

# Mon régime collectif



canada *vie* <sup>MC</sup>

## **RIVIAN AUTOMOTIVE CANADA INC.**

TOUS LES SALARIES

Date d'effet: 1er avril 2023

Police: 413012

## **TOUS LES SALAIRES**

---

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 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](http://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 au **[www.macanadavieautravail.com](http://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.

**TOUS LES SALARIES**

---

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 massothérapeute;
- enregistrer vos cartes de garanties dans votre application ou programme de service de paiement;
- recevoir un avis lorsque vos réclamations sont traitées.

**Plaintes de clients**

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

- Téléphone : 1 866 292-7825
- Télécopieur : 1 855 317-9241
- Courriel: **ombudsman@canadavie.com**
- Par écrit:

Ombudsman  
255, avenue Dufferin  
London (Ontario) N6A 4K1

Pour plus de renseignements sur les moyens de nous acheminer votre plainte, consultez l'adresse **[www.canadavie.com/plaintes](http://www.canadavie.com/plaintes)**.

Vous pouvez demander les formulaires de demande de règlement à votre gestionnaire de régime. Vous pouvez aussi les obtenir en ligne à même les pages de la Collective du site Web de la Canada Vie à l'adresse: [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com)

Votre demande d'indemnisation et toute autre pièce de correspondance relative à votre régime peuvent être présentées à votre employeur ou directement au service des indemnités chargé de votre régime.

**TOUS LES SALARIES**

---

Demandes d'indemnisation - Assurance vie:

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Sinistres Vie, Collective  
60, rue Osborne Nord  
Winnipeg (Manitoba)  
R3C 3A5

Demandes d'indemnisation - Soins médicaux et Soins dentaires

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Service des indemnités, Sélect  
C.P. 3050  
Winnipeg (Manitoba)  
R3C 0E6  
(800) 957-9777  
ou  
(800) 990-6654  
Ligne ATS (pour les malentendants)

Demandes d'indemnisation - Invalidité

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Bureau de gestion de l'assurance invalidité  
255 avenue Dufferin, 7<sup>e</sup> étage  
London (Ontario)  
N6A 4K1  
(519) 435-7229  
(866) 325-6413

**TOUS LES SALARIES**

---

**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 CanadaVie 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.

**TOUS LES SALARIES**

---

**SOMMAIRE DES GARANTIES**

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

**Assurance-vie - Salariés**

Montant égal à 200% de la rémunération annuelle jusqu'à concurrence de 750 000 \$. Ce montant diminue de 50% à 65 ans.

Tout montant d'assurance-vie de base-salariés supérieur à 678 000 \$ nécessite l'approbation des justifications d'assurabilité.

**Assurance-vie - Personnes à charge**

Conjoint	20 000 \$
Chaque enfant (né viable)	10 000 \$

**Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)**

Montant égal à celui de votre assurance-vie.

**Assurance invalidité de courte durée (ICD)**

Période d'attente:

En cas de blessure accidentelle	aucune
En cas de maladie	7 jours

Si vous êtes hospitalisé ou subissez une chirurgie d'un jour avant le dernier jour de la période d'attente pour cause de maladie, le service de la rente débute le premier jour d'hospitalisation ou le jour de la chirurgie.

TOUS LES SALARIES

---

Période d'indemnisation maximale:	17 semaines
Montant	Montant égal à 66.67% de la rémunération hebdomadaire, jusqu'à concurrence de 3 464 \$. Tout montant d'assurance ICD supérieur à 2 148 \$ nécessite l'approbation des justifications d'assurabilité.
Situation fiscale de la rente:	Imposable

**Assurance invalidité de longue durée (ILD)**

Période d'attente	120 jours
Montant	Montant égal à 66.67% de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence du moindre d'entre 15 000 \$ et 85% de la rémunération nette reçue avant l'invalidité. Tout montant d'assurance ILD supérieur à 9 300 \$ nécessite l'approbation des justifications d'assurabilité.
Période d'indemnisation	jusqu'à l'âge de 65 ans
Situation fiscale de la rente:	Non imposable

**Assurance-maladie supplémentaire**

***Franchise par ordonnance***

(applicable aux frais de médicaments engagés au Canada)

-franchise pour frais de médicaments sur ordonnance aucune

***Franchise par année civile***

-Assistance médicale globale aucune

-services d'ambulance et soins hospitaliers au Canada aucune

---

## TOUS LES SALARIES

---

-soins oculaires	aucune
-autres frais	
-franchise individuelle	aucune
-franchise familiale	aucune

***Règlement proportionnel***

-frais couverts par l'Assistance médicale globale	100%
-soins reçus à l'étranger	100%
-services d'ambulance et soins hospitaliers au Canada	100%
-soins oculaires	100%
-frais de médicaments sur ordonnance (engagés au Canada)	100%
- soins paramédicaux	
-soins donnés par un chiropraticien	100%
-soins donnés par un physiothérapeute	100%
-soins donnés par un psychologue, un travailleur social ou un psychothérapeute	100%
-soins donnés par un diététicien/diététiste	100%
-soins donnés par un podologue/podiatre	100%
-soins donnés par un orthophoniste	100%
-soins donnés par un massothérapeute	100%
-soins donnés par un acupuncteur	100%
-soins donnés par un naturopathe	100%
-soins donnés par un ostéopathe	100%
- tous les autres frais couverts	100%



