

Prestations E.N.D.

Carrière — Santé — Sécurité



RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DU SECTEUR DES E.N.D.

Adresser toute demande d'information à

L'ADMINISTRATEUR

D.A. Townley

**DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE
DU SECTEUR DES E.N.D.**

4250 Canada Way

Burnaby, British Columbia V5G 4W6

Téléphone (604) 299-7482

Télécopie (604) 299-8136

Appel sans frais 1-800-663-1356

Courriel : health@datownley.com (Réclamations)

Courriel : ndt@datownley.com (Administration)

www.ndtbenefits.org

En vigueur à partir du : 1er février 1977*

***Incluant les modifications en date du :**

1er janvier 2024

AVANT-PROPOS

Il est important pour nous tous d'avoir une protection contre les difficultés financières qui, trop souvent, accompagnent la maladie, l'accident ou le décès.

Conformément à la Convention collective conclue entre la Nondestructive Testing Management Association (NDTMA) et le Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada, un régime d'assurance collective (le Régime) a été mis sur pied par le Conseil des Fiduciaires, dont l'administration a été confiée à D.A. Townley.

La Colombie-Britannique et l'Alberta ont voté des lois qui ont des conséquences sur l'utilisation du financement auto-assuré pour fournir des régimes d'assurance. Dans une province comme dans l'autre, la loi autorise le recours au financement auto-assuré, à condition de divulguer par écrit cette information auprès des Membres/Employés couverts.

Les Fiduciaires s'efforcent constamment de procurer aux Membres/Employés des prestations la manière la plus rentable. Pour certaines prestations, telles que les Soins dentaires, l'Indemnité hebdomadaire et certains aspects de l'Assurance-maladie complémentaire, il n'est pas toujours nécessaire de recourir aux services d'une compagnie d'assurance. Par conséquent, certaines prestations proposées par votre Régime/Employeur ne sont pas fournies par une compagnie d'assurance assujettie au Financial Institutions Act (Loi sur les institutions financières) et l'Employeur est exempté des exigences réglementaires stipulées par la Loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes, une brève description des prestations fournies par le Régime. Nous sommes convaincus que ce Régime vous apportera, à vous et à votre famille, une tranquillité d'esprit et un sentiment de sécurité accrus.

POLITIQUE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En tant que Fiduciaires du Régime d'Assurance-maladie du Secteur des E.N.D., nous avons adopté les Principes de Protection des renseignements personnels suivants, qui reflètent notre engagement à préserver la confidentialité des informations personnelles de nos Membres :

- Les renseignements vous concernant ainsi que vos communications avec le Régime demeurent confidentiels.
- Ni l'Administrateur, ni le Régime ne vendront vos renseignements personnels.
- Les renseignements vous concernant seront collectés de façon licite et impartiale.
- Les renseignements vous concernant seront collectés, utilisés ou divulgués uniquement aux fins de vous fournir les prestations et services, tels qu'exposés dans les documents relatifs au Régime.
- Les procédures appropriées seront observées pour veiller à l'exactitude et, le cas échéant, à la mise à jour, des renseignements personnels en notre possession. Si vous jugez que les informations dont dispose le Régime sont inexactes, vous avez le droit de demander la correction de vos renseignements personnels.
- Vous pouvez avoir accès à vos renseignements personnels, sous réserve de rares exceptions et conditions.
- Les renseignements personnels ne sont pas divulgués sans l'autorisation du Membre concerné, sauf dans de rares circonstances permises ou exigées par la loi. Néanmoins, l'Administrateur peut partager des renseignements personnels avec les actuaires, agents, consultants ou fournisseurs de services à des fins de prestation, d'administration, d'arbitrage, d'estimation des coûts et de gestion financière des Régimes des Membres et des programmes de prestations..
- Lorsque nous décidons de faire appel à des tiers pour réaliser certaines tâches, telles qu'une évaluation actuarielle, toutes les précautions raisonnables sont prises pour protéger vos renseignements personnels, eu égard aux pratiques

observées par le fournisseur de services. En retour, nous leur demandons de s'engager à respecter la politique de protection des renseignements personnels du Régime ainsi que la législation en vigueur.

- Pour protéger vos renseignements personnels contre tout accès non autorisé, toute divulgation, copie, utilisation ou modification, tout vol ou toute perte accidentelle, le Régime observera des mécanismes de sécurité adaptés.

– Les Fiduciaires

TABLE DES MATIÈRES

Tableau des prestations	1
Renseignements généraux	3
Description des prestations d'Assurance-vie	8
Prestation pour décès et mutilation accidentels.....	9
Prestation d'indemnité hebdomadaire	19
Invalidité de longue durée.....	24
Programme d'aide aux employés et à leur famille	33
Soins virtuels TELUS Santé.....	34
Aide à la réadaptation en matière de toxicomanie (ART).....	35
Prestations d'Assurance-maladie complémentaire	36
Médicaments sur ordonnance	36
Programme d'autorisation préalable de	
médicaments sur ordonnance	38
Soins de la vue.....	42
Prestation de renvoi pour soins médicaux	44
Assurance-voyage pour urgence médicale à l'extérieur de la Province/du Canada	45
Soins dentaires.....	49
Pour faire une réclamation.....	55
Dépôt direct	58
Portail et application mobile Mes réclamations de D.A. Townley	58
MemberXG - Portail administratif en ligne Mes avantages	59

TABLEAU DES PRESTATIONS

POUR TOUS LES EMPLOYÉS ADMISSIBLES :

Assurance-vie	100 000 \$
Assurance Décès et Mutilation accidentels	Employés : 100 000 \$ Conjoint(e) : 20 000 \$ Enfant à charge : 5 000 \$
Prestation d'Indemnité hebdomadaire	750 \$ par semaine ou montant maximal prévu par l'AE (selon le montant le plus élevé), mais sans excéder 85 % des revenus antérieurs à l'invalidité Les Prestations débutent : le 1 ^{er} jour en cas d'accident, le 4 ^e jour en cas de maladie Durée des Prestations : 52 semaines maximum par invalidité Cette Prestation est imposable.
Invalidité de longue durée	3 500 \$ par mois, mais sans excéder 85 % des revenus antérieurs à l'invalidité Les Prestations débutent : après 52 semaines d'Invalidité totale continue Définition de l'invalidité : 24 mois Emploi actuel Durée maximale : jusqu'à l'âge de 65 ans Cette Prestation n'est pas imposable.

TOUS LES EMPLOYÉS ADMISSIBLES ET LES PERSONNES À LEUR CHARGE :

Assurance-maladie complémentaire	Remboursement : 90 % des dépenses admissibles Honoraires professionnels du pharmacien limités à 8 \$ par ordonnance Programme d'Autorisation préalable de médicaments sur ordonnance Montant maximal au cours de la vie : 1 000 000 \$
---	---

	Franchise par Année civile (applicable aux médicaments uniquement) : 25 \$ par personne et 50 \$ par famille
	Remboursement : 100 % 5 000 000 \$ maximum par période de couverture
Assurance-voyage pour urgence médicale à l'extérieur de la Province/du Canada	Durée du voyage : 60 jours Prend fin à l'âge de 75 ans
Aide à la Réadaptation en de matière de Toxicomanie	Voir cette Section du livret pour plus précisions matière
Soins dentaires	Franchise par Année civile : Néant
Soins ordinaires et Soins importants	Remboursement : 100 % des Soins ordinaires 100 % des Soins importants Montant annuel combiné maximum : 3 000 \$ par personne, par année civile
Orthodontie	Remboursement : 75 % des soins d'Orthodontie 3 000 \$ par enfant admissible, tous les 24 mois
Programme d'aide aux employés et à leur famille	Pour plus de précisions, voir cette section du livret
Soins virtuels TELUS Santé	Pour plus de précisions, voir cette section du livret

REMARQUE : Toute couverture prend fin automatiquement à l'âge de 65 ans, sauf pour les Employés qui demeurent professionnellement actifs en vertu de la Convention collective du Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada (CCQC).

