charge diminue de 50 % lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans		
Assurance-vie facultative			
Participant et conjoint	Supplément d'assurance offert en multiples de 10 000\$, jusqu'à concurrence de 500 000\$, sous réserve de l'approbation des justifications d'assurabilité. Si vous êtes couvert aux termes du présent régime à la fois à titre de salarié et de conjoint, vous ne pouvez bénéficier d'un montant supérieur au maximum de 500 000 \$.		
Chaque enfant	Supplément d'assurance offert en multiples de 2 000 \$, jusqu'à concurrence de 20 000 \$.		
	À noter : Si vous n'avez pas choisi l'assurance-vie facultative avant le 1^{er} janvier 2026, vous ne pourrez pas choisir cette assurance après cette date. Si vous avez choisi l'assurance-vie facultative avant le 1^{er} janvier 2026, vous ne pourrez pas choisir des montants d'assurance supplémentaires après cette date. Vous pouvez diminuer le montant de cette assurance à tout moment. À compter du 1^{er} janvier 2026, vous pourriez être admissible aux garanties mobiles. Allez à www.macanadavieautravail.com pour en savoir plus.		
Rente d'invalidité de longue durée			
Période d'attente	189 jours		
Montant	Montant égal à 67 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 5 000 \$.		

	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Médicaments sur ordonnance			
Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants.			
Franchise	aucune		
Règlement proportionnel			
Frais couverts par l'Assistance médicale globale et frais de soins urgents reçus à l'étrange	100 %	100 %	100 %
Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada			
- -Portion des frais de médicaments qui correspond aux frais d'exécution d'ordonnance	100 %	100 %	100 %
- Portion restante des frais de médicaments	Frais de médicaments au titre du régime de base: 75 % jusqu'à ce que 5 000 \$ de prestations aient été versés au cours d'une année civile, puis 100 % pour le reste de l'année civile Frais de médicaments au titre du régime complémentaire: 50 % jusqu'à ce que 5 000 \$ de prestations aient été versés au cours d'une année civile, puis 100 % pour le reste de l'année civile	Frais de médicaments au titre du régime de base: 80 % jusqu'à ce que 5 000 \$ de prestations aient été versés au cours d'une année civile, puis 100 % pour le reste de l'année civile Frais de médicaments au titre du régime complémentaire: 60 % jusqu'à ce que 5 000 \$ de prestations aient été versés au cours d'une année civile, puis 100 % pour le reste de l'année civile	Frais de médicaments au titre du régime de base: 90 % jusqu'à ce que 5 000 \$ de prestations aient été versés au cours d'une année civile, puis 100 % pour le reste de l'année civile Frais de médicaments au titre du régime complémentaire: 70 % jusqu'à ce que 5 000 \$ de prestations aient été versés au cours d'une année civile, puis 100 % pour le reste de l'année civile

	Médicaments sur ordonnance -Contribution maximale des résidents du Québec Si vous résidez au Québec, une contribution maximale est prévue relativement aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (liste de médicaments couverts par l'État). Si la somme des montants non remboursables que vous êtes tenu de verser à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État pour vous et vos enfants à charge ou pour votre conjoint atteint dans une année civile la contribution maximale établie par la loi, le montant payable à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État engagés pour ces mêmes personnes pendant le reste de l'année civile est rajusté comme suit : 1. le remboursement est fait à 100 %; 2. aucune autre contribution ne s'applique. La contribution maximale ci-dessus ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés hors du Québec.		
Tous les autres frais	75 %	80 %	90 %
	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Maximums – Frais ordinaires			
Services ambulanciers au Canada	protection incluse		
Soins infirmiers à domicile	5 000 \$ par période de trois années		10 000 \$ par période de trois années
Limite relative aux soins infirmiers à domicile	Dès l'âge de 65 ans, le maximum sera réduit du montant versé au cours des trois années précédentes jusqu'à concurrence d'un maximum pour toute la durée de la protection de 5 000 \$.		S/O
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	protection incluse		
Plafond des frais d'exécution d'ordonnance	Les frais couverts maximums en remboursement de la partie des frais de tout médicament sur ordonnance représentant les frais d'exécution d'ordonnance sont fixés à 5 \$. Cette limite ne s'applique pas si vous résidez au Québec.		
Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection	1 200 \$ par année civile		
Appareils auditifs	300 \$ par période de 4 ans	300 \$ par période de 4 ans	600 \$ par période de 5 ans
Chaussures orthopédiques adaptées et orthèses du pied faites sur mesure	300 \$ par année civile pour tous les types de soins combinés		
Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse		
Prothèses mammaires externes	une première prothèse ainsi qu'une prothèse de remplacement par période de deux années civiles		
Soutiens-gorge chirurgicaux	2 par année civile		