## TOUS LES SALARIES

**Maximums-soins de base**

- soins infirmiers à domicile au Canada 10 000 \$ par période de 12 mois
- soins hospitaliers chambre individuelle
- à l'égard des frais de médicaments sur ordonnance au Canada illimité
- produits anti-tabagiques 500 \$ pendant toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
- appareils auditifs 700 \$ par période de 5 ans
- aides techniques de communication orale 500 \$ pendant toute la durée de la protection
- chaussures orthopédiques ajustées sur mesure 500 \$ par période de 12 mois
- orthèses du pied faites sur mesure 400 \$ par période de 12 mois
  
- bras myoélectriques 10 000 \$ par prothèse
- prothèses mammaires externes une par période de 12 mois
- soutiens-gorge chirurgicaux deux par période de 12 mois
- cigognes 2 000 \$ par cigogne, par période de 5 ans
- rampes d'accès extérieures pour fauteuils roulants une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 2 000 \$
- appareils de contrôle de la glycémie un par période de 4 ans
- lecteurs de glycémie en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs 4 000\$ par année civile
- 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 contention sur mesure 250 \$ par année civile

TOUS LES SALARIES

---

- perruques pour patients atteints du cancer  
200 \$ pendant toute la durée de la protection
  
- Radiodiagnostic et analyses  
de laboratoire illimité
  
- maximums - soins paramédicaux
  - soins donnés par un chiropraticien 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un physiothérapeute 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un psychologue,  
un travailleur social ou un psychothérapeute 1 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un diététicien/diététiste 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un podologue/podiatre 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un orthophoniste 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un massothérapeute 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un acupuncteur 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un naturopathe 500 \$ par année civile
  - soins donnés par un ostéopathe 500 \$ par année civile

Lorsque la loi le permet, la Canada Vie paie la partie des frais qui ne sont pas couverts par un régime de l'État. (Veuillez vous reporter aux limites prévues à l'égard des soins de podiatre/podologue aux termes de la garantie Assurance-maladie supplémentaire.)

**Maximums - Soins oculaires**

- Examens de la vue
    - Enfants âgés de 18 ans et moins un par période de 12 mois
    - Toute autre personne un par période de 24 mois
  
  - Lunettes, lentilles cornéennes, chirurgie oculaire au laser
    - Enfants âgés de 18 ans et moins 200 \$ par période de 12 mois
    - Toute autre personne 200 \$ par période de 24 mois
-

## TOUS LES SALARIES

**Montant maximum pendant toute la durée de la protection**

illimité

### Soins dentaires

**Barème servant au règlement**

Barème des honoraires pour soins dentaires de la province où les soins sont donnés, en vigueur à la date des soins.

**Franchise par année civile:**

-blessure accidentelle aux dents	aucune
-autres frais:	
-franchise individuelle	aucune
-franchise familiale	aucune

**Règlement proportionnel**

Blessure accidentelle aux dents	100%
Soins ordinaires	90%
Soins extraordinaires	50%
Soins orthodontiques	50%

**Maximums**

-blessure accidentelle	illimité
------------------------	----------

TOUS LES SALARIES

---

-soins ordinaires	2 000 \$ par année civile
-soins extraordinaires	2 500 \$ par année civile
-soins orthodontiques	1 500 \$ pendant toute la durée de la protection

**Autres renseignements**

La restriction relative aux dents extraites avant l'entrée en vigueur de la protection s'applique à la garantie soins extraordinaires.

La garantie soins ordinaires exclut les conseils d'hygiène bucco-dentaire.

La garantie soins orthodontiques exclut les soins orthodontiques à l'égard des adultes.

**Renseignements sur la protection**

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur, mais la police collective no 413012 établie par la Canada Vie en demeure le document officiel. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec votre employeur.

TOUS LES SALARIES

---

**PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION**

Vous êtes admissible immédiatement si vous êtes couvert à la date d'effet du présent régime. Dans le cas contraire, vous êtes admissible à l'expiration de la période d'attente indiquée ci-dessous. La période d'attente ne peut être satisfaite que si vous occupez continuellement un emploi en tant que salarié assurable, cette période devant prendre fin à la date d'effet du présent régime ou après cette date. Vous êtes considéré comme occupant continuellement un emploi si vous avez satisfait la condition d'activité de service tout au long de la période d'attente.

Assurance-vie de base	0 mois
Assurance invalidité de longue durée	0 mois
Assurance-maladie supplémentaire	0 mois
Soins dentaires	0 mois
Assurance Mort ou mutilation accidentelles	0 mois
Assurance invalidité de courte durée	0 mois

- Vous devez demander la protection dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité. Si vous demandez la protection dans ce délai, votre protection entre en vigueur à la date de votre demande. Passé le délai de 31 jours, vous serez tenu de présenter une preuve d'admissibilité à votre égard et à l'égard de vos personnes à charge.
- Si vous ne demandez pas l'assurance dentaire dans un délai de 31 jours après la date de votre admissibilité, vos prestations pourraient être assujetties à des restrictions. Voir la section sur les restrictions relatives aux candidats retardataires pour plus de détails.
- La protection ne prend effet que si vous êtes en activité de service. Dans le cas contraire, elle n'entre en vigueur qu'à votre retour au travail.