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Admissibilité :

Les **Membres du CCCQ** en règle appartenant à l'un des syndicats affiliés stipulés dans la Convention du Conseil canadien du contrôle de la qualité doivent accumuler 180 heures de travail sur une période de 12 mois.

La couverture débutera le 1er jour du mois suivant celui pour lequel un nombre d'heures suffisant est rapporté (délai) et versé au Régime par leur(s) employeur(s).

EXEMPLE :

Heures travaillées

MOIS	MEMBRE A	MEMBRE B	MEMBRE C
Mai	50 heures	120 heures	200 heures
Juin	70 heures	150 heures	délai
Juillet	45 heures	délai	admissible
Août	100 heures		admissible
Septembre	délai		
Octobre	admissible		

Chaque mois, 90 heures seront prélevées du Crédit d'heures du Membre. Un maximum de six mois de couverture (540 heures) peut être accumulé au titre du Crédit d'heures, sur lequel des prélèvements seront effectués durant les périodes de ralentissement de l'emploi, de longue maladie ou de congé prolongé.

Lorsqu'il est admissible et peut bénéficier de la couverture, le Membre recevra les formulaires d'adhésion requis, afin de les remplir et les renvoyer à l'Administrateur du Régime. Une fois que les formulaires remplis auront été reçus par l'Administrateur du Régime, le Membre recevra une carte de paiement direct (une carte pour couverture individuelle et deux cartes pour la couverture des Personnes à charge - les deux étant au nom du Membre). Une fois que la couverture a débuté, elle se poursuivra aussi longtemps que le Crédit d'heures sera suffisant pour assurer le prélèvement mensuel de 90 heures.

En cas d'interruption de la couverture, le Membre devra travailler 180 heures pour pouvoir en bénéficier à nouveau.

S'il s'avère que le Membre n'est plus en règle avec le CCCQ - en particulier, s'il s'avère qu'il effectue un travail relevant du champ d'activité du CCCQ pour un employeur non syndicalisé, sa couverture sera suspendue et les heures accumulées par le Membre au titre du Crédit d'heures pourraient être annulées.

Le **Personnel de bureau** employé à temps plein (30 heures par semaine) sera couvert à partir du premier jour du mois suivant la date où il est devenu employé permanent, à condition d'être effectivement au travail ce jour-là. Si la demande de couverture n'est pas faite à la date effective d'admissibilité, ou si elle n'a pas été faite dans les 31 jours suivant cette date, une preuve d'assurabilité sera alors exigée pour toute demande en ce sens. La Compagnie d'Assurance déterminera la date effective de couverture et, en cas d'approbation, les prestations de Soins dentaires seront limitées, durant les 12 premiers mois, à 250 \$ sans aucune couverture au titre de Soins importants durant cette période.

Employés en période d'essai

Quelqu'un n'appartenant pas encore à la section locale d'un syndicat affilié au CCCQ (Employés en période d'essai) ne pourra pas accumuler d'heures au titre du Crédit d'heures avant de remplir les conditions de couverture initiale. En cas de difficulté quelconque concernant la situation d'un(e) « Employé(e) en Période d'essai », veuillez contacter le bureau du CCQC de votre région.

À l'exception des jours fériés et des congés payés, les Employés qui seraient absents au travail le jour où ils deviennent effectivement admissibles bénéficieront de la couverture à partir de la date où ils reprennent leur activité professionnelle à plein temps.

Les Travailleurs temporaires étrangers ne peuvent bénéficier d'aucune prestation en vertu du Régime.

Si l'Employé(e) devient invalide, il (elle) devra avoir été couvert(e) par les prestations du Régime pendant au moins trois mois consécutifs immédiatement avant le mois où l'invalidité est survenue (un mois d'invalidité représente quatre mois) ou avoir rapporté au minimum 1000 heures dans les 12 mois immédiatement précédents (mois d'invalidité non compris).

Admissibilité des Personnes à charge

Le Régime fournira des Prestations de Soins dentaires, de Soins de la vue et d'Assurance-maladie complémentaire :

- a) au (à la) conjoint(e)* d'un(e) Employé(e) assuré(e);
- b) à tout enfant non marié d'un(e) Employé(e) assuré(e) jusqu'à l'âge de 21 ans, à condition que cette personne soit principalement à la charge de l'Employé(e) assuré(e) et vive avec lui (elle);
- c) à tout enfant non marié d'un(e) Employé(e) assuré(e) jusqu'à l'âge de 21 ans, à condition que cet enfant fréquente à temps plein une école, un collège ou une université reconnue;
- d) à tout enfant non marié mentalement ou physiquement handicapé d'un(e) Employé(e) assuré(e) jusqu'à n'importe quel âge, à condition que cette personne soit principalement à la charge de l'Employé(e) assuré(e) ou du (de la) conjoint(e) de celui-ci (celle-ci) et vive avec lui (elle).

*Le (la) conjoint(e) légal(e) de l'Employé(e) ou, en son absence, le (la) conjoint(e) de fait de l'Employé(e). Le (la) conjoint(e) de fait est une personne avec laquelle l'Employé(e) vit de façon continue depuis au moins 12 mois et ce mode de vie doit être reconnu en tant que relation conjugale au sein de la communauté où réside le couple. Seule une personne à la fois peut être considérée comme le (la) conjoint(e). Un Formulaire de Déclaration de Conjoint(e) de fait doit être rempli et envoyé à l'Administrateur du Régime en même temps qu'une demande d'adhésion au Régime de prestations et de carte de désignation des bénéficiaires.

« Enfants » fait référence aux enfants biologiques, adoptés, placés en famille d'accueil, du (de la) conjoint(e) à la charge l'Employé(e) et vivant avec lui (elle).

« Employé(e) » fait référence à une personne répondant aux critères d'admissibilité du Régime.

Au moment de remplir les formulaires de demande de couverture, veuillez inclure toutes les personnes à charge à assurer. Vous devez être en mesure de prouver que les individus désignés comme personnes à charge dépendent effectivement de vous.

Pour ajouter, supprimer ou modifier les personnes à charge assurées, adressez une demande d'adhésion et de carte de désignation des bénéficiaires à l'Administrateur ou au Bureau du syndicat, et envoyez-la au Bureau de l'Administrateur.

Résiliation de l'Assurance des Personnes à charge

La couverture des Personnes à charge prend fin à la même date que celle de l'Employé(e). En cas de décès, l'Assurance-maladie complémentaire et les Soins dentaires pourront être prolongés pendant 12 mois.

Congé de maternité/parental - Maintien de la couverture

Pour les Membres admissibles bénéficiant d'un Congé de maternité/parental, 90 heures par mois de congé approuvé seront attribuées par le Régime à leur Crédit d'heures jusqu'à un maximum de 12 mois consécutifs, afin de compenser les 90 heures prélevées sur leur Crédit d'heures. Le Membre devra contacter l'Administrateur du Régime avant ce congé pour confirmer qu'il(elle) remplit les conditions d'admissibilité pour le maintien de la couverture.