	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans		
Rampes d'accès extérieures	une pendant toute la durée de la protection jusqu'à un maximum de 2 000 \$		
Appareils de contrôle de la glycémie	un par période de 4 ans		
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	4 000 \$ par année civile		
Pompes à perfusion d'insuline	5 000 \$ par pompe, une fois par période de 5 ans		
Dispositifs d'injection d'insuline	un pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 1 000 \$		
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pendant toute la durée de la protection		
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 1 500 \$		
Bas de compression sur mesure	Deux paires par année civile		
Perruques			
- pour patients atteints du cancer qui suivent des traitements de chimiothérapie	100 \$ pendant toute la durée de la protection		
- pour d'alopecie totale	250 \$ pendant toute la durée de la protection		
Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées pour établir un diagnostic	protection incluse		
Autres fournitures médicales couvertes	protection incluse		

	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Maximums – Soins paramédicaux			
Soins donnés par un acupuncteur, un chiropraticien, un massothérapeute, un naturopathe, un ostéopathe, un physiothérapeute, un podiatre	500 \$ par praticien par année civile jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ pour tous les types de soin combinés par année civile	500 \$ par praticien par année civile jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 250 \$ pour tous les types de soin combinés par année civile	750 \$ par praticien par année civile jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$ pour tous les types de soin combinés par année civile
Soins donnés par un psychologue, ou un travailleur social, un psychothérapeute, un conseiller clinicien, et un conseiller certifié canadien	1 500 \$ par année civile pour tous les types de soins combinés		
Soins donnés par un orthophoniste	1 500 \$ par année civile		
Maximums – Soins oculaires			
Examens de la vue	protection non offerte	50 \$ par période de 24 mois	100 \$ par période de 24 mois
Glasses, Contact Lenses and Laser Eye Surgery			
- Dependent Children Under Age 18	protection non offerte	150 \$ par période de 12 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés	150 \$ par période de 12 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
- All Others	protection non offerte	150 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés	200 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
Soins d'urgence reçus hors du pays	1 000 000 \$ par urgence médicale		
Assistance médicale globale	protection incluse		
Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité		

	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Soins dentaires			
Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants.			
Barème servant au règlement	barème des honoraires pour soins dentaires en vigueur dans votre province de résidence à la date des soins		
Franchise	aucune		
Règlement proportionnel			
Soins ordinaires	75 %	80 %	80 %
Soins extraordinaires	protection non offerte	protection non offerte	50 %
Soins orthodontiques	protection non offerte	protection non offerte	50 %
Blessure accidentelle aux dents	100 %	100 %	100 %
Maximums			
Soins ordinaires	500 \$ par année civile	1 500 \$ par année civile	2 000 \$ par année civile pour ces types de frais combinés
Soins extraordinaires	protection non offerte	protection non offerte	
Soins orthodontiques	protection non offerte	protection non offerte	2 000 \$ pendant toute la durée de la protection
Blessure accidentelle aux dents	illimité	illimité	illimité

	Ordinaire	Feuille	Supérieure
Compte de gestion des dépenses santé	Voir la description	Voir la description	protection non offerte

Renseignements sur votre régime flexible d'avantages sociaux

- Tous les changements d'option et les modifications du montant de l'assurance-vie facultative prennent effet tous les deux ans, au 1^{er} janvier, sauf dans le cas d'une modification consécutive à un changement dans la situation de famille. Dans ce dernier cas, la modification prend effet à la date de la demande en ce sens, à condition que celle-ci soit présentée dans le délai de 31 jours après la date du changement dans la situation de famille. À défaut de présenter la demande dans le délai imparti, la modification ne prend effet que le au 1^{er} janvier de la période de réinscription suivante.

À noter : Pour ce qui est de la garantie Soins médicaux supplémentaires et de la garantie Soins dentaires, vous ne pouvez monter ou descendre que d'un seul niveau d'option à la fois. Vous devez demeurer au niveau choisi pendant deux ans. Ces restrictions sont annulées si vous changez d'option par suite d'un changement dans la situation de famille.

Pour toute augmentation du montant de l'assurance-vie facultative (que ce soit par suite d'un changement dans la situation de famille ou pour toute autre raison), vous devez fournir une preuve d'assurabilité et votre demande d'augmentation doit être approuvée par la Canada Vie.

