

Mon régime collectif



canada ^{MC} vie

ARCELOMITTAL EXPLOITATION MINIÈRE CANADA S.E.N.C. (AMEM)

**Employés horaires, personnel de soutien
et membre de la Force protectrice (FP)
syndiqués**

Police collective n° 170700

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

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

La Canada Vie en ligne

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

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

Ma Canada Vie au travail

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

Avec Ma Canada Vie au travail, vous pouvez :

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

Numéro sans frais de la Canada Vie

- Afin de recevoir de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 833 861-5323
- Afin de recevoir de l'assistance relativement toute autre question, veuillez composer le 1 888 252-1847

Processus en cas de plainte

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

Numéro sans frais : 1 888 252-1847

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

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions de la police collective n° 170700. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi (dans la mesure où la loi le permet).

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

Le présent régime a été établi par



Le présent livret a été préparé le : 3 décembre 2025

Accès aux documents

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

Actions en justice

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

Procédure d'appel

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

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

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

Délai pour le paiement des prestations au Québec

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

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

Rôle de l'employeur

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

Protection de vos renseignements personnels

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

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

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

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	13
Personnes à charge couvertes	15
Désignation de bénéficiaire	15
Assurance-vie – salariés	16
Assurance-vie - personnes à charge	17
Rente d'invalidité de courte durée (ICD)	18
Rente d'invalidité de longue durée (ILD)	23
Garantie soins médicaux supplémentaires	29
Services médicaux virtuels	51
Garantie soins dentaires	55
Coordination des prestations	65

Sommaire des garanties

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

Le terme « salarié » désigne « employé ».

Assurance-vie - Salariés

Tous les salariés syndiqués actifs membres de la force protectrice, de la brigade des incendies et des bousefeux	170 000 \$
Autres salariés syndiqués actifs et retraités syndiqués qui ont pris une retraite anticipée spéciale ou qui sont âgés entre 62 et 65 ans depuis le 1 ^{er} mars 2025	85 000 \$
Retraités syndiqués qui ont pris une retraite anticipée spéciale ou qui sont âgés entre 62 et 65 ans avant le 1 ^{er} mars 2025	80 000 \$. Ce montant diminue à 12 500 \$ à 65 ans.
Retraités syndiqués ayant pris la retraite anticipée entre le 1 ^{er} janvier 1985 et le 10 août 1986	3 500 \$
Autres retraités syndiqués	12 500 \$

Assurance-vie - Personnes à charge (non applicable aux salariés retraités)

Conjoint	8 000 \$
Chaque enfant	6 000 \$

Rente d'invalidité de courte durée
(Non applicable aux salariés retraités)

Période d'attente (débutant à la première consultation médicale suivant le début de votre invalidité)

- Salariés horaires syndiqués

En cas de blessure	aucune
En cas de maladie	3 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.

- Salariés de soutien et membres de la Force protectrice syndiqués

Si, lorsque l'invalidité débute :

- vous comptez moins de 8 semaines de service :	
en cas de blessure	aucune
en cas de maladie	3 jours
- vous comptez plus de 8 semaines mais moins de 6 mois de service	2 semaines
- vous comptez plus de 6 mois mais moins de 1 an de service	4 semaines
- vous comptez plus de 1 an mais moins de 5 ans de service	8 semaines
- vous comptez plus de 5 ans de service	26 semaines

Période d'indemnisation maximale
(incluant la période d'attente)

- si votre invalidité commence après l'âge de 65 ans	15 semaines*
- si vous comptez moins de 1 an de service auprès de votre employeur lorsque l'invalidité débute	26 semaines*
- si vous comptez 1 an de service ou plus auprès de votre employeur lorsque l'invalidité débute	54 semaines*

* ou à la retraite, selon la première éventualité.

Montant	Montant égal à 66 2/3 % de la rémunération hebdomadaire, jusqu'à concurrence de :
---------	---

- au 1 ^{er} mars 2025	1 025 \$
- au 1 ^{er} mars 2026	1 050 \$
- au 1 ^{er} mars 2027	1 075 \$
- au 1 ^{er} mars 2028	1 100 \$
- au 1 ^{er} mars 2029	1 125 \$

Rente d'invalidité de longue durée
(Non applicable aux salariés retraités)

Période d'attente	54 semaines
Montant	Montant égal à 60 % de la rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de :
- au 1 ^{er} mars 2025	2 875 \$**
- au 1 ^{er} mars 2026	2 925 \$**
- au 1 ^{er} mars 2027	2 975 \$**
- au 1 ^{er} mars 2028	3 025 \$**
- au 1 ^{er} mars 2029	3 075 \$**

** La rente n'est pas indexée au cours de l'invalidité de longue durée.

Garantie Soins médicaux supplémentaires
(Non applicable aux retraités syndiqués ayant pris la retraite anticipée entre le 1^{er} janvier 1985 et le 10 août 1986)

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants. Pour plus de détails, veuillez vous référer à la partie intitulée Soins médicaux supplémentaires.