## TOUS LES SALARIES

---

L'augmentation de vos garanties pendant que vous êtes couvert par le présent régime ne prend effet que si vous êtes en activité de service.

- Vous devez occuper un emploi permanent, non saisonnier, et d'au moins 20.0 heures de travail par semaine pour adhérer 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 ces personnes à charge ne sont plus admissibles, selon la première éventualité.
- À l'expiration de votre protection, vous pouvez être admissible à une prolongation des garanties aux termes du régime. Votre employeur vous renseignera à ce sujet.

### **Prestations de survie**

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires se poursuit pendant une période de 24 mois à l'égard de vos personnes à charges 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 qui habite avec le salarié et dont la relation avec ce dernier est de nature conjugale.

**TOUS LES SALARIES**

---

- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à plein temps.

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

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

**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.

**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.

**TOUS LES SALARIES**

---

**ASSURANCE-VIE - 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.

- Votre assurance-vie expire lorsque vous atteignez l'âge de 71 ans.
- Vous avez droit à l'exonération des primes après une période d'invalidité continue de 120 jours. Vous êtes réputé souffrir d'invalidité au cours de la période durant laquelle vous avez droit à la rente d'invalidité de longue durée.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65<sup>e</sup> anniversaire ou avant, 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 - PERSONNES À CHARGE**

Si une personne à votre charge décède en cours de garantie, la Canada Vie vous versera le montant prévu aux termes 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 personnelle, l'assurance-vie garantie aux 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.



**TOUS LES SALARIES**

---

- Si vous résidez au Québec et que l'assurance de votre conjoint ou de votre enfant prend fin à votre 65e anniversaire ou avant, ils peuvent 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 à son 65e anniversaire ou avant, il ou elle 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.

**TOUS LES SALARIES**

---

**ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS (MMA)**

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

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

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

## TOUS LES SALARIES

**En cas de perte: Montant (payable:)**

de la vie	capital assuré
des deux mains ou des deux pieds	capital assuré
de la vision des deux yeux	capital assuré
d'une main et d'un pied	capital assuré
d'une main et de la vision d'un oeil	capital assuré
d'un pied et de la vision d'un oeil	capital assuré
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	capital assuré
d'un bras ou d'une jambe	3/4 du capital assuré
d'une main ou d'un pied ou de la vision d'un oeil	1/2 du capital assuré
de la parole	1/2 du capital assuré
de l'ouïe des deux oreilles	1/2 du capital assuré
du pouce et de l'index ou d'au moins 4 doigts de la main	1/4 du capital assuré
de tous les orteils d'un pied	1/8 du capital assuré

**En cas de perte de l'usage :**

des deux bras et des deux jambes (quadriplégie)	2 X le capital assuré
des deux jambes (paraplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe du même côté du corps (hémiplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe des côtés opposés du corps	capital assuré
des deux bras ou des deux mains	capital assuré
d'une main et d'une jambe	capital assuré
d'une jambe ou d'un bras	3/4 du capital assuré
d'une main	1/2 du capital assuré

## TOUS LES SALARIES

---

### ***Réimplantation***

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

### ***Transport du corps***

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

### **Allocation pour études à l'égard des enfants à charge**

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Canada Vie rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement supérieur. L'enfant à charge n'est admissible à cette allocation pour études que s'il était inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès ou il doit avoir été inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès et il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours de cet accident.

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

**TOUS LES SALARIES**

---

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

**Frais de transport engagés par la famille**

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

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

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

**Formation professionnelle du conjoint**

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

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

**TOUS LES SALARIES**

---

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

**Allocation pour études**

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

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

**Allocation pour fauteuil roulant**

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

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

**TOUS LES SALARIES**

---

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

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

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

Votre assurance MMA expire à votre 71<sup>e</sup> anniversaire.

***Restrictions***

Aucune prestation n'est versée en cas de décès ou de blessure résultant des faits suivants:

- Blessure intentionnelle ou suicide.
- Infection virale ou bactérienne; toute forme d'affection ou d'infirmité physique ou mentale; traitement médical ou chirurgical, sauf dans le cas de la réimplantation d'une partie du corps.
- Guerre, insurrection, ou participation volontaire à une émeute.

**TOUS LES SALARIES**

---

- Service dans les forces armées d'un pays quel qu'il soit.
- Accident subi en exerçant des fonctions en qualité de membre de l'équipage d'un aéronef, en voyageant à bord d'un appareil appartenant à l'employeur ou affrété par celui-ci ou encore en voyageant à bord d'un aéronef non immatriculé ou dont le pilote n'est pas titulaire du brevet valable pour l'appareil utilisé.