- Si votre situation de famille change au cours d'une année de protection et que ce changement modifie vos besoins en matière de protection, vous pouvez apporter des changements aux options des garanties qui sont directement liées au changement de votre situation de famille sans devoir attendre la prochaine période de renouvellement, soit tous les deux ans, au 1^{er} janvier. On entend par « changement de situation de famille » tout changement ci-dessous :
 - salarié qui a pour la première fois un conjoint assurable ou un enfant assurable;
 - salarié bénéficiant de la protection à l'égard des enfants mais non à l'égard du conjoint qui a pour la première fois un conjoint assurable;
 - salarié bénéficiant de la protection à l'égard du conjoint mais non à l'égard des enfants qui a pour la première fois un enfant assurable (enfant naturel, adopté ou du conjoint);
 - perte involontaire d'une protection similaire couvrant le salarié ou les personnes à charge aux termes du programme d'avantages sociaux du conjoint (par exemple, en raison d'un changement dans les états de service de votre conjoint);
 - décès du conjoint assurable ou de l'enfant unique assurable;
 - conjoint ou enfant unique du salarié qui cesse de répondre à la définition de personne à charge assurable (par exemple, à la suite d'un divorce ou après que l'enfant a atteint l'âge limite – Reportez-vous à Personnes à charge couvertes du présent livret).

À noter : Veuillez consulter votre gestionnaire pour des détails au plus tard 31 jours après le changement dans la situation de famille. Certaines conditions s'appliquent.

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime à la date de votre entrée en fonctions.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.

Vous pouvez renoncer à la protection de soins médicaux ou de soins dentaires (ou aux deux) si vous profitez déjà de ces protections aux termes du régime de votre conjoint. Si votre protection aux termes du régime de votre conjoint prend fin, vous devez vous inscrire au présent régime.

- La protection ne prend effet que si vous êtes en activité de service. Si vous êtes absent du travail le jour où votre protection est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prend effet qu'à la date de votre retour au travail.

Dans le cas d'une augmentation du montant de la protection ou des prestations en cours de garantie, la modification ne prend effet que si vous êtes en activité de service.

- Le salarié qui occupe un emploi temporaire, saisonnier ou à temps partiel ne peut participer au régime.

Votre protection expire lorsque votre service prend fin, lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque vous cessez de verser la cotisation exigible ou encore lorsque la police expire, selon la première éventualité.

- La protection garantie à 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.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.
- 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 votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires, Soins dentaires et Contact, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de 2 ans ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

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

- Votre conjoint (légitime ou de fait).

« 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 36 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 22 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

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 22 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 22 ans, ou avant l'âge de 25 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

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 employeur.

ASSURANCE-VIE DE BASE - SALARIÉS

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 employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Si vous devenez invalide en cours de garantie, la Canada Vie pourrait, après la période d'attente, exonérer le paiement des primes exigibles en contrepartie de votre assurance-vie, et ce, durant la période d'indemnisation.

La période d'attente à satisfaire aux termes de l'assurance-vie est la même qu'aux termes de la garantie Rente d'invalidité de longue durée.

La période d'indemnisation est définie comme la période consécutive à la période d'attente pendant laquelle votre état de santé répond à la définition de l'invalidité aux termes de la garantie Rente d'invalidité de longue durée. La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà de votre 70^e anniversaire.

- Votre garantie d'assurance-vie expire si vous êtes âgé de 65 ans ou plus et que vous n'êtes plus en activité de service. Par contre, si vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie ou d'une blessure, votre garantie d'assurance-vie peut être prolongée, si la prime continue d'être versée, jusqu'à concurrence de six mois suivant la date à laquelle vous n'êtes plus en activité de service.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin avant votre 71^e anniversaire, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE-VIE DE BASE - PERSONNES À CHARGE

Si une personne à votre charge décède en cours de garantie, la Canada Vie vous versera le montant prévu au titre de l'assurance-vie des personnes à charge. Votre employeur se chargera de vous expliquer les modalités de règlement.