Absence pour motif d'invalidité

- Si la demande d'indemnité hebdomadaire de l'Employé(e) est approuvée, le Régime continuera à le (la) couvrir jusqu'à ce que cette indemnité hebdomadaire arrive à expiration (ou, s'il s'agit d'un Membre du CCCQ recevant des prestations en vertu d'une Loi sur les accidents du travail ou d'une loi similaire - jusqu'à la date où les prestations d'indemnité hebdomadaire seraient arrivées à expiration), après quoi l'Employé(e) aura la possibilité de prolonger sa couverture, soit en déclarant ses heures au Régime et en les accumulant dans son Crédit d'heures, soit en recourant à la cotisation par l'utilisateur pendant un maximum de six mois consécutifs.
- Pour les Membres du CCQC demeurant totalement invalides, comme défini par le Régime, cette période de paiement par l'utilisateur continuera, selon l'éventualité survenant le plus tôt, (i) jusqu'à la date où le Membre du CCQC cessera d'être totalement handicapé ou (ii) jusqu'au moment où le Membre du CCQC atteindra l'âge de 65 ans.
- Un avis de cotisation par l'utilisateur sera envoyé par la poste à l'adresse figurant dans le dossier de l'Administrateur du Régime. Le paiement doit être programmé avec l'Administrateur du Régime par retrait mensuel automatique. L'avis de cotisation par l'utilisateur ne doit pas être ignoré. Si le

paiement n'est PAS programmé/reçu, un second avis ne sera pas envoyé par la poste le mois suivant.

Lorsqu'un Membre du CCQC est sans emploi

Le Régime continuera à fournir une couverture intégrale durant les périodes sans emploi, à condition que le Membre du CCCQ dispose d'un Crédit d'heures suffisant pour être prélevé et financer une couverture intégrale (90 heures par mois).

Cotisation par l'utilisateur : Une fois que le Crédit d'heures représentera moins de 90 heures, le Membre aura la possibilité de cotiser lui-même à sa couverture pendant un maximum de six mois consécutifs, à condition de rester en règle vis-à-vis du CCCQ. La couverture financée par la cotisation de l'utilisateur inclut toutes les prestations, à l'exception de l'Indemnité hebdomadaire et de l'Invalidité à long terme.

Un avis de cotisation par l'utilisateur sera envoyé par la poste à l'adresse figurant dans le dossier de l'Administrateur du Régime. Si le paiement est reçu, des avis ultérieurs seront envoyés tous les mois. Le paiement doit être effectué le 15 du mois. L'avis de cotisation par l'utilisateur ne doit pas être ignoré. Si le paiement n'est PAS reçu, aucun avis ne sera envoyé par la poste le mois suivant.

Si un Membre du CCQC fait une réclamation avant que la cotisation par l'utilisateur n'ait été reçue par le Régime, cette demande sera considérée comme admissible à condition que ladite cotisation ait été reçue durant la période définie.

Réintégration

Si un Membre en règle de la CCCQ reprend le travail, avec son ancien employeur ou avec un nouvel employeur, avant que sa couverture n'arrive à expiration, celle-ci continuera à condition que son Crédit d'heures ne soit pas inférieur à 90 heures. Si un Membre en règle de la CCCQ reprend le travail et que son Crédit d'heures est inférieur à 90 heures, il devra accumuler 180 heures sur une période de 12 mois pour pouvoir bénéficier à nouveau d'une couverture intégrale. La couverture débutera le 1er jour du mois suivant celui pour lequel un nombre d'heures suffisant est rapporté (délai) et versé au Régime par leur(s) employeur(s).

DESCRIPTION DES PRESTATIONS ASSURANCE-VIE

Uniquement pour les Employés

Chaque Employé(e) admissible est couvert(e) par une Assurance-vie, tel qu'indiqué à la page 1.

Le montant de cette assurance est payable au bénéficiaire que vous avez désigné, au cas où votre décès surviendrait, pour une cause quelconque, alors que vous êtes couvert(e) par la police d'assurance collective.

Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, le montant de l'assurance sera versé à votre succession.

Transformation de l'Assurance-vie à la cessation de la couverture

L'Employé(e) a le droit d'obtenir une police d'assurance-vie individuelle sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité si une partie ou l'intégralité de son assurance-vie prend fin le jour de son 65^e anniversaire ou avant, et que l'Employé(e) en fait la demande par écrit et paie la première prime dans les 31 jours suivant la résiliation de l'assurance. Ce droit de transformation n'est pas proposé si l'assurance est résiliée en raison de l'âge.

La police individuelle est l'une des options de transformation de l'Assurance-vie proposée par la compagnie d'assurance.

Une seule police ainsi transformée peut être en vigueur à un moment donné durant la vie de l'Employé(e).

Si le décès survient durant la période de 31 jours, l'Assurance-vie sera versée, indépendamment du fait qu'une demande de police individuelle ait été faite ou non.

En cas d'Invalidité totale

Sous réserve de fournir une preuve satisfaisante de son Invalidité totale dans les 12 mois suivant la date à laquelle elle est survenue, l'Employé(e) devenu(e) totalement invalide et qui continue à l'être pendant 6 mois à la suite d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie pourra bénéficier, sur demande écrite, du montant total de l'Assurance-vie qui restera en vigueur tant que l'intéressé(e) demeurera en état d'Invalidité totale, sous réserve de résiliation à l'âge de 65 ans. Une preuve d'Invalidité totale sera exigée de temps à autre.

Prestation d'Aide à la vie quotidienne

La Prestation d'Aide à la vie quotidienne est proposée sous la forme d'un versement anticipé d'une partie de l'Assurance-vie de base pour permettre de payer les soins médicaux ou les dépenses liées à la santé et au bien-être d'un(e) Employé(e) en phase terminale. Veuillez contacter l'Administrateur.

PRESTATION POUR DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Pour les Employés et les Personnes à leur charge

Le Régime d'Assurance de base pour décès et mutilation accidentels vous couvre 24 heures sur 24, partout dans le monde, pour les pertes accidentelles spécifiées survenant pendant ou en dehors du travail. Si vous subissez l'une des pertes énumérées ci-dessous dans le Tableau des Pertes à la suite d'une blessure accidentelle qui résulte directement et indépendamment de toute autre cause et que la perte survient dans les 365 jours suivant la date de l'accident, les prestations indiquées ci-dessous seront payées.

Qui est couvert?	Montant de la couverture
Tous les Employés admissibles âgés de moins de 80 ans	100 000 \$
Tous les conjoints âgés de moins de 70 ans	20 000 \$
Tous les Enfants à charge admissibles	5 000 \$

Tableau des Pertes

Perte de la vie	Capital assuré
Perte des deux mains	Capital assuré
Perte des deux pieds	Capital assuré
Perte complète de la vue des deux yeux	Capital assuré
Perte d'une main et d'un pied	Capital assuré
Perte d'une main et Perte d'un pied et perte complète de la vue d'un œil	Capital assuré
Perte d'un bras	quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une jambe	quatre cinquièmes du Capital assuré
Perte d'une main	trois quarts du Capital assuré
Perte d'un pied	trois quarts du Capital assuré
Perte complète de la vue d'un œil.....	trois quarts du Capital assuré
Perte du pouce et de l'index de la même main	un tiers du Capital assuré
Perte de la parole ou de l'ouïe.....	trois quarts du Capital assuré
Perte de la parole et de l'ouïe	Capital assuré