***Comment faire une demande de règlement***

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



TOUS LES SALAIRES

---

**GARANTIE RENTE D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD)**

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

- La rente ICD est servie dès l'expiration de la période d'attente lorsque, par suite d'une blessure ou d'une maladie, vous êtes dans l'impossibilité d'accomplir votre travail habituel. Vous **n'êtes pas** considéré comme invalide si vous pouvez vous acquitter de toute combinaison de tâches qui vous demandait ordinairement au moins 60 % de votre temps de travail.
- Si vous n'avez pas vu le médecin au plus tard à la date d'expiration de la période d'attente, le versement de la rente ne débute qu'après la date de votre première consultation chez le médecin.
- Les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein.

**Revenus d'autres sources**

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

- Prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit, à titre personnel, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, exception faite de toute augmentation qui prend effet après le début de la période d'indemnisation.
- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.

## TOUS LES SALARIES

---

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

Votre rente ICD 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 est supérieure à la rémunération hebdomadaire que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération hebdomadaire.

### **Prestations de réadaptation professionnelle**

La 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.

TOUS LES SALARIES

---

**Restrictions**

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

· Période :

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

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

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

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

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

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

**TOUS LES SALARIES**

---

- Durée prévue d'un congé autorisé ou d'une mise à pied. Le congé autorisé est censé commencer à la date que le salarié et l'employeur ont fixée d'un commun accord. Si un enfant naît avant le début d'un congé de maternité préétabli, le congé est réputé commencer à la date de l'accouchement.

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

- Période d'emploi, sauf dans le cadre d'un plan ou programme de réadaptation autorisé.
- 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 normale de convalescence pour un traitement reçu uniquement à des fins esthétiques. Cette restriction ne s'applique pas lorsque le traitement est entrepris en raison d'une maladie ou d'une blessure.
- Période d'incarcération dans une prison ou dans tout autre établissement similaire.
- Invalidité attribuable à la guerre, ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

TOUS LES SALARIES

---

*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 M5454 (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**.

Afin d'accélérer l'évaluation de votre demande, assurez-vous de soumettre votre demande de règlement à la Canada Vie dans les 10 jours suivant le début de l'invalidité. Aucune prestation d'invalidité n'est payable si la Canada Vie reçoit la déclaration de sinistre initiale plus de trois mois après la date d'expiration de la période d'attente ou la date d'expiration du régime de l'employeur, selon la première éventualité.

**TOUS LES SALAIRES**

---

**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<sup>e</sup> 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.
- 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 de vous acquitter des tâches essentielles de votre profession habituelle et que vous n'occupez pas un emploi vous procurant un revenu égal ou supérieur à la rente d'invalidité de longue durée prévue par le présent régime, telle qu'elle figure au Sommaire des garanties, sauf s'il s'agit d'un emploi dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.
- 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 50% de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation.
- La perte de tout permis requis dans le cadre de l'emploi ne sera pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité.

**TOUS LES SALARIES**

---

- 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 vous supportez la totalité du coût de l'assurance ILD, la rente n'est pas imposable.
- Votre assurance ILD expire à votre 65e anniversaire.

**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.
- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.
- Prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou prestations de maladie de l'employeur.
- Prestations pour perte de revenu prévues par une assurance-automobile, lorsque la loi le permet.
- 50% de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

Votre rente ILD est encore réduite si la somme des revenus indiqués ci-dessous est supérieure à 85% de la rémunération mensuelle nette que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant 85% de la rémunération mensuelle nette.

- Rente payable aux termes du présent régime.

**TOUS LES SALARIES**

---

- 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 des indemnités prévues par une assurance-automobile).
- Portion de toute indemnité versée aux victimes d'actes criminels visant à remplacer le revenu.
- 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 du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, des prestations d'invalidité de courte durée aux termes d'un régime parrainé par l'employeur ou des prestations de maladie de l'employeur (les indemnités de cessation d'emploi, les prestations de départ et toute autre indemnité similaire versée en cas de cessation d'emploi, y compris toute indemnité tenant lieu de préavis, constituent un revenu d'emploi aux termes de la présente disposition).
- Revenu de dividendes.

Votre rente ILD n'est pas diminuée davantage du reste de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme du reste de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus est supérieure à la rémunération mensuelle nette 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 nette.

Les augmentations attribuables à la hausse du coût de la vie qui s'appliquent aux revenus d'autres sources énumérés ci-dessus (exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé) et qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation ne sont pas prises en compte.



**TOUS LES SALARIES**

---

**Réadaptation professionnelle**

La notion de réadaptation professionnelle englobe toute activité liée au travail ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre votre poste ou à exercer une autre activité lucrative et ayant été recommandé ou approuvé par la Canada Vie. Au moment de déterminer si elle recommande ou approuve un plan de réadaptation, la Canada Vie tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour permettre un retour au travail dans les meilleurs délais.

**Coordination des soins médicaux**

La coordination des soins médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie qui vise à permettre au salarié d'atteindre un état de santé stable et à garantir des soins de qualité au meilleur coût possible. Au moment de déterminer si elle recommande ou approuve un programme de coordination des soins médicaux, la Canada Vie tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour permettre la stabilisation de l'état de santé.