- Si vous êtes invalide et que vous avez droit à l'exonération des primes de votre assurance-vie, la garantie d'assurance-vie des personnes à charge se poursuivra également sans autre paiement de prime, et ce, jusqu'à l'expiration de votre assurance-vie aux termes du présent régime ou la date à laquelle vos personnes à charge cessent d'être admissibles à cette assurance.
- Votre garantie d'assurance-vie des personnes à charge expire si vous êtes âgés de 65 ans ou plus et que vous n'êtes plus en activité de service. Par contre, si vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie ou d'une blessure et que votre assurance-vie fait l'objet d'une prolongation, votre garantie d'assurance-vie des personnes à charge est aussi prolongée.
- Si vous résidez au Québec et que l'assurance de votre conjoint ou de votre enfant prend fin avant votre 71^e anniversaire, votre conjoint ou votre enfant peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Si vous résidez ailleurs au Canada et que l'assurance de votre conjoint prend fin avant son 71^e anniversaire, votre conjoint peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Pour la police individuelle de votre conjoint ou de votre enfant, vous ou votre conjoint devez en présenter la demande et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE
(Seuls les salariés qui ont choisi l'assurance-vie facultative
avant le 1^{er} janvier 2026 sont admissibles)

L'assurance-vie facultative vous permet de souscrire un supplément d'assurance pour vous et vos personnes à charge. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant que vous pouvez obtenir.

L'admissibilité à l'assurance-vie facultative pour vous et votre conjoint est assujettie à la remise d'une justification d'assurabilité et à l'approbation de la Canada Vie. L'admissibilité à l'assurance-vie facultative pour votre enfant est assujettie à la remise d'une justification d'assurabilité et à l'approbation de la Canada Vie seulement si vous présentez la demande plus de 31 jours après la date d'admissibilité. Si la demande d'adhésion contient des réponses ou des renseignements qui sont faux ou omet de divulguer tout fait important pour l'établissement de la protection, la Canada Vie peut annuler l'assurance facultative.

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 employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement. Si l'une de vos personnes à charge décède, vous recevrez le montant pour lequel elle était assurée.

- Si vous avez droit à l'exonération des primes exigées en contrepartie de votre assurance-vie de base, votre assurance-vie facultative et celle de vos personnes à charge, le cas échéant, se poursuivront sans autre paiement de prime, et ce, tant que votre assurance-vie de base restera en vigueur, mais jamais passé la date à laquelle votre assurance facultative prendrait normalement fin aux termes des présentes.
- Si vous résidez au Québec et que votre assurance-vie facultative, celle de votre conjoint ou celle de votre enfant prend fin, vous, votre conjoint ou votre enfant pouvez avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Si vous résidez ailleurs au Canada et que votre assurance-vie facultative ou celle de votre conjoint prend fin, vous ou votre conjoint pouvez avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Pour ce qui concerne l'assurance de votre conjoint ou de votre enfant, vous ou votre conjoint pouvez présenter la demande. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

- Votre assurance-vie facultative et celle de vos enfants ne se poursuivent jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance. L'assurance-vie facultative de votre conjoint ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance ou celui de votre conjoint, selon la première éventualité.

Restriction en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide dans les deux ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance-vie facultative ou une augmentation de cette assurance. En pareil cas, la Canada Vie rembourse toutes les primes qui lui ont été versées. Cette restriction ne s'applique pas à l'assurance sur la tête d'un enfant à charge.

RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)

Le régime vous garantit un revenu régulier en cas de perte de salaire attribuable à une longue 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 (**conformément à la définition donnée pour ce terme dans la police**) ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, selon la première éventualité. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant de la rente et la période d'attente.

- Dans le cas où l'invalidité ne se poursuit pas de façon continue, il y a cumul du nombre de jours pendant lesquels vous souffrez d'invalidité jusqu'à concurrence du nombre de jours de la période d'attente, à condition qu'il n'y ait pas plus de deux semaines d'intervalle entre les périodes d'invalidité et que l'invalidité soit attribuable à la même maladie ou à la même blessure. Si votre employeur vous offre un régime d'assurance invalidité de courte durée ou si vous recevez toujours des prestations de maladie à la date à laquelle la période d'attente prendrait normalement fin, la période d'attente est prolongée jusqu'à l'expiration de la période d'indemnisation prévue en cas d'invalidité de courte durée ou en cas de maladie, mais jamais passé un an après le début de l'invalidité.
- La rente ILD est servie durant les 24 premiers mois qui suivent 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.
- Après 24 mois, la rente ILD continue d'être versée seulement si votre invalidité vous empêche d'exercer quelque activité lucrative que ce soit. Par « activité lucrative » on entend tout emploi que votre état de santé vous permet d'exercer, pour lequel vous possédez la qualification minimum nécessaire et qui vous garantit un revenu au moins égal à 75 % de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation.
- Après la période d'attente, 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 six mois.
- Comme votre employeur supporte une partie ou la totalité du coût de l'assurance ILD, la rente est imposable.
- Votre assurance ILD ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance.