Franchises

Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	2 \$ par ordonnance
Tous les autres frais couverts	
- Franchise individuelle	15 \$ par année civile
- Franchise familiale	30 \$ par année civile

Les franchises individuelle et familiale ne s'appliquent pas aux frais suivants : soins hospitaliers au Canada, voyage au Canada à des fins médicales et soins oculaires .

Règlement proportionnel

Frais de soins ambulanciers au Canada, frais de voyages au Canada à des fins médicales, frais de soins paramédicaux, frais de séjour dans une auberge médicale et frais de soins oculaires	100 %
Frais de soins hospitaliers au Canada	
- durant les deux premières années consécutives	100 %
- après deux ans	90 %
Frais de soins non urgents reçus hors de la province de résidence	
- soins hospitaliers	100 %
- tous les frais couverts	90 %
Honoraires de médecin (frais de rapports médicaux liés à l'invalidité de courte ou de longue durée du salarié)	50 %
Tous les autres frais couverts	90 %

Médicaments sur ordonnance -
Contribution maximale
des résidents du Québec

Si vous résidez au Québec, une contribution maximale est prévue relativement aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (liste de médicaments couverts par l'État). Si la somme des montants non remboursables que vous êtes tenu de verser à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État pour vous et vos enfants à charge ou pour votre conjoint atteint dans une année civile la contribution maximale établie par la loi, le montant payable à l'égard de frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État engagés pour ces mêmes personnes pendant le reste de l'année civile est rajusté comme suit :

1. le remboursement est fait à 100 %;
2. aucune autre contribution ne s'applique.

La contribution maximale ci-dessus ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés hors du Québec.

Maximums - Frais ordinaires

Frais de séjour en cas d'hospitalisation	chambre à deux lits
Frais de séjour dans une auberge médicale	60 \$ par jour
Soins infirmiers à domicile	compris
Soins prolongés	20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 60 jours pendant toute la durée de la protection
Voyages au Canada à des fins médicales	
- frais de transport	compris
- frais d'hébergement	60 \$ par jour

Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Injections d'agents sclérosants pour le traitement des varices	40 \$ par traitement, par jour
Médicaments contre l'infertilité	compris
Produits anti-tabagiques	comme prévu par la loi
Appareils auditifs	500 \$ par période de 5 années civiles
Orthèses du pied faites sur mesure	deux par année civile, jusqu'à concurrence de 650 \$ par orthèse
Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse
Prothèses mammaires externes	200 \$ par année civile
Soutiens-gorge chirurgicaux	deux par année civile
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Appareils de contrôle de la glycémie	compris
Appareils de surveillance du glucose 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 \$
Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées pour établir un diagnostic	compris
Dispositifs intra-utérins	compris
Bas de contention sur mesure	4 paires par année civile

Maximums - Soins paramédicaux

Retraités syndiqués qui ont pris
une retraite anticipée spéciale
ou qui sont âgés entre 62 et 65 ans
depuis le 1^{er} mars 2025

Soins donnés par un ostéopathe,
un chiropraticien, un podiatre,
un podologue, un physiothérapeute,
un thérapeute du sport, un
thérapeute de la réadaptation
physique, un kinésithérapeute,
un orthothérapeute,
un réflexologue,
un kinésiologue,
un orthophoniste,
un massothérapeute ou un
acupuncteur

700 \$ par année civile pour
tous les types de soins
combinés

Soins donnés par un psychologue,
un psychanalyste ou un
psychothérapeute

600 \$ par année civile pour
tous les types de soins
combinés

Tous les autres salariés

Soins donnés par un ostéopathe,
un chiropraticien, un podiatre,
un podologue, un physiothérapeute,
un thérapeute du sport, un
thérapeute de la réadaptation
physique, un kinésithérapeute,
un orthothérapeute,
un réflexologue,
un kinésiologue,
un orthophoniste,
un massothérapeute ou un
acupuncteur