***Restrictions***

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

- Invalidité ayant débuté avant la prise d'effet ou après l'expiration de votre assurance.
- Invalidité attribuable à une maladie ou à une blessure pour laquelle vous avez reçu des soins médicaux antérieurement à la prise d'effet de votre assurance. Cette restriction ne s'applique pas si vous devenez invalide après avoir été assuré de façon continue pendant un an, ou après une période continue de 90 jours se terminant au plus tôt à la date d'effet de votre assurance et pendant laquelle vous n'avez reçu aucun soin médical relativement à la maladie ou à la blessure dont vous souffrez.

## TOUS LES SALARIES

---

- Période à partir de laquelle vous omettez de vous soumettre au programme de traitement médical recommandé dans le cas de l'affection dont vous souffrez ou à partir de 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.

- Période à partir de laquelle vous ne faites pas le nécessaire pour demander d'autres prestations d'invalidité ou le maintien du versement de ces prestations, ou pour en appeler d'une décision prise à l'égard de ces prestations, lorsque cela est jugé approprié par la Canada Vie.
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un plan de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période à partir de laquelle vous omettez de vous livrer à une évaluation médicale ou professionnelle, ou de vous y soumettre de bonne foi.
- Durée prévue 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 êtes à l'extérieur du Canada. Cette restriction ne s'applique pas pendant les 30 premiers jours d'absence ou si la Canada Vie a autorisé l'absence avant votre départ.

## TOUS LES SALARIES

---

- Période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement par autorité de justice.
- Invalidité attribuable à la guerre ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

### ***Droit de transformation***

Si vous changez d'emploi, vous avez le droit de souscrire une police de remplacement d'assurance individuelle ILD sans preuve médicale. Vous devez en faire la demande et acquitter la première prime exigible dans le délai de 31 jours à partir de la date d'embauche à votre nouvel emploi, et vous devez entrer à votre nouvel emploi dans un délai de six mois après la date de cessation de votre emploi actuel. Votre demande d'assurance doit être acceptable au termes des règles en matière de sélection des risques de la Canada Vie en vigueur à l'égard des polices de remplacement d'assurance invalidité individuelle au moment de la demande. Communiquez avec votre employeur pour obtenir plus de détails à ce sujet.

### **Comment faire une demande de règlement**

Avant l'expiration de la période d'indemnisation prévue en cas d'invalidité de courte durée, la Canada Vie demandera à votre employeur de lui fournir certains renseignements nécessaires à l'évaluation de votre admissibilité à des prestations d'assurance invalidité de longue durée. Tous les renseignements demandés doivent lui être communiqués dans les trois mois suivant sa demande en ce sens.

TOUS LES SALARIES

---

**GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES**

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

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

***Frais couverts***

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche qui est en mesure de fournir les soins nécessaires.

TOUS LES SALARIES

---

- Frais d'hospitalisation en chambre individuelle au Canada ou, dans une maison de soins infirmiers, jusqu'à concurrence de la partie de tels frais autorisée par l'État lorsque les soins sont reçus au Canada et qu'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, et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.
- On entend par " soins palliatifs " tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.
- Soins donnés à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé lorsqu'ils sont donnés au Canada. Aucune prestation n'est payable lorsque les soins sont donnés par un membre de votre famille ou lorsque les soins ne nécessitent pas les compétences spéciales d'un infirmier auxiliaire autorisé.

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

## TOUS LES SALARIES

---

- 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 systèmes flash de surveillance du glucose .
- Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
- Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance, à condition qu'ils soient prescrits. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire du régime avant d'engager des frais.
- Vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives sont couverts .

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.

- En ce qui concerne les médicaments admissibles aux termes d'un régime d'assurance-médicaments de l'État, la couverture se limite au montant de la franchise et au règlement proportionnel que vous êtes tenu de régler.
  - Location ou, au gré de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et de certains appareils et dispositifs prescrits par un médecin.
-

**TOUS LES SALARIES**

---

- Orthèses du pied et chaussures orthopédiques sur mesure, y compris les modifications qui y sont apportées lorsqu'elles sont prescrits par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat.
- Aides techniques de communication orale, incluant les tableaux Bliss et les larynx artificiels, lorsqu'aucun autre moyen de communication n'est possible.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques, notamment l'insuline, les seringues à insuline, les stylos d'injection Novolin-Pen, les fournitures servant à l'analyse diabétique et les trousse de perfusion d'insuline, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Systèmes flash de surveillance du glucose.
- Lecteurs de glycémie en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Trousse de perfusion d'insuline, excluant les pompes à perfusion.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé, un travailleur social dûment qualifié et un psychothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un diététicien (diététiste) autorisé pour traiter les troubles de la nutrition.

TOUS LES SALARIES

---

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podologue (podiatre) autorisé (y compris les radiodiagnostic) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostic).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.

*Soins reçus hors du pays*

- **Les soins d'urgence** reçus à l'extérieur du pays sont couverts s'ils sont nécessaires par suite d'une urgence médicale survenant pendant que vous ou votre personne à charge vous trouvez temporairement à l'extérieur du Canada pour des vacances, ou pour un voyage d'affaires ou d'études. Pour avoir droit aux garanties, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par "urgence médicale" on entend une blessure fortuite et soudaine, ou une maladie fortuite et soudaine ou la phase aiguë d'une maladie qui n'aurait pu être raisonnablement prévue compte tenu des troubles médicaux antérieurs du malade.