Revenus d'autres sources

Votre rente ILD est diminuée des revenus d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre invalidité. Votre rente est d'abord diminuée des montants indiqués ci-dessous.

- Prestations d'invalidité ou de retraite auxquelles vous avez droit, à titre personnel, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exception des augmentations qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation.
- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.

Votre rente ILD est encore réduite si la somme des revenus indiqués ci-dessous est supérieure à 80 % de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant 80 % de la rémunération mensuelle.

- Rente payable aux termes du présent régime.
- Prestations auxquelles un membre de votre famille a droit, du fait de votre invalidité, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, et qui vous sont versées directement, à l'exception des augmentations qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation.
- Prestations auxquelles vous ou un membre de votre famille avez droit, conformément à la législation en vigueur, pour perte de revenu consécutive à votre invalidité (exception faite des prestations d'assurance-emploi) et, lorsque la loi le permet, indemnités prévues par une assurance-automobile.
- Prestations d'invalidité versées aux termes d'une assurance offerte aux membres d'une association.
- Rémunération, prestations d'invalidité ou prestations de retraite provenant d'un emploi, exception faite de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan ou d'un programme de réadaptation autorisé (l'indemnité de cessation d'emploi et la prestation de départ sont incluses dans le revenu d'emploi aux termes de la présente disposition).

Votre rente ILD n'est pas diminuée de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan ou d'un programme de réadaptation autorisé, sauf si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan ou programme, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus, y compris toute augmentation des prestations aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec prenant effet au cours d'une période d'indemnisation, est supérieure à la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle.

Si d'autres revenus n'ont pas été accordés ou reçus, la Canada Vie aura le droit de les estimer conformément aux dispositions de tout régime ou de toute loi applicables.

Prestations de réadaptation professionnelle

La notion de réadaptation professionnelle englobe tout emploi ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre une activité lucrative et un mode de vie plus productif. Tout plan ou programme 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 pendant laquelle vous ne vous soumettez pas au programme de traitement recommandé dans le cas de l'affection dont vous souffrez ou pendant laquelle vous refusez d'y participer de bonne foi.

Compte tenu de la gravité de votre état, il se pourrait que vous soyez tenu de vous faire suivre par un spécialiste.

Si votre invalidité est imputable en partie à une toxicomanie, le traitement doit comprendre une cure de désintoxication dans le cadre d'un programme reconnu.

- 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 pendant laquelle vous refusez de participer à un plan ou un programme 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 de douze mois où vous ne résidez pas au Canada pendant au moins six mois.
- 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

- Afin de soumettre une demande de règlement en ligne, allez au www.canadavie.com.
- Afin de soumettre une demande de règlement sur papier, procurez-vous le Guide de présentation des demandes de règlement du salarié (formule M4307B (f)) et suivez-en les directives.

Vous pouvez vous procurer ce guide auprès de votre employeur ou en ligne sur le site web corporatif de la Canada Vie en vous rendant au www.canadavie.com.

Assurez-vous de soumettre votre demande de règlement à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de six mois après qu'on ait demandé la preuve du sinistre.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

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.

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

Frais couverts

- Service d'ambulance, y compris les services ambulanciers aériens, jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins requis.
- Soins infirmiers à domicile s'il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de 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 tout traitement de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade. Ces soins 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.

- 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.

- 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.
 - 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.

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.

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.

Aux fins de l'indemnisation, les médicaments et les fournitures sont couverts soit aux termes du plan de médicaments de base, soit aux termes du plan de médicaments supplémentaire.

Le plan de base couvre les médicaments suivants :

- médicaments figurant dans les listes des médicaments couverts au Canada ou des médicaments nécessitant une autorisation spéciale (AS), établies par le gestionnaire de demandes de règlement électroniques pour médicaments, en vigueur à la date d'achat; et
- fournitures pour diabétiques.

Le plan de médicaments supplémentaire couvre tous les médicaments et fournitures qui sont couverts aux termes de la présente garantie mais qui ne sont pas couverts par le plan de base.

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.

- Location ou, au choix de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.