750 \$ par année civile pour
tous les types de soins
combinés

Soins donnés par un psychologue,
un psychanalyste ou un
psychothérapeute

600 \$ par année civile pour
tous les types de soins
combinés

Maximums - Soins oculaires

Retraités syndiqués qui ont pris
une retraite anticipée spéciale
ou qui sont âgés entre 62 et 65 ans
depuis le 1^{er} mars 2025

Lunettes, lentilles cornéennes ou chirurgie oculaire au laser	300 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
--	---

Tous les autres salariés

Lunettes, lentilles cornéennes ou chirurgie oculaire au laser	350 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés
--	---

Maximum – Soins non urgents reçus hors de la province de résidence	illimité
--	----------

À noter : Votre police ne couvre pas les soins d'urgence reçus hors de la province de résidence et à l'étranger. Par conséquent, nous vous invitons à évaluer les options disponibles sur le marché afin de vous protéger lors de vos déplacements hors de votre province de résidence.

Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité
--	----------

Garantie Soins dentaires

(Non applicable aux retraités syndiqués ayant pris la retraite anticipée entre le 1^{er} janvier 1985 et le 10 août 1986)

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Barème servant au règlement	Grille tarifaire pour soins dentaires de la province où les soins sont donnés, en vigueur un an avant la date des soins. Le remboursement des honoraires de denturologiste est fondé sur le barème des honoraires approuvé par l'association des denturologistes. Le remboursement des honoraires d'hygiénistes dentaires indépendants est fondé sur le barème des honoraires applicable aux hygiénistes dentaires. Les honoraires des spécialistes sont limités au barème des honoraires applicable aux praticiens généralistes.
-----------------------------	---

Franchise	aucune
-----------	--------

Règlement proportionnel

Soins ordinaires	
- soins endodontiques et soins parodontaux	80 %
- soins de détartrage	80 %
- tous les autres frais couverts	100 %
Soins extraordinaires	50 %
Soins orthodontiques	50 %

Maximums

Salariés retraités	800 \$ par année de protection
Salariés non retraités :	
- Soins orthodontiques durée de la protection	2 000 \$ pendant toute la
- Tous les autres frais de soins dentaires protection	1 250 \$ par année de

Une année de protection s'échelonne du 1er janvier au 31 décembre

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Si vous êtes un salarié actif, vous êtes admissible au régime, à l'exception de la garantie Rente d'invalidité de longue durée, à la date de votre entrée en fonctions. Vous êtes admissible à la garantie Rente d'invalidité de longue durée après 24 mois de service continu. Vous êtes réputé être en service continu seulement si vous êtes en activité de service durant la période d'attente visant l'admissibilité.

Si vous êtes un salarié retraité, vous êtes admissible au régime à la date de votre retraite si vous étiez couvert par le programme d'avantages sociaux de votre employeur le jour précédant la date de votre retraite.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.
- La protection ne prend effet que si vous êtes en activité de service. Si vous êtes absent du travail le jour où votre protection est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prend effet qu'à la date de votre retour au travail.

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

Cette restriction ne s'applique pas aux salariés retraités.

Si vous êtes un salarié actif, votre protection prend fin lorsque votre service prend fin, lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque la police expire, selon la première éventualité.

Si vous êtes un salarié retraité, votre protection prend fin lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque la police expire, selon la première éventualité.

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

Cela ne s'applique pas aux employés retraités.

- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.

Prestations de survie

(Applicable seulement aux salariés actifs)

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de trois mois ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

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

- Votre conjoint (légitime ou de fait).

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

- Vos enfants célibataires âgés de moins de 19 ans, ou de moins de 26 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

Les enfants de moins de 19 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 19 ans, ou avant l'âge de 26 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

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

ASSURANCE-VIE – 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 garantie d'assurance-vie expire si vous êtes âgé de 65 ans ou plus et que vous n'êtes plus en activité de service. Par contre, si vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie ou d'une blessure, votre garantie d'assurance-vie peut être prolongée si la prime continue d'être versée :
 - si vous êtes admissible à la rente d'invalidité de courte durée du présent régime, jusqu'à la date à laquelle vous cessez d'avoir droit à ces prestations.
 - si vous n'êtes pas admissible à la rente d'invalidité de courte durée du présent régime, jusqu'à concurrence de six mois suivant la date à laquelle vous n'êtes plus en activité de service.

Cela ne s'applique pas aux salariés retraités.

- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65^e 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 au titre de l'assurance-vie des personnes à charge. Votre employeur se chargera de vous expliquer les modalités de règlement.