Perte de l'ouïe d'une oreilledeux tiers du Capital assuré
 Quadriplégie (paralysie totale des deux
 membres supérieurs et inférieurs) ... deux fois le Capital assuré
 Paraplégie (paralysie totale des
 deux membres inférieurs)deux fois le Capital assuré
 Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et
 inférieurs d'un côté du corps)deux fois le Capital assuré
 Perte de l'usage des deux bras
 ou des deux mainsdeux fois le Capital assuré
 Perte de l'usage d'une main
 ou d'un piedtrois quarts du Capital assuré
 Perte de l'usage d'un bras
 ou d'une jambequatre cinquièmes du Capital assuré
 Perte de quatre doigts d'une Main ...un quart du Capital assuré
 Perte de tous les orteils
 d'un pied.....un quart du Capital assuré

Le terme « Perte » utilisé ci-dessus en référence à la quadriplégie, la paraplégie et l'hémiplégie désigne la paralysie complète et irréversible des membres; utilisé ci-dessus en référence à la main ou au pied, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus du poignet ou de la cheville, mais au-dessous du coude ou du genou; utilisé en référence à un bras ou une jambe, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou; utilisé en référence au pouce et à l'index, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus de la première phalange; utilisé en référence aux doigts, il désigne le sectionnement complet ou au-dessus de la première phalange des quatre doigts d'une main; utilisé en référence aux orteils, il désigne le sectionnement complet des deux phalanges de tous les orteils d'un pied et utilisé en référence à l'œil, il désigne la perte irrémédiable de la vue de telle sorte que l'acuité visuelle corrigée de cet œil est de 20/200 ou moins.

Le terme « Perte » utilisé ci-dessus en référence à la parole désigne la perte complète et irrémédiable de la capacité à articuler des sons intelligibles.

L'expression « Perte complète de la Vue des Deux Yeux » désigne la Perte totale et irrémédiable de la vue de telle sorte que l'acuité visuelle corrigée des deux yeux est de 20/200 ou moins et que leur champ de vision est inférieur à vingt (20) degrés. Le diagnostic clinique doit être confirmé par écrit par un Médecin spécialisé en Ophtalmologie. L'expression « Perte de l'Ouïe d'Une (1) Oreille » désigne la Perte permanente de l'Ouïe d'Une (1) Oreille avec un seuil d'audition de plus de quatre-vingt-dix (90) décibels. Le diagnostic clinique doit être confirmé par écrit par un Médecin spécialisé en Otorhinolaryngologie. L'expression « Perte de l'Ouïe » désigne un diagnostic

de Perte permanente de l’Ouïe des Deux Oreilles, avec un seuil d’audition de plus de quatre-vingt-dix (90) décibels par oreille. Le diagnostic clinique doit être confirmé par écrit par un Médecin spécialisé en Otorhinolaryngologie.

Le terme « Perte » utilisé ci-dessus en référence à la « Perte de l’Usage » désigne la perte totale et irrémédiable de l’usage, à condition que celle-ci soit continue pendant 12 mois consécutifs et qu’il soit déterminé qu’elle est permanente.

Toutes les réclamations présentées en vertu de cette police pour Perte de l’Usage doivent être vérifiées d’un commun accord entre un médecin autorisé à pratiquer désigné par l’Administrateur du « Régime » et un médecin autorisé à exercer désigné par l’Assurance Croix Bleue Vie (« la Compagnie »); ou, dans le cas où les deux médecins ainsi nommés ne parviendraient pas à un accord, un troisième médecin praticien autorisé doit être choisi par les deux premiers médecins et la décision majoritaire aura force contraignante pour le Régime et la Compagnie. La Compagnie peut déroger à cette procédure à sa seule discrétion.

Disparition

Si le corps d’un Membre assuré n’a pas été retrouvé un an après la disparition, l’atterrissage forcé, l’échouement, le naufrage ou la destruction d’un moyen de transport dans lequel cette personne était un occupant, alors il sera considéré, sous réserve de toutes les autres modalités et clauses de la police, que ce Membre assuré a perdu la vie au sens de la police.

Désignation des bénéficiaires

En cas de perte accidentelle de la vie, les prestations sont payables comme indiqué par écrit par le Membre assuré en vertu de la police d’Assurance-vie collective de base du Régime en vigueur. En l’absence d’indications dans ce sens, les prestations seront versées à la succession du Membre assuré.

Toutes les autres prestations seront payables au Membre assuré.

Prestation de rapatriement de la dépouille

Lorsque des Blessures couvertes par la présente police entraînent la Perte de la Vie d’un Membre à plus de 50 kilomètres hors de sa ville de résidence permanente et dans les 365 jours suivant la date de l’accident, la Compagnie paiera les frais réels encourus pour la préparation du défunt en vue de l’enterrement et de l’expédition du corps à la ville de résidence de la

personne décédée, mais sans dépasser le montant de 15 000 \$.

Prestation de réadaptation

Si un Membre assuré subit une Blessure donnant lieu à un versement de la part de la Compagnie en vertu de la section sur l'Indemnité pour décès et mutilation accidentels de la présente police, la Compagnie paiera en plus :

Les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés, dans la limite de 15 000 \$, pour que le Membre assuré suive une formation spéciale, à condition que :

- a) cette formation soit nécessaire en raison de ces Blessures et afin que le Membre assuré acquière des qualifications lui permettant d'exercer une profession qu'il n'aurait pas exercée autrement, si ce n'était en raison desdites Blessures,
- b) les frais soient encourus dans les 3 ans à compter de la date de l'accident,
- c) aucun paiement ne soit versé au titre des frais de la vie quotidienne, de voyage ou d'habillement

Transport de la famille

Lorsque les Blessures couvertes par la police entraînent l'internement d'un Membre assuré dans un hôpital à 100 kilomètres de sa ville de résidence permanente, dans les 365 jours suivant l'accident et que le médecin traitant recommande la présence à ses côtés d'un membre de la famille proche, la Compagnie paiera les dépenses réelles encourues par le membre de la famille proche pour qu'il se rende par la voie la plus directe en utilisant un transporteur public autorisé auprès du Membre assuré interné, sans dépasser le montant de 15 000 \$.

Droit de transformation

À la date de la cessation de la couverture ou au cours de la période de 90 jours suivant la cessation de la couverture, vous pouvez changer votre assurance pour une police d'assurance individuelle de l'Assurance Croix Bleue Vie. La police individuelle entrera en vigueur soit à compter de la date à laquelle la demande est reçue par la Compagnie d'assurance, soit à la date à laquelle la couverture en vertu de la police prend fin, selon l'éventualité survenant le plus tard. Le montant de la prime sera identique au montant que vous auriez normalement payé si vous aviez fait une demande de police individuelle à ce moment. La

demande de police individuelle peut être faite auprès de n'importe quel bureau de l'Assurance Croix Bleue Vie. Le montant des prestations d'assurance transformée ne doit pas dépasser le montant émis en vertu de ce Régime.

Maintien de la couverture

Dans le cas de Membres qui sont (1) mis à pied de façon temporaire, (2) temporairement absents du travail pour cause d'invalidité de courte durée, (3) en congé, ou (4) en congé de maternité, la couverture sera prolongée pour une période de 12 mois, sous réserve du paiement de la prime. Si un Membre remplit d'autres tâches professionnelles pendant le congé ou la période de mise à pied, aucune prestation ne sera payable pour une perte survenant pendant l'exécution de ces tâches.