Avantages

- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

BC Avantages

- 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.
- Pompes à perfusion d'insuline externe prescrites par un médecin.
- Dispositifs d'injection d'insuline sans aiguille, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- 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 chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- 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 radiodiagnostics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié, un psychothérapeute autorisé, un conseiller clinicien autorisé ou un conseiller certifié canadien.
- 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.

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 1 000 \$.
- 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.

Restrictions générales

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, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux médicaments sur ordonnance
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures non énumérés dans la liste des frais 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.

BC Avantages

- 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.

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.

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
- 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.
- Produits anti-tabagiques.
- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.
- 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 100 jours.
- 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 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.

Mesures spéciales pour les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus au titre de la protection pour médicaments sur ordonnance

Si vous résidez au Québec, vous cessez d'être couvert au titre de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans. À ce moment-là, vous devenez automatiquement couvert par le régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*. Vous devez payer les primes applicables au titre du régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*. Si vos personnes à charge ne sont pas admissibles à une protection privée par elles-mêmes, vous devez les inscrire au régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Si vous êtes toujours admissible, vous continuerez d'être couvert pour les médicaments sur ordonnance au titre du présent régime, mais sur une base supplémentaire. Cela signifie que le présent régime peut couvrir les franchises et les quotes-parts que vous devez payer au titre du régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Toutefois, vous pouvez choisir de conserver la protection actuelle pour les médicaments sur ordonnance au titre du présent régime. Cela vous procurerait une protection pour médicaments équivalente à celle offerte par la *Régie de l'assurance maladie du Québec*. Si vous faites ce choix :

- Vous devez communiquer avec la *Régie de l'assurance maladie du Québec* pour renoncer au régime général d'assurance médicaments.
- Vos primes aux termes du présent régime peuvent demeurer les mêmes ou augmenter. **Il est important de vérifier ces renseignements auprès de votre employeur avant de renoncer au régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.**

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 employeur 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*.

Autrement, nous présumerons que vous avez décidé de faire ce qui suit :

- Demeurer inscrit au régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*; et
- Maintenir votre protection pour médicaments sur ordonnance offerte aux termes du présent régime sur une base supplémentaire.

Lorsque vous avez choisi d'être couvert aux termes du présent régime, vous êtes réputé ne pas être admissible au régime général d'assurance médicaments de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Par « régime général d'assurance médicaments », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée au titre de la *Régie de l'assurance maladie du Québec*.

Comment présenter une demande de règlement

- **Frais de soins d'urgence reçus à l'étranger et frais couverts par l'Assistance médicale globale**

Consultez www.canadavie.com pour obtenir un formulaire de demande de règlement pour les frais engagés à l'étranger et l'assistance lors de voyages, ainsi que le formulaire d'autorisation de votre province ou territoire de résidence.

Remplissez tous les formulaires applicables, en prenant soin de fournir tous les renseignements requis. Envoyez les formulaires, avec les copies de vos reçus, selon les directives indiquées sur les formulaires en question.

Assurez-vous de conserver vos reçus originaux pour vos dossiers.

Aux termes de ce régime, vous recevrez des prestations pour tous les frais admissibles, y compris la partie couverte par votre régime provincial ou territorial. Nous demanderons directement à votre régie provinciale ou territoriale de l'assurance-maladie le remboursement des frais qui incombent à cet organisme.

Si la régie de l'assurance-maladie de votre province refuse le paiement, on vous demandera de nous rembourser tout montant que nous avons déjà payé au nom du régime d'assurance-maladie provincial.

Présentez toutes vos demandes de règlement dès que possible pour respecter les délais applicables dans votre province ou territoire.

- **Tous les autres frais de soins médicaux**

Demandes de règlement en ligne : Pour présenter des demandes de règlement en ligne, inscrivez-vous à www.macanadavieautravail.com. Pour utiliser ces services, vous devrez être inscrit à Ma Canada Vie au travail de même qu'au dépôt direct des règlements et à l'option Détail du règlement en ligne. Pour les demandes de règlement présentées en ligne, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Présentez vos demandes de règlement en ligne 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 vos demandes 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.

Demandes de règlement papier : Accédez à www.macanadavieautravail.com afin d'obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé en format papier. Vous pouvez aussi obtenir le formulaire M635D(f) auprès de votre employeur.