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

Si vous résidez ailleurs au Canada et que l'assurance de votre conjoint prend fin à son 65^e anniversaire ou avant, votre conjoint peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

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

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 qui inclut la période d'attente, 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 incapable de vous acquitter de l'ensemble des tâches que vous accomplissiez chez l'employeur avant le début de votre invalidité.
- Si vous n'avez pas vu le médecin au plus tard à la date d'expiration de la période d'attente, le versement de la rente ne débute qu'après la date de votre première consultation chez le médecin.
- Les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein.
- Comme votre employeur supporte la totalité du coût de la garantie ICD, la rente est imposable.

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 versées en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.
- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.
- 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.

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

Prestations de réadaptation professionnelle

La notion de réadaptation professionnelle englobe tout emploi ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre une activité lucrative et un mode de vie plus productif. Tout plan ou programme jugé approprié compte tenu de la durée prévue de l'invalidité et susceptible de vous permettre de reprendre le travail dans les meilleurs délais sera approuvé.

Programme de coordination des soins médicaux

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

Restrictions générales

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.

- Durée prévue d'une mise à pied ou d'un congé autorisé.

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

- Période d'emploi, sauf dans le cadre d'un plan 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.

Comment faire une demande de règlement

Procurez-vous le Guide de présentation des demandes de règlement du salarié auprès de votre employeur.

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.

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.

Si vous comptez **moins de cinq années de service auprès de votre employeur lorsque l'invalidité débute**, 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**), pendant une période correspondant au nombre de mois durant lesquels vous avez été au service de votre employeur avant que la rente commence à être versée aux termes de la présente police ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, ou jusqu'à votre retraite, selon la première éventualité. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant de la rente et la période d'attente.

Si vous comptez **cinq années de service ou plus auprès de votre employeur lorsque l'invalidité débute**, la rente est versée dès l'expiration de la période d'attente, et ce, jusqu'à la fin de votre invalidité (**conformément à la définition donnée pour ce terme dans la police**) ou jusqu'à votre 65^e anniversaire de naissance, ou jusqu'à votre retraite, 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 14 jours d'intervalle entre les périodes d'invalidité et que l'invalidité soit attribuable à la même maladie ou à la même blessure.
- Si vous comptez **35 années de service ou plus lorsque l'invalidité débute**, la rente ILD est servie 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

- Si vous comptez **moins de 35 années de service lorsque l'invalidité débute**, 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, qui est raisonnablement équivalent au travail pour lequel vous avez été préparé par votre formation, votre éducation ou votre expérience, et qui vous garantit un revenu au moins égal à 66 2/3 % 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.
- Après la période d'attente, les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins six mois.
- Comme votre employeur supporte une partie ou la totalité du coût de l'assurance ILD, la rente est imposable.
- Votre assurance ILD ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance ou votre départ à la retraite, selon la première éventualité.

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 versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.
- Rémunération provenant d'un emploi, exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.
- Prestations aux termes du Régime québécois d'assurance parentale.

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

- Rente payable aux termes du présent régime.
- Prestations pour perte de revenu prévues par une assurance-automobile, lorsque la loi le permet.
- Portion de toute indemnité versée aux victimes d'actes criminels visant à remplacer le revenu.
- Rémunération, prestations d'invalidité ou prestations de retraite provenant d'un emploi.

Si vous recevez un montant dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, ce montant peut réduire le montant de votre rente ILD si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus est supérieure à 100 % de la rémunération mensuelle que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation.

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

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.

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 propre emploi 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 générales

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

- Période pendant laquelle vous omettez de vous soumettre au programme de traitement médical recommandé dans le cas de l'affection dont vous souffrez ou pendant laquelle vous refusez d'y participer de bonne foi.

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

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

- Période pendant laquelle vous ne faites pas le nécessaire pour demander d'autres prestations d'invalidité ou le maintien du versement de ces prestations, ou pour appeler d'une décision prise à l'égard de ces prestations, lorsque la Canada Vie le juge approprié.
- 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 pendant 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.
- 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.

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.

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.

Si vous êtes un salarié retraité, votre garantie Soins médicaux supplémentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour du mois de votre 65^e anniversaire de naissance, sauf disposition contraire prévue par la loi.

Frais couverts

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

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

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

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

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

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

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

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

Restriction

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

- Frais de séjour dans une auberge médicale située au Québec, au Labrador ou à Terre-Neuve lorsque vous ou l'une de vos personnes à charge devez vous déplacer pour recevoir des soins médicaux, tel que prescrit par un médecin, et qu'un compagnon de voyage est nécessaire.