Exonération de prime

Au cas où un Membre assuré est atteint d'Invalidité totale et permanente, et que sa demande d'exonération de prime est acceptée et approuvée en vertu de la police d'Assurance-vie collective en vigueur du Régime, alors les primes payables en vertu de cette police sont suspendues à partir de la date à laquelle la réclamation est acceptée et approuvée par le Souscripteur du Régime d'Assurance-vie collective jusqu'à ce que l'une des dates suivantes soit échue, selon l'éventualité survenant en premier :

- a) date à laquelle le Membre assuré atteint l'âge de 65 ans.
- b) date du décès ou de la guérison du Membre assuré.
- c) date à laquelle le Membre assuré n'est plus admissible pour être exonéré du versement des primes en raison de son Invalidité totale en vertu de la police collective d'Assurance-vie du Titulaire de la police; et
- d) date à laquelle la Police-cadre prend fin.

Avenant relatif à la ceinture de sécurité

Les prestations en vertu de la police seront majorées de 10 % si les Blessures ou le décès du Membre assuré sont survenus alors que celui-ci était passager ou conducteur d'un véhicule automobile particulier et que sa ceinture de sécurité était correctement attachée. La vérification de l'utilisation réelle de la ceinture de sécurité doit faire partie du rapport officiel

de l'accident ou être certifiée par le policier chargé de l'enquête.

Altération du domicile et modification du véhicule

Si un Membre assuré reçoit un paiement en vertu du Tableau des Pertes et doit par la suite (en raison du motif pour lequel le paiement en vertu du Tableau des Pertes a été effectué) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, alors cette prestation couvrira, sur présentation d'une preuve de paiement :

- a) le coût ponctuel des modifications à la résidence du Membre assuré afin de la rendre habitable et accessible aux fauteuils roulants; et
- b) le montant le moins élevé des coûts suivants :
 - i) coût ponctuel des altérations nécessaires au véhicule automobile appartenant au Membre assuré afin de le rendre accessible ou utilisable par l'intéressé(e); et
 - ii) coût ponctuel d'achat d'un véhicule spécialement modifié pour être utilisable avec un fauteuil roulant, avec l'approbation préalable de la Compagnie.

Le montant maximum payable en vertu des articles

- a) et b) combinés ne dépassera pas 15 000 \$.

Le paiement des prestations contenues dans les présentes ne sera pas effectué, sauf si :

- a) les modifications du domicile sont faites au nom du Membre assuré et sont réalisées par une personne expérimentée en la matière et recommandée par un organisme reconnu, offrant aide et assistance aux personnes en fauteuil roulant; et
- b) les modifications des véhicules sont faites au nom du Membre assuré et sont réalisées par une personne expérimentée en la matière et les modifications sont approuvées par les Autorités provinciales d'immatriculation des véhicules.

Prestation éducative pour les Enfants à charge

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant la Perte de la Vie pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes, la Compagnie remboursera les frais de scolarité annuels, à l'exclusion du logement et des repas, facturés pour l'année scolaire par un Établissement d'Enseignement supérieur pour chaque Enfant à charge de ce Membre assuré, à concurrence des montants suivants :

- a) 10 000 \$ par année scolaire; ou
- b) 5 % du Capital assuré du Membre assuré.

Cette prestation est payable annuellement jusqu'à un maximum de quatre paiements consécutifs par Enfant à charge :

- c) uniquement pour l'Enfant à charge qui, au moment de la Perte de la Vie du Membre assuré, est inscrit à plein temps dans un Établissement d'Enseignement supérieur au-delà de la classe de 12e; et
- d) uniquement pendant que l'Enfant à charge continue à étudier dans un Établissement d'Enseignement supérieur.

La Compagnie remboursera la personne qui a effectivement assumé les dépenses de frais de scolarité.

Prestation éducative pour le Conjoint

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant une Perte de la Vie pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes, la Compagnie paiera les frais effectivement engagés par le (la) Conjoint(e) du Membre assuré pour suivre un programme de formation à une profession ou un métier auquel il (elle) s'est inscrit(e) afin de pouvoir assurer ses besoins et sa subsistance de façon autonome, à condition que ces frais aient été engagés au plus tard dans les 30 mois suivant la Perte de la Vie du Membre assuré.

Le montant maximal payable pour cette prestation est de 15 000 \$ par Membre assuré.

Le terme « **Enfant à charge** » désigne ici tout enfant non marié de moins de 26 ans dépendant du Membre assuré pour au moins 50 % de sa subsistance et ses besoins.

L'expression « **Établissement d'Enseignement supérieur** », telle qu'utilisée dans les présentes, inclut, sans toutefois s'y limiter, les collèges postsecondaires ou écoles de métiers privés ainsi que tout Collège d'enseignement général et professionnel (CÉGEP)/College of General and Vocational Education.

Prestation de garderie

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant une Perte de la Vie pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes, la Compagnie versera au tuteur légal de tout Enfant à

charge survivant du Membre assuré une somme égale au montant le moins élevé de ce qui suit :

- a) coût annuel effectivement facturé par un centre de garderie commercial et autorisé;
- b) 5 % du Capital assuré du Membre assuré; ou
- c) 5 000 \$ par an.

Cette prestation est payable annuellement jusqu'à un maximum de quatre paiements consécutifs par Enfant à charge :

- a) et concerne uniquement l'Enfant à charge qui, à la date de la Perte de la Vie du Membre assuré, est âgé de moins de 13 ans;
- b) à condition que cet Enfant à charge ait été inscrit dans un centre de garderie commercial et autorisé au plus tard 90 jours après la Perte de la Vie du Membre assuré; et
- c) à condition que l'Enfant à charge continue à être inscrit dans un centre de garderie commercial et autorisé

Prestation d'hospitalisation

Si un Membre assuré subit une blessure entraînant une Perte (autre que la Perte de la Vie) pour laquelle la Compagnie a payé la prestation indiquée dans le Tableau des Pertes et qu'en raison de cette Perte le Membre assuré est, conformément aux instructions d'un Médecin, interné dans un Hôpital pour un séjour de plus de 5 nuits consécutives, la Compagnie paiera :

- a) pour une période d'internement en Hôpital de plus de 30 nuits consécutives, 1 % du Capital assuré du Membre assuré; ou
- b) pour une période d'internement en Hôpital de 30 nuits consécutives ou moins, un trentième (1/30) du montant déterminé pour chaque nuit passée à l'Hôpital.

Cette prestation, qui est rétroactive à la première nuit d'internement passée à l'Hôpital, sera versée mensuellement par la Compagnie.

Le montant maximal de cette prestation payable pour toutes les Blessures résultant d'un accident par assuré est de 2 500 \$ par mois.

Il n'y a pas de prestations payables pour un internement de plus de 12 mois au total lié à un accident ayant entraîné des Blessures.

Aux fins du calcul de cette prestation, les internements successifs en Hôpital pour des Blessures résultant du même accident sont considérés comme une seule et même période d'internement s'ils sont séparés par des intervalles de moins de 3 mois.

Le terme « **Hôpital** » est défini comme un établissement remplissant toutes les exigences suivantes :

- (1) autorisé en tant qu'hôpital (si une telle autorisation est nécessaire dans la province);
- (2) fonctionnant principalement pour l'accueil, les soins et le traitement des personnes malades ou blessées en tant que patients hospitalisés;
- (3) fournissant des soins infirmiers de jour 24 heures sur 24 dispensés par des infirmiers autorisés ou diplômés;
- (4) disposant d'un personnel composé d'un ou de plusieurs de médecins autorisés disponibles à tout moment;
- (5) disposant d'installations organisées pour établir des diagnostics et d'infrastructures médicales chirurgicales majeures; et
- (6) ne constituant pas principalement une clinique, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement semblable et n'étant pas, sauf incidemment, un endroit pour les alcooliques ou les toxicomanes.