Annexez vos reçus au formulaire de demande de règlement et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- **En ce qui concerne les médicaments sur ordonnance**

Votre employeur 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 EMPLOYÉS

Le programme d'aide aux employés Contact vous procure, à vous et à vos personnes à charge, des services de consultation et d'information confidentiels. Les séances peuvent avoir lieu en personne, par téléphone ou sur l'Internet, pour des problèmes qui comprennent ceux qui suivent :

- relations conjugales et autres types de relations
- relations familiales (y compris les difficultés relatives aux soins des enfants et des aînés)
- difficultés personnelles et émotives
- abus d'alcool, toxicomanie et consommation de médicaments à mauvais escient
- violence
- monoparentalité
- deuil
- carrière et profession
- stress
- abandon du tabac

En plus des services ci-dessus, le programme d'aide aux employés Contact offre aussi les services suivants :

- information touchant les enjeux relatifs aux soins à donner aux enfants et aux soins à assurer aux aînés
- évaluation et conseils sur certains problèmes d'ordre juridique
- information sur certains enjeux d'ordre financier
- information en matière de nutrition touchant des questions et problèmes de base
- encadrement de la santé

Les services offerts aux termes du programme d'aide aux employés Contact sont accessibles en français et en anglais en composant le 1 866 289-6749.

Les services aux personnes malentendantes sont offerts en français et en anglais en composant le 711.

Ces lignes téléphoniques :

- Sont accessibles sans frais
- Sont à votre service 24 heures par jour, 7 jours sur 7, et son personnel est 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
- Peuvent être joints à partir du Canada ou des États-Unis

Pour obtenir plus d'informations sur les services offerts aux termes du programme d'aide aux employés Contact, consultez la brochure du programme fournie par votre gestionnaire de régime ou le site du programme : <https://integrale.telussante.com>.

SERVICES MÉDICAUX VIRTUELS

Vous et vos personnes à charge (chacun de vous étant considéré comme une personne au titre de ces services) avez accès à des services médicaux virtuels. Pour pouvoir en profiter, vous n'avez qu'à télécharger l'application du fournisseur de services, en fonction de ce que la Canada Vie vous communique de temps à autre. Voici les services offerts :

- Accès à un nombre illimité de consultations par appels téléphoniques, messages textes et vidéoconférences avec des professionnels de la santé, sauf si les lois applicables l'interdisent.
- Ordonnances et renouvellement d'ordonnances, lorsqu'elles sont médicalement nécessaires.
- Si des tests diagnostiques ou des analyses de laboratoire sont médicalement nécessaires :
 - préparation des formulaires de demande exigés;
 - résultats des tests diagnostiques ou des analyses de laboratoire fournis et accessibles dans l'application du fournisseur de services;
 - information sur les résultats des tests diagnostiques / analyses de laboratoire par l'intermédiaire de l'application du fournisseur de services.
- Précisions sur le plan de traitement qu'une personne a reçu à sa demande.
- Accès à la thérapie cognitivo-comportementale sur Internet (TCCi) autoguidée.
- Accès à différents spécialistes, comme des psychologues, des diététiciens (diététistes), des accompagnateurs professionnels et des accompagnateurs personnels, moyennant des frais supplémentaires

Les services ci-dessus seront offerts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Comment accéder à ces services

- **Visitez le site Web**

Anglaise: <https://consultplus.dialogue.co/>

Française: <https://consultplus.dialogue.co/?lng=fr>

- **Télécharger l'application**

Télécharger l'application Consult+ sur n'importe quel appareil mobile.

- **Visitez les pages d'aide et d'assistance**

Anglaise: www.canadalife.com/resources/consult-faq.html

Française: www.canadalife.com/fr/resources/consult-faq.html

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 courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires des dentistes indiqué au **Sommaire des garanties**. Par contre :

- le barème des honoraires des denturologistes s'applique si les soins sont donnés par un denturologiste
- le barème des honoraires des hygiénistes dentaires s'applique si les soins sont donnés par un hygiéniste dentaire indépendant
- le barème des honoraires des spécialistes s'applique si les soins sont donnés par un spécialiste (dans son champ de compétence)

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable 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.

Vous n'êtes couvert qu'à l'égard des soins, services et fournitures prévus par l'option des Soins dentaires que vous choisissez. Les soins, services et fournitures couverts aux termes de chaque option sont indiqués dans le **Sommaire des garanties**.

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 36 mois.
 - Un examen buccal partiel tous les 12 mois. (une fois tous les six mois à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 22 ans). Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Un examen parodontaux partiels tous les 12 mois (une fois tous les six mois à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 22 ans).
 - Une série complète de radiographies tous les 36 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 36 mois et une radiographie panoramique tous les 36 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.