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

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

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

- Soins des pieds donnés par un infirmier professionnel lorsqu'ils sont prescrits par un médecin, couverts lorsqu'ils sont donnés à domicile, en clinique ou au cabinet du médecin.
- Soins prolongés donnés au Canada dans un hôpital, dans une maison de soins infirmiers ou s'il s'agit de soins infirmiers à domicile, lorsqu'il est peu probable que l'état du malade s'améliore ou se détériore au cours des 12 mois suivants.
- 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 non urgents reçus hors de la province.
- 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, tampons d'alcool et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.
- Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
- Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance, mais pour lesquels vous avez une ordonnance du médecin, peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

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

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

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

Autres soins ou fournitures

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

- Location ou, au choix de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Appareils de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), y compris les filtres de remplacement.
- Orthèses du pied sur mesure lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils flash de surveillance du glucose, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par le régime provincial du patient. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.

- Traitement de blessures aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident, si l'état de santé 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

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

- Dommages causés accidentellement aux prothèses amovibles.
- Traitement dentaire effectué plus de 6 mois après l'accident.
- Diagnostics et soins orthodontiques.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé, un psychanalyste qualifié, ou un psychotérapeute qualifié
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé ou un podologue autorisé pour traiter les affections du pied. Les radiodiagnostics effectués par un podiatre autorisé sont couverts.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute, un thérapeute du sport ou un thérapeute de la réadaptation physique autorisés pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un kinésiologue.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un kinésithérapeute.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un réflexologue 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 massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.

Soins oculaires

- Lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.
- Chirurgie oculaire au laser nécessaire pour corriger la vision, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

Voyages au Canada à des fins médicales

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

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

Restrictions

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

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

Restrictions

Les appels téléphoniques et les repas ne sont pas couverts.

Les frais de transport et d'hébergement reliés à un voyage au Canada à des fins médicales sont limités au maximum indiqué au **Sommaire des garanties**.

Soins non urgents reçus hors de la province

- **Les soins non urgents** reçus à l'extérieur de votre province de résidence (mais au Canada ou aux États-Unis) 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;
 - 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.

Restrictions

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.
- Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
- Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous 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.

Restrictions générales

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

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

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

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

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

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

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux médicaments sur ordonnance
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs, des diaphragmes, des dispositifs intra-utérins et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Frais connexes à des soins, services ou fournitures couverts, sauf si ces frais connexes sont aussi couverts par le régime ou s'ils sont désignés par la Canada Vie comme étant des soins, services et fournitures couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur votre province de résidence, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins non urgents reçus hors de la province.

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

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

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

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

- la Canada Vie a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
 - la Canada Vie a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.
- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
 - Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
 - Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
 - Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés (sauf si l'enfant est intolérant au lactose) et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.

- Condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives (à l'exception des dispositifs intra-utérins et des diaphragmes).
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.
- Médicaments contre l'obésité.
- Médicaments ou fournitures de médicaments qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec en vigueur à la date d'achat ou qui sont reçus à l'extérieur de la province, s'ils sont prescrits à l'intention d'un enfant à charge qui est un étudiant de plus de 24 ans et que vous résidez au Québec.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Programme d'autorisation préalable

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

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

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

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

Gestion des dossiers médicaux

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

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

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

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

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

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

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

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

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

Programme d'aide aux patients

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

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

Comment présenter une demande de règlement

- **Frais de soins non urgents reçus hors de la province**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexez vos reçus au formulaire de demande de règlement et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 365 jours après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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

Votre employeur vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

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

SERVICES MÉDICAUX VIRTUELS

(Non applicable aux salariés retraités)

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.

Services du programme d'aide aux employés

- Les services du programme d'aide aux employés comprennent ce qui suit :
 - services de santé mentale
 - services familiaux, maritaux et relationnels
 - services visant des soins pour les enfants et les aînés
 - conseils en matière de travail et de carrière – des services généraux d'orientation et d'information offerts par des responsables de la gestion des cas et des conseillers d'orientation professionnelle autorisés du fournisseur de services
 - services consultatifs de gestion – de l'encadrement pour aider les salariés qui occupent un poste de gestion dans certaines situations
 - services juridiques – des discussions avec des cabinets d'avocats ou des avocats externes, selon le cas, sur le droit civil, le droit familial, le droit criminel, le droit des biens et le droit testamentaire/successoral

Restriction

Aucun conseil sur le droit du travail ne sera offert.