Indemnité d'Invalidité totale permanente

Si un Membre assuré subit une Blessure entraînant une Invalidité totale et permanente, la Compagnie paiera le montant équivalant à 100 % du Capital assuré pour le Membre assuré moins tout montant prévu dans le Tableau des Pertes ayant été versé ou payable par la Compagnie au titre des Pertes subies par le Membre assuré.

EXCLUSIONS

Aucune couverture ne sera fournie en vertu du présent contrat et aucun paiement ne sera effectué pour une Perte ou une réclamation quelconque résultant, partiellement ou totalement, ou contribuant à, ou constituant une conséquence naturelle et probable de n'importe lequel des risques exclus suivants, même si la cause directe ou immédiate de la Perte ou de la réclamation est une Blessure accidentelle :

- a) suicide ou tentative de suicide de la part du Membre assuré alors qu'il est sain d'esprit;
- b) Blessure auto-infligée ou toute tentative dans ce sens par le Membre assuré, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- c) guerre déclarée ou non, ou tout acte d'hostilité en découlant; ou
- d) affection, maladie ou handicap physique, que la Perte ou la réclamation résulte directement ou indirectement de l'une quelconque de ces causes;
- e) incapacité mentale, que la Perte ou la réclamation résulte directement ou indirectement d'une incapacité mentale quelconque;
- f) Blessure subie alors que le Membre assuré est soumis à un traitement médical ou chirurgical pour soigner une affection, une maladie ou un handicap physique ou mental;
- g) attaque ou accident ou incident vasculaire cérébral ou accident ou incident cardiovasculaire, infarctus du myocarde ou crise cardiaque, thrombose coronaire, anévrisme;
- h) voyage ou vol (ce qui inclut l'entrée et la sortie, l'embarquement et le débarquement) à bord de tout véhicule utilisé pour la navigation aérienne, si le Membre assuré :
 - i) utilise en tant que passager un aéronef quelconque non destiné ou autorisé au transport de passagers; ou
 - ii) exécute, apprend à exécuter ou enseigne à d'autres personnes la fonction de pilote ou de membre d'équipage sur un aéronef quelconque; ou
 - iii) utilise en tant que passager un Aéronef loué par le Titulaire de la police ou lui appartenant et exploité par celui-ci.
- i) infections de toute nature, sans égard à la manière dont elles ont été contractées, à l'exception des infections bactériennes directement causées par le botulisme, l'intoxication par des ptomaines ou une coupure ou lésion accidentelle, indépendamment et en l'absence de toute affection, maladie ou problème de santé sous-jacent, ce qui inclut, sans toutefois s'y limiter, le diabète;

- j) Blessure ou Perte subie alors que le Membre assuré sert à plein temps au sein des forces armées ou du corps de réserve organisé d'un pays ou d'un organisme international. (sur demande du Titulaire de la police à la Compagnie, les primes non travaillées durant la période où le Membre assuré a servi à temps plein seront remboursées);
- k) Blessure ou Perte subie alors que le Membre assuré est sous l'emprise de l'alcool et conduit un quelconque véhicule ou moyen de transport ou de déplacement et que son taux d'alcool dans le sang dépasse (80) milligrammes pour cent (100) millilitres de sang;
- l) Blessure ou Perte subie alors que le Membre assuré est sous l'emprise d'une drogue ou substance contrôlée comme le stipule la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Canada), à moins qu'il ne l'ait prise sur le conseil et dans le strict respect des instructions d'un Médecin dûment autorisé.
- m) commission ou tentative de commission par un Membre assuré ou Blessure survenue alors qu'un Membre assuré était en train de commettre ou de tenter de commettre tout acte qui, s'il était jugé par un tribunal, serait considéré comme criminel en vertu des lois de la juridiction où l'acte a été commis; et
- n) commission ou exécution d'un acte, d'une tentative d'acte ou d'une omission par le Membre assuré, ou commission ou exécution d'un acte, d'une tentative d'acte ou d'une omission avec le consentement du Membre assuré dans le but d'interrompre la circulation du sang vers le cerveau du Membre assuré ou de provoquer son asphyxie, avec ou sans l'intention de lui causer préjudice; ou
- o) causes naturelles.

PRESTATION D'INDEMNITÉ HEBDOMADAIRE

Uniquement pour les Employés

Les prestations d'Indemnité hebdomadaire seront payées à chaque Employé(e) admissible qui est invalide et incapable de travailler en raison d'un accident ou d'une maladie non professionnels. Pour avoir le droit de faire une demande d'Indemnité hebdomadaire, l'Employé(e) doit avoir été couvert(e) par les prestations du Régime (y compris l'Indemnité hebdomadaire) pendant au moins trois mois consécutifs immédiatement avant le mois où

l'invalidité est survenue (un mois d'invalidité représente quatre mois) ou avoir rapporté au minimum 1000 heures dans les 12 mois immédiatement précédents (mois d'invalidité non compris). Le paiement des Prestations débute le 1er jour où survient l'accident non professionnel et le 4e jour où se déclare la maladie non professionnelle.

Remarque : Les Prestations ne débuteront pas avant que vous n'ayez consulté un médecin et été traité par lui.

Chaque Employé(e) admissible peut recevoir l'Indemnité hebdomadaire, comme indiqué à la page 1 et bénéficier de cette prestation pendant 52 semaines au maximum.

Sur demande, l'impôt sur le revenu sera déduit des prestations de perte de salaire conformément aux exigences administratives de l'Agence du revenu du Canada (ARC) aux fins des retenues de l'impôt à la source.

Comment faire une demande d'Indemnité hebdomadaire :

Suivez les étapes suivantes dès que possible après être devenu(e) invalide :

- a) Contactez votre médecin dès que vous devenez invalide. Vous devez être examiné(e) et traité(e) pendant que vous êtes invalide.
- b) Remplissez le recto du formulaire de demande.
- c) Le médecin traitant doit remplir la Déclaration du Médecin au verso de ce même formulaire. S'il y a un coût pour remplir ce formulaire, celui-ci incombe à la personne faisant la réclamation.
- d) Les réclamations au titre d'une invalidité doivent être soumises au plus tard 30 jours après le début de votre Invalidité totale, à moins que des circonstances particulières ne vous en empêchent.

Un(e) Employé(e) faisant une réclamation au titre d'un accident non professionnel peut commencer à recevoir des prestations à partir du 1er jour de l'accident et durant son rétablissement ou durant le nombre maximum de semaines de la réclamation, selon l'éventualité survenant en premier.

Est-il nécessaire de consulter un médecin en personne avant de faire une demande d'Indemnité hebdomadaire?

Oui. Le rapport médical est exigé pour prendre acte de votre incapacité à travailler et vous devrez être régulièrement suivi par un médecin pendant la durée de la réclamation.

Les frais de formulaire de 25 \$ pour la demande initiale d'Indemnité hebdomadaire sont payables par le Régime.

D'autres rapports médicaux seront-ils exigés?

Oui, en fonction de la nature de la maladie et un examen médical indépendant pourrait en outre être exigé.

Veillez noter : Pour reprendre votre travail, votre employeur pourrait exiger que vous produisiez une autorisation écrite de votre médecin.

En cas de récurrence de la même invalidité, plus de deux semaines continues d'emploi avéré doivent s'être écoulées depuis l'apparition initiale de l'invalidité, pour que cette récurrence soit considérée comme une nouvelle période d'invalidité. Si l'invalidité survient pour une raison différente ou sans lien avec la précédente, elle sera considérée comme une nouvelle invalidité, à condition qu'elle ait débuté après que l'Employé(e) ait repris son travail.