BC Avantages

- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, une fois tous les 12 mois (une fois tous les six mois à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 22 ans).
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de huit unités de temps par année civile lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Conseils d'hygiène bucco-dentaire, à raison d'une fois pendant toute la durée de la protection.
 - 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 huit unités de temps par année civile lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibration 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.

BC Avantages

- 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

(Applicable à l'option Supérieure seulement)

- Couronnes. 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.

- Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts, lorsque ces prothèses ou ponts sont nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de garantie. Les prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts sont couverts si 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 existants 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 en cours de garantie.

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.

BC Avantages

- 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.

Soins orthodontiques (Applicable à l'option Supérieure seulement)

- Soins orthodontiques à l'égard des enfants à charge âgés de 6 à 18 ans au début du 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 60 jours suivant l'accident si l'état du patient le permet.

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

Restrictions générales

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

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils audio-visuels 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 : désensibilisation, 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.

Si vous avez choisi l'**option Supérieure**, le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.

- Hypnose ou acupuncture.
- Pour l'**option Ordinaire ou Feuille** : couronnes (autres que les couronnes préfabriquées), ponts ou prothèses amovibles, réparation de ponts ou de prothèses amovibles.

BC Avantages

- Pour l'**option Supérieure** : Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Pour l'**option Supérieure** : 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.
- Pour l'**option Supérieure** : 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.

- Pour l'**option Ordinaire ou Feuille** : Soins orthodontiques.
- Pour l'**option Supérieure** : 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.
- 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

- 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.

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 15 mois après la date des soins.

COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS) (applicable aux options Ordinaire et Feuille seulement)

Le Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) s'apparente à un compte de banque en ce sens qu'il vous permet d'obtenir le remboursement de frais médicaux et dentaires, jusqu'à concurrence d'un montant de crédits annuels prédéterminé. Votre employeur établit 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 CGDS constitue une méthode fiscalement avantageuse de payer vos frais médicaux et dentaires.

Admissibilité

Vous et vos personnes à charge êtes admissibles aux crédits du CGDS par l'entremise de votre employeur si vous êtes couvert à l'égard des soins médicaux de base ou de soins dentaires de base aux termes de votre régime collectif d'assurance-maladie ou de celui de votre conjoint. Outre les personnes à charge admissibles aux termes de votre régime collectif d'assurance-maladie, 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).

Vous pouvez demander à participer au CGDS dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous y devenez admissible pour la première fois, sinon à la date d'inscription annuelle aux termes de votre régime.

Expiration de la protection

Votre protection au titre du CGDS prend fin à la date d'expiration de votre protection aux termes de votre régime collectif d'assurance-maladie, à la date à laquelle vous mettez fin à votre participation (à toute date d'inscription au régime) ou à la date à laquelle votre employeur met fin à la protection.

La protection de vos personnes à charge au titre du CGDS 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 CGDS 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.

Veuillez 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 CGDS. 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 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 CGDS 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 générales

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 sont payables 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

Aux termes du CGDS, vous vous voyez rembourser le solde des frais admissibles une fois que vous avez reçu votre remboursement au titre de tous les autres régimes d'assurance vous couvrant. Vous devez d'abord soumettre vos demandes de règlement à tous les régimes d'assurance publics ou privés aux termes desquels vous ou vos personnes à charge admissibles êtes couverts. Lorsque vous avez reçu votre remboursement au titre de tous les autres régimes vous couvrant, vous pouvez présenter une demande de règlement au titre du CGDS.

Les demandes de règlement au titre du CGDS peuvent être présentées sur une formule d'indemnisation. Les demandes de règlement, visant des frais engagés au Canada relativement aux médicaments sur ordonnance, aux soins paramédicaux, aux soins oculaires et aux soins dentaires, peuvent aussi être présentées en ligne.

- Afin de présenter vos demandes de règlements à l'aide d'une formule, utilisez la formule M445D(f) (CGDS) dans le cas des demandes de règlement pour soins dentaires et, dans le cas de toute autre demande de règlement, la formule M635D(f) (CGDS).
- Afin de présenter vos demandes de règlement en ligne, 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, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

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.

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

- 90 jours après la fin de l'année de protection au cours de laquelle les frais ont été engagés;
- la date de résiliation du contrat CGDS, si l'expiration est attribuable au défaut de l'employeur de verser les paiements requis; ou

Avantages

- 31 jours après la date de résiliation du contrat CGDS, 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 salarié 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)

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 générales

- 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.



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.