Par soins d'urgence, on entend un traitement médical couvert qui est prodigué par suite d'une urgence médicale et immédiatement après celle-ci.

Si l'état du malade lui permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre:



TOUS LES SALARIES

---

- le montant qui serait payable aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus hors du pays; et
- le montant qui serait payable aux termes du présent régime pour des soins comparables donnés au Canada, plus le coût du retour au pays.

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Soins médicaux donnés ultérieurement relativement à une urgence médicale après la phase initiale aiguë du traitement, ce qui comprend les soins continus en situation de non-urgence du trouble traité au départ en situation d'urgence.
- Tout épisode ultérieur et connexe durant la même absence du Canada.
- Frais se rapportant à la grossesse et à l'accouchement, y compris les soins au nourrisson:
  - après la 34 semaine de grossesse; ou
  - durant toute la grossesse si les antécédents médicaux de la malade indiquent un risque supérieur à la normale d'un accouchement prématuré ou de complications.
- Frais encourus plus de 60 jours après la date de départ du Canada. Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés à la fin de la période de 60 jours, les prestations seront versées jusqu'à la fin de l'hospitalisation.
- **Les soins non urgents** reçus à l'extérieur du pays sont couverts relativement à vous et à vos personnes à charge:
  - s'ils sont nécessaires par suite de la recommandation de votre médecin canadien habituel;
  - s'ils ne sont fournis dans aucune province canadienne et doivent être reçus ailleurs pour des raisons autres que les listes d'attente ou des difficultés d'horaire;

**TOUS LES SALARIES**

---

- si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence pour une partie des coûts; et
- si une autorisation préalable des prestations est approuvée par la Canada Vie avant que vous quittiez le Canada pour recevoir le traitement.

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Traitement de recherche ou expérimental.
- Frais de transport ou d'hébergement.

Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical couvert reçu hors du pays.

- Soins donnés par un médecin.
- Radiodiagnosics 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 ou votre personne à charge 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.
- Pour des soins d'urgence seulement, transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

TOUS LES SALARIES

---

*Autres Soins Ou Fournitures*

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

**Programme 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 le plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaires 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.

**TOUS LES SALARIES**

---

- 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 de transport aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- 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 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 pour cause d'hospitalisation, 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 \$. Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est couvert 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, mais les frais de repas ne sont pas couverts.

**TOUS LES SALARIES**

---

**Garantie Soins oculaires**

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé.
- 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.

***Frais non couverts***

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

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

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

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Partie des frais pour des soins, des services ou des fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.

**TOUS LES SALARIES**

---

- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État ("régime d'État"), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

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

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

**TOUS LES SALARIES**

---

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

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

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

- Soins donnés par un podologue (podiatre) dont une partie des frais est remboursée par l'Assurance-santé de l'Ontario. Des prestations pour ces soins payables uniquement quand le plafond annuel fixé par l'Assurance-santé de l'Ontario est atteint.
- Soins prolongés.

**TOUS LES SALARIES**

---

- Soins et fournitures oculaires demandés par l'employeur comme condition d'embauche.

Les produits ou articles suivants que peuvent s'obtenir sans ordonnance ne sont pas couverts:

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

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

- la Canada Vie a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
  - la Canada Vie a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.
- Atomiseurs, appareils, prothèses et fournitures nécessaires par suite d'une colostomie.
  - Fournitures servant 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.



**TOUS LES SALARIES**

---

- 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.

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

- Médicaments ne pouvant être normalement utilisés au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments qui n'ont pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi des aliments et drogues (Canada).
- 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.
- Les médicaments suivants s'ils sont prescrits à l'intention d'un étudiant âgé de plus de 24 ans qui est à votre charge et que vous résidez au Québec.
  - 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.
  - Médicaments ou fournitures de médicaments reçus à l'extérieur du Québec.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysréction

**TOUS LES SALARIES**

---

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

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait et signalé à votre 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 pour la première fois, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.

Lorsqu'un salarié a choisi d'être couvert aux termes du présent régime, il est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

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

***Programme d'autorisation préalable***

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

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, une fourniture ou un service donné constituent un traitement raisonnable.

## TOUS LES SALARIES

---

Si l'utilisation de soins, d'une fourniture ou d'un service moins chers représente un traitement raisonnable, la Canada Vie pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, la fourniture ou le service prescrit, exiger d'une personne qu'elle fournisse une preuve clinique justifiant le fait que les soins, la fourniture ou le service le moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, la fourniture ou le service prescrits.

### ***Gestion des dossiers médicaux***

La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie; elle peut notamment inclure ce qui suit :

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

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

### ***Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux***

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

**TOUS LES SALARIES**

---

- la personne refuse de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Canada Vie ou n'y participe pas de bonne foi;  
ou
- la personne ne s'est pas conformée au plan de traitement recommandé par son médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

***Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux***

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

**TOUS LES SALARIES**

---

***Restrictions relatives aux fournisseurs désignés***

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

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

***Programme d'aide aux patients***

Un programme d'aide aux patients est un programme qui offre de l'aide aux personnes à l'égard de l'achat de soins, de fournitures et de services.