Responsabilité civile

Lorsque la loi le permet, le Fonds et l'Assureur seront subrogés à tous vos droits de recouvrement pour perte de revenu, à concurrence du montant des prestations payées ou payables par le Fonds ou l'Assureur. Cela signifie que si, en vertu du présent Régime, vous recevez des versements de prestations au titre d'une perte de revenu pour laquelle il pourrait y avoir une cause juridiquement contraignante à l'encontre d'un tiers, vous devrez remplir un Contrat de Prêt. Ce faisant, le Régime aura droit à être remboursé pour toutes prestations versées ayant fait l'objet d'un recouvrement auprès d'un tiers.

Droit de recouvrement

Si un(e) Employé(e) est atteint(e) d'Invalidité totale à la suite d'une blessure ou d'une maladie :

- a) dont un tiers pourrait, directement ou indirectement, en partie ou en totalité, être responsable vis-à-vis de l'Employé(e); ou
- b) pour laquelle l'Employé(e) peut faire réclamer des prestations en vertu d'une loi sur les accidents du travail;

le Régime ne versera pas de prestations à l'Employé(e).

Si l'Employé(e) apporte au Régime la preuve qu'il n'y a pas de tiers responsable, en partie ou en totalité, ou la preuve que la réclamation qu'il (elle) a faite en vertu d'une loi sur les accidents du travail a été rejetée, le Régime exigera que l'Employé(e) signe un Contrat de Prêt pour pouvoir bénéficier des prestations du Régime. Si cette réclamation fait par la suite l'objet d'une réparation financière payée à l'Employé(e) par un tiers ou si la commission des accidents du travail revient sur sa décision, l'Employé(e) devra rembourser au Régime les montants payés dans le cadre de cette réclamation.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Aucune prestation ne sera versée pour les périodes d'invalidité :

- résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, étant donné que ceux-ci sont couverts par la Loi sur les accidents du travail ou une législation similaire;
- résultant de la commission ou la tentative de commettre une agression ou un acte criminel;
- résultant de blessures ou maladies auto-infligées;
- en cas d'insurrection ou de guerre, déclarée ou non déclarée, avec ou sans participation avérée à celle-ci;
- en cas de participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- résultant d'une maladie liée à une grossesse durant la période pendant laquelle la personne (a) a droit aux prestations de l'AE ou (b) a droit à un congé de maternité en vertu d'un règlement provincial ou fédéral, ou à une quelconque période de congé plus longue accordée par l'employeur de cette personne par le biais d'un contrat ou d'un

accord, verbal ou écrit, ou alors que cette personne n'a pas droit à un congé de maternité.

- lorsque le Membre touche un revenu d'autres sources telles que l'Assurance-Emploi ou toute autre prestation émise par le gouvernement qui est une source de revenu;
- si vous devenez invalide pendant une grève ou un lockout (grève patronale) sur votre lieu de travail; cependant, votre droit aux prestations sera rétabli à la fin de la grève ou du lockout;
- résultant d'un accident automobile.

RÉSILIATION DES PRESTATIONS

Le versement de vos prestations cessera à la première date à laquelle l'une ou plusieurs des éventualités suivantes se produisent :

- vous n'êtes plus invalide;
- la date à laquelle vous cessez de recevoir des traitements ou des soins médicaux continus de la part de votre Médecin;
- la date à laquelle vous omettez de soumettre une preuve satisfaisante de la persistance de votre invalidité, comme exigé par le Régime;
- la date à laquelle vous refusez de vous soumettre à un examen médical réalisé par un Médecin choisi par le Régime;
- la date à laquelle vous cessez de suivre le traitement recommandé pour votre invalidité;
- la date à laquelle vous exécutez un quelconque travail contre rémunération ou bénéfice;
- la date à laquelle la période de prestation maximum indiquée dans le Tableau des Prestations prend fin;
- vous prenez votre retraite; ou
- vous décédez.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Uniquement pour les Employés

Chaque Employé(e) admissible est assuré(e) contre l'Invalidité de longue durée comme indiqué à la page 1.

Durant la période d'évaluation initiale

Durant la période d'évaluation initiale, qui est constituée de la période d'Attente plus les 24 mois suivants d'invalidité, une personne est considérée comme invalide si :

1. la maladie ou la blessure empêche l'Employé(e) d'effectuer les tâches essentielles liées à son occupation professionnelle habituelle; et
2. à l'exception d'un quelconque emploi dans le cadre d'un plan de réadaptation approuvé, l'Employé(e) ne travaille à aucune occupation professionnelle lui procurant un revenu égal ou supérieur à la prestation de revenu offerte par son Régime.

Après la période d'évaluation initiale

Après la période d'évaluation initiale, l'Employé(e) est considéré invalide s'il est dans l'incapacité d'occuper un emploi rémunérateur en raison d'une maladie ou d'une Blessure.

Un emploi rémunérateur fait référence à un travail :

1. qu'une personne est capable de réaliser d'un point de vue médical;
2. pour lequel cette personne possède au moins les qualifications minimales;
3. qui procure à cette personne au moins 75 % de son revenu mensuel; et
4. qui existe dans la province ou le territoire où cette personne travaillait lorsqu'elle est devenue invalide ou dans lequel elle réside actuellement.

La disponibilité de l'emploi n'est pas prise en considération lors de l'évaluation de l'invalidité.

Perte de permis

La Perte de tout permis requis pour travailler n'est pas prise en considération lors de l'évaluation de l'invalidité.

Période d'invalidité

La période d'invalidité est constituée de la période d'Attente plus la période de prestation.

Période d'Attente

L'Employé(e) doit être atteint(e) d'une Invalidité totale pendant une période de 52 semaines ou pendant la durée de la prestation d'Indemnité hebdomadaire, selon l'éventualité la plus longue.

Si l'Employé(e), ayant observé seulement une partie de la Période d'Attente de prestation, reprend le travail pendant deux semaines continues ou moins et devient à nouveau invalide en raison de la même maladie ou Blessure, cette dernière Période d'invalidité sera considérée par le Régime comme la continuation de la Période d'invalidité antérieure; néanmoins, la Période d'Attente sera prolongée du nombre de jours travaillés par l'Employé(e) à cette occasion.

Période de prestation

La période de Prestation correspond au temps écoulé après la Période d'Attente durant lequel l'Employé(e) est invalide de façon continue; de plus, si l'invalidité n'est pas continue, toute période durant laquelle l'invalidité réapparaît est considérée comme une récurrence.

Les prestations seront payées aussi longtemps que l'Employé(e) restera atteint(e) d'Invalidité totale, mais pas au-delà de l'âge de 65 ans.

Récurrence

Après la Période d'Attente, l'invalidité est considérée comme récurrente si elle résulte de la même maladie ou Blessure et débute dans les 6 mois suivant la fin de l'invalidité antérieure ou dans les 6 mois suivant la fin d'un plan de réadaptation approuvé.

Prestations de revenu

Une personne invalide a droit à des prestations de revenu après la fin de la Période d'Attente et aussi longtemps que dure la période de prestation. Aucune prestation de revenu n'est payable pour la Période d'Attente en soi.

Montant payable

Le montant payable correspond à la prestation de revenu indiquée dans le Tableau des Prestations moins la réduction requise eu égard à la clause relative au maximum de toutes les sources, le cas échéant. La prestation de revenu est payable rétroactivement à la personne invalide tous les mois. Un trentième de la prestation de revenu est payable

pour chaque jour de toute période inférieure à un mois complet.