- services financiers

Services de santé mentale

- Les services de santé mentale comprennent ce qui suit :
 - un dépistage par questionnaire permettant d'évaluer le niveau de stress des personnes couvertes et la présence de problèmes de santé mentale
 - des séances d'accompagnement pour créer des habitudes
 - des évaluations par des médecins, au besoin
 - des séances de psychothérapie

Le triage initial déterminant l'accès aux services de santé mentale sera offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les séances de services professionnels et de services d'accompagnement prévues après le triage initial seront offertes pendant les heures d'ouverture du fournisseur de services.

Tous les autres services de santé mentale seront offerts pendant les heures d'ouverture du fournisseur de services.

Restriction générales

Tous les services d'accompagnement et de consultation sont assujettis à certaines limites (dont un nombre précis de séances par situation), tel qu'il est déterminé de temps à autre par le fournisseur de services.

Comment accéder à ces services

- **Visitez le site Web**

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

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

- **Télécharger l'application**

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

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

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

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

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais de soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**.

L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

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

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

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

Si vous êtes un salarié retraité, votre garantie Soins dentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour du mois de votre 65^e anniversaire de naissance.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux excédant 500 \$, ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le à la Canada Vie. Cette dernière calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet tous les 24 mois.
 - Examens buccaux partiels, deux fois par année de protection (mais pas plus d'une fois par période de cinq mois). Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Examens parodontaux partiels, deux fois par année de protection (mais pas plus d'une fois par période de cinq mois).
 - Modèles diagnostiques non montés. En ce qui concerne les modèles diagnostiques montés, le régime couvre uniquement le coût de modèles diagnostiques non montés.

Les modèles diagnostiques ou modèles d'étude non montés sont des reproductions en plâtre des dents et des tissus de la bouche qui permettent au dentiste d'étudier les rapports qui existent entre les dents au moment de déterminer le traitement approprié. Ils sont particulièrement utiles pour le diagnostic des troubles de l'occlusion.

- Consultation avec le patient.
- Radiographies céphalométriques.

- Radiographies de la main et du poignet.
- Photographies à des fins de diagnostic.
- Une série complète de radiographies tous les 36 mois.
- Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales (à l'exception des radiographies interproximales) tous les 36 mois et une radiographie panoramique tous les 36 mois. Les services fournis pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies ne sont pas couverts.
- Radiographies intra-buccales interproximales, deux fois par année de protection (mais pas plus d'une fois par période de six mois).
- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents, deux fois par année de protection (mais pas plus d'une fois par période de cinq mois).
 - Application topique de fluorure, deux fois par année de protection (mais pas plus d'une fois par période de cinq mois).
 - Détartrage des dents.
 - Scellants de puits et fissures.
 - Mainteneurs d'espace lors de la perte de dents primaires, à l'égard des personnes à charge âgés de moins de 19 ans.
 - 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 12 mois depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.
- Soins parodontaux (traitement des maladies des gencives), dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des racines.
 - Ajustement et équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
- 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.
- Retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine sur les incisives et les canines (dents antérieures).
- Facettes prosthétiques requises à des fins non esthétiques.

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

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

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

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

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
- Entretien d'appareils après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois tous les 36 mois;
 - ajustement de prothèses, une fois tous les 12 mois;
 - réparation de prothèses amovibles et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse amovible;
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Nettoyage et polissage de prothèses amovibles.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.

- réparation d'un pont couvert;
- enlèvement et recimentation d'un pont.

Soins orthodontiques

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

Restrictions générales

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

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : application topique d'agents antimicrobiens, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.
- Hypnose ou acupuncture.
- Retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine sur les molaires et les prémolaires (dents postérieures).

- Couronnes, incrustations de surface ou en profondeur lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement au titre des couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.
- Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

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

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

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

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

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.

- Soins, services ou fournitures couverts aux termes des Soins médicaux supplémentaires. Si le montant payable aux termes de la garantie Soins dentaires est supérieur au remboursement redevable aux termes des Soins médicaux supplémentaires, les prestations sont versées aux termes de la garantie Soins dentaires.
- Frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Soins, services et fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus.
- Correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.
- Remplacement de prothèses amovibles utilisées depuis moins de cinq ans, lorsqu'elles sont perdues, égarées ou volées.

Comment faire une demande de règlement

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

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

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

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à Ma Canada Vie au travail pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 365 jours après la date des soins.

COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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



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.