La Canada Vie peut exiger d'une personne qu'elle s'inscrive et participe à un programme d'aide aux patients auquel elle pourrait être admissible. La Canada Vie peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel la personne est admissible pour des soins, une fourniture ou un service aux termes d'un programme d'aide aux patients, que la personne ait présenté une demande à un tel programme ou non.

TOUS LES SALAIRES

---

*Comment faire une demande de règlement*

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

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

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

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement-Frais engagés à l'étranger au 1 800 957 9777.

---

TOUS LES SALARIES

---

· **Toutes les demandes de règlement pour soins médicaux peuvent être présentées en ligne.** Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à Ma Canada Vie au travail de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne. Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés. Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

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

Annexez vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 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 lorsque vous achetez des médicaments dans une pharmacie participante.

TOUS LES SALARIES

---

Avant que votre ordonnance soit remplie, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes. Assure Demandes est une série de sept contrôles électroniques effectués 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 contrôles effectués portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée de la thérapie, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des contrôles, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

Si vous procurez des médicaments sur ordonnance dans une **pharmacie non participante**, vous êtes tenu d'en acquitter le plein prix et la vérification au moyen de système Assure Demandes ne se fera pas. Pour obtenir un remboursement de ces frais, demandez à votre employeur la formule d'indemnisation relative aux médicaments sur ordonnance. Remplissez-la, annexe-y vos reçus et envoyez le tout à l'adresse indiquée dans la formule.



TOUS LES SALARIES

---

**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/](http://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 couverte 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.

## TOUS LES SALARIES

---

- 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 couverte 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. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le membre de l'équipe Experts médicaux de Teladoc.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste membre de l'équipe 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.

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.

**TOUS LES SALARIES**

---

**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 :

**Services généraux**

- 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.

---

## TOUS LES SALARIES

---

### **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 indiqué au **Sommaire des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. 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.

Les restrictions quant à la fréquence des soins et les plafonds exprimés en années se rapportent à une période de 12 mois et non à l'année civile.

### ***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. Il est recommandé de soumettre un plan de traitement à la Canada Vie avant d'entreprendre des soins dentaires pouvant coûter 200 \$ ou plus. La Canada Vie calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.
-

TOUS LES SALARIES

---

*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.
    - Examens buccaux partiels, deux fois par année. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même année.
    - Deux examens parodontaux partiels tous les 12 mois.
    - 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 la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.
  - Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
    - Polissage et application topique de fluorure, deux fois par année.
    - Détartrage et polissage de la racine, jusqu'à concurrence de 10 unités de temps tous les 12 mois.
- Une unité de temps désigne toute période de temps de 15 minutes ou toute partie d'un intervalle de 15 minutes.
- Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.
  - Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.

**TOUS LES SALARIES**

---

- 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 dentinaires 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. Un second traitement est couvert seulement si le premier traitement ne donne pas les résultats escomptés dans les 18 mois.
  - Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
    - Détartrage et polissage de la racine, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 10 unités de temps tous les 12 mois.
    - Ajustement et équilibration occlusals, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.
  - Entretien de prothèses amovibles, après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place.
    - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, tous les 36 mois.
-

TOUS LES SALARIES

---

- Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, tous les 36 mois.
- Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, tous les 36 mois.
- Réparation de prothèses amovibles existantes.
- Ajustement de prothèses amovibles, une fois tous les 12 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

*Soins extraordinaires*

- 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.

TOUS LES SALARIES

---

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

- la prothèse a été mise en place temporairement;
- la prothèse est utilisée depuis au moins cinq ans et ne peut plus être réparée. Le remplacement d'une prothèse existante utilisée depuis moins de cinq ans sera couvert si elle ne peut 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 existante peut encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
  - Entretien de prothèses amovibles ou de ponts 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.
-



TOUS LES SALARIES

---

***Soins orthodontiques***

- 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. La blessure résulte d'un coup à la bouche. 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 en cas de demande tardive***

Si vous n'adhérez pas à la garantie Soins dentaires au cours du mois qui suit la date de votre admissibilité, la protection est assujettie aux restrictions suivantes, sauf pour ce qui concerne les frais de soins dentaires nécessaires par suite d'un accident survenu après la prise d'effet de la garantie.

- Les frais de soins ordinaires ne sont remboursés que jusqu'à concurrence de 100 \$ durant les 12 premiers mois contractuels.
- Les frais de soins extraordinaires ne sont pas remboursés durant les 12 premiers mois contractuels.
- Les frais de soins orthodontiques ne sont pas remboursés durant les 24 premiers mois contractuels.

***Restrictions***

**TOUS LES SALARIES**

---

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

- Doubles de radiographies, appareils de fluoruration ordinaires, conseils d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants: traitement radiculaire d'une dent temporaire, isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants: 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, la gingivoplastie et la stomatoplastie mineures) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts aux termes de la garantie Soins extraordinaires.
- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement visant les couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.
- Frais couverts aux termes de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
- 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).

## TOUS LES SALARIES

---

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 cinq ans 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.

- Traitement de blessures accidentelles aux blessure causée par un objet inséré volontairement ou involontairement dans la bouche, 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 la personne couverte a droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que la personne bénéficie d'une protection d'assurance.
- Soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.

**TOUS LES SALARIES**

---

- 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.
- Correction d'un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la dimension verticale et soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.

TOUS LES SALARIES

---

*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-le remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demandes 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 des règlement en ligne doivent être présentés 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 tous 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.

**TOUS LES SALARIES**

---

**COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS) -  
SolutionsPlus Santé**

Le Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) est un compte qui vous permet d'obtenir le remboursement de frais d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire, jusqu'à concurrence d'un montant de crédits annuels prédéterminé. 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.

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

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

Si vous êtes inscrit à Ma Canada Vie au travail, vous pouvez aussi vérifier votre solde de compte en accédant au site web Ma Canada Vie au travail.

**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 aux termes de votre régime collectif d'assurance-maladie supplémentaire ou de celui de votre conjoint. Outre les personnes à charge admissibles aux termes de votre protection de soins médicaux de base, est également admissible toute autre personne à l'égard de laquelle vous pouvez vous prévaloir d'un crédit d'impôt pour frais médicaux en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

TOUS LES SALARIES

---

**Expiration de la protection**

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

**TOUS LES SALARIES**

---

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

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 couverts sont réputés être engagés à la date à laquelle la personne reçoit les soins, services ou fournitures.

Les crédits sont automatiquement perdus s'ils ne sont pas affectés au remboursement de frais engagés dans l'année de protection à l'égard de laquelle ils ont été alloués.



**TOUS LES SALARIES**

---

**Restrictions**

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

## TOUS LES SALARIES

---

### **Comment faire une demande de règlement**

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

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

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

Si vous utilisez la carte SolutionsPlus Santé :

- pour des frais de médicaments, vous devez d'abord utiliser votre carte de paiement direct des médicaments afin de faire une demande de règlement aux termes de votre protection de base. Ensuite, vous pouvez utiliser votre carte SolutionsPlus Santé afin de faire une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du CGDS;
- pour des frais de soins dentaires, pour lesquels votre dentiste soumet votre demande de règlement électroniquement et pour lesquels vous êtes couverts aux termes de votre protection de base, votre demande de règlement sera faite d'abord aux termes de votre protection de base. Ensuite, vous pouvez utiliser votre carte SolutionsPlus Santé afin de faire une demande de règlement pour tout solde des frais admissibles au titre du CGDS;

## TOUS LES SALARIES

---

- pour tous les autres frais, y compris les soins dentaires pour lesquels vous n'êtes pas couverts aux termes de votre protection de base, vous pouvez présenter d'abord une demande de règlement au titre du CGDS, même si une partie des frais sont payables aux termes de la protection de base parrainée par votre employeur;

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

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

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

Utilisation de la carte SolutionsPlus Santé :

- Vous devez activer la carte afin de l'utiliser en suivant les directives d'activation écrites sur la carte.
- Pour utiliser votre carte pour payer des ordonnances, vous devez activer votre carte au moins une journée ouvrable complète avant de commander ou d'acheter les articles visés à la pharmacie.
- La carte est destinée à une utilisation au Canada et elle peut servir uniquement chez les détaillants qui acceptent VisaMD et qui font partis du réseau de fournisseurs reconnus par SolutionsPlus Santé.
- Votre carte ne peut être utilisée dans les guichets automatiques bancaires (GAB) ou les commerces de détail.

TOUS LES SALARIES

---

- Votre carte ne fonctionnera pas si le montant d'une dépense est supérieur au solde actuel de votre compte. Demandez à votre fournisseur si vous pouvez diviser le coût au moment du paiement. Payez d'abord une tranche du montant au moyen du solde de votre carte, puis la tranche restante en utilisant un autre mode de paiement.
- Vous devez conserver vos reçus aux fins d'enregistrement de la transaction pendant les 12 mois qui suivent la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.
- À son entière discrétion, la Canada Vie peut annuler ou suspendre en tout temps l'utilisation de la carte SolutionsPlus Santé, et ce, sans préavis.
- Si votre carte est perdue ou a été volée, veuillez en aviser immédiatement le gestionnaire du régime en appelant un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie au numéro sans frais 1 877 883 7072.
- Si votre carte est refusée, veuillez utiliser une demande de règlement sur papier ou en ligne.

Utilisation de la demande de règlement SolutionsPlus Santé sur papier ou en ligne:

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

Présentation des demandes de règlement en ligne :

Si vous choisissez 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, 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.

**TOUS LES SALAIRES**

---

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.

Délai de la présentation des demandes de règlement :

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

- 60 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
- 31 jours après la date de résiliation du contrat CGDS, si l'expiration est attribuable à toute autre raison.

TOUS LES SALARIES

---

**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 sorte 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.

## TOUS LES SALARIES

---

### **Rôle de l'employeur**

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

### **Protection de vos renseignements personnels**

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

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

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

**TOUS LES SALARIES**

---

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

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

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

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

• **Avis aux résidents du Québec concernant la garantie Médicaments sur ordonnance**

La garantie Médicaments sur ordonnance décrite dans le présent livret satisfait les exigences de la Loi 33 du Québec - Loi sur l'assurance-médicaments.



**TOUS LES SALARIES**

---

**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

LA  
COMPAGNIE  
D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE

*Imprimé le 2023-06-16*

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.