Le versement de la prestation de revenu plus d'une fois par mois au prorata est laissé à la discrétion de la Canada Vie.

Autres revenus

Le montant appliqué eu égard à la clause relative au maximum de toutes les sources correspond au revenu payable pour la même période que la prestation de revenu prévu par la présente police.

À l'exception des prestations de retraite, tout revenu est considéré comme payable lorsqu'une personne y a droit, indépendamment du fait qu'il ait été accordé ou reçu. S'il n'a pas été accordé, la Canada Vie aura le droit d'en faire une estimation conformément aux conditions de tout régime ou de toute loi concernée. Les prestations de retraite sont considérées comme payables lorsqu'elles sont effectivement reçues.

Si le revenu payable consiste en une somme forfaitaire, le montant appliqué correspondra à la portion payable au titre d'une Perte de revenu durant la période de prestation.

Traitement particulier aux revenus imposables

Les déductions stipulées dans le présent Régime, eu égard à la définition du salaire net, seront appliquées au revenu imposable avant de calculer le montant payable. Cela n'est applicable ni au Régime de pensions du Canada, ni au Régime de rentes du Québec et ne concerne pas les prestations offertes par un régime similaire dans un autre pays ayant conclu une entente réciproque avec le Canada ou le Québec.

Salaire net

Le salaire net correspond à ce qu'une personne gagne tous les mois, déduction faite des impôts fédéraux et provinciaux sur le revenu, des cotisations au Régime de pensions du Canada et au Régime de rentes du Québec, et des cotisations fédérales à l'Assurance-emploi.

Clause du maximum de toutes sources

Cette disposition prévoit une réduction de la prestation de revenu de la personne si le total du revenu subséquent et des prestations de revenu est supérieur à 85 % de son salaire net. Si tel est le cas, la prestation de revenu de la personne est réduite du montant excédant 85 %.

1. 92,5 % de toute prestation d'invalidité à laquelle la personne a droit à titre individuel en vertu :
 - (a) du Régime de pensions du Canada;
 - (b) du Régime de rentes du Québec; ou
 - (c) d'un régime similaire dans un autre pays ayant conclu une entente réciproque avec le Canada ou le Québec.
2. Prestations de retraite auxquelles la personne a droit à titre individuel en vertu :
 - (a) du Régime de pensions du Canada;
 - (b) du Régime de rentes du Québec; ou
 - (c) d'un régime similaire dans un autre pays ayant conclu une entente réciproque avec le Canada ou le Québec.
3. Prestations prévues par la Loi sur les accidents du travail ou une législation similaire, à l'exception :
 - (a) des prestations accordées pour invalidité partielle payables pour chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité; et
 - (b) des prestations liées à un emploi occupé chez un autre employeur.
4. Prestations pour perte de revenu prévues par un régime d'assurance automobile, dans les limites permises par la loi.
5. Prestations pour perte de revenu prévues par la loi, auxquelles la personne ou un autre membre de sa famille a droit eu égard à son invalidité, à l'exception des prestations de l'Assurance-emploi et de l'assurance automobile.
6. Partie de perte salariale de toute indemnité accordée à la suite d'une Blessure découlant d'un acte criminel, à l'exception des indemnités incluant les prestations de revenu pour Invalidité de longue durée offertes par le présent Régime dans le calcul de l'indemnisation.
7. Prestations d'invalidité offertes par un régime d'assurance proposé par une association, à l'exception des prestations payables pour chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité.
8. Revenus professionnels, prestations d'invalidité ou de retraite liées à tout emploi, à l'exception :
 - (a) des prestations d'invalidité constituant des paiements anticipés d'Assurance-vie.

- (b) des prestations de régimes de retraite auxquels un employeur n'a pas cotisé.
- (c) tout montant lié à un emploi autre que chez l'employeur et payable pour chacun des 12 mois précédant une période d'invalidité. Tous les revenus professionnels et toutes les prestations d'invalidité et de retraite découlant d'un même emploi sont considérés globalement pour satisfaire la condition relative aux 12 mois, du moment qu'il n'y a pas eu d'interruption entre eux. Les Périodes d'Attente pour les prestations d'invalidité ne sont pas comptabilisées comme des interruptions.
- (d) du revenu découlant d'un plan de réadaptation approuvé. Ce revenu est pris en compte dans le cadre de la clause d'incitation à la réadaptation

Dans le cadre de la présente clause, les indemnités de cessation d'emploi, les indemnités de départ ainsi que toutes prestations similaires de cessation d'emploi, et notamment tout salaire versé en guise de préavis, sont considérés comme des revenus professionnels.

Clause d'incitation à la réadaptation

Les gains perçus par une personne dans le cadre d'un plan de réadaptation approuvé ne sont pas pris en considération pour réduire la prestation de revenu, sauf si ces gains, les revenus découlant de la présente police et ceux indiqués dans la clause du maximum de toutes sources excèdent 100 % de son salaire net. Si tel est le cas, la prestation de revenu de la personne est réduite du montant excédant 100 %.

INDEXATION

Les clauses suivantes procurent une protection contre l'inflation.

Recalcul

Le montant payable sera recalculé en vue de compenser l'inflation un an après le début de la période de prestation, et tous les ans par la suite. À ces dates, la limite de revenu prévue par la clause d'incitation à la réadaptation sera multipliée par le facteur d'indice des prix à la consommation. Le facteur d'indice des prix à la consommation ne sera pas appliqué aux montants suivants :

1. montant brut de la prestation.

2. maximum de toutes sources aux fins du recalcul de la prestation de revenu.
3. limite de revenu prévue par la clause du maximum de toutes sources.

Autres revenus

Lors du recalcul du montant payable, les augmentations du coût de la vie eu égard aux revenus décrits dans la clause du maximum de toutes sources, qui prend effet après le début de la période de prestation, ne sont pas incluses en tant que revenu assujetti aux clauses du maximum de toutes sources et d'incitation à la réadaptation.

Facteur d'indice des prix à la consommation

Le facteur de l'indice des prix à la consommation pour une date d'évaluation ou de recalcul donnée correspond au ratio de l'indice des prix à la consommation trois mois avant cette date comparé à l'indice des prix à la consommation trois mois avant le début de la période de prestation

Changements à l'indice des prix à la consommation

S'il y a un changement dans la méthode de calcul de l'indice des prix à la consommation :

1. l'indice des prix à la consommation sera utilisé pour la période antérieure à ce changement; et
2. une évaluation adéquate de l'inflation sera utilisée pour la période ultérieure à ce changement.

Indice des prix à la consommation

L'indice des prix à la consommation fait référence à l'Indice des prix à la consommation pour le Canada, IPC d'ensemble (non désaisonnalisé).

RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

La réadaptation professionnelle a trait à une activité professionnelle ou une stratégie de formation qui est :

1. conçue pour aider une personne invalide à reprendre son travail ou à trouver un emploi rémunéré; et
2. recommandé ou approuvé par la Canada Vie.

Pour décider s'il convient de recommander ou d'approuver une proposition de réadaptation, la Canada Vie évalue des facteurs tels que la durée probable de l'invalidité, et le niveau d'activité exigé pour faciliter le retour à l'emploi le plus tôt possible.

Le plan de réadaptation doit avoir pour objectif de permettre à la personne de :

1. reprendre le même travail;
2. continuer à travailler de façon modifiée chez le même employeur; ou
3. faire un travail différent, misant sur des compétences transmissibles.

Engagement de participation

Si une personne ne participe pas ou ne coopère pas au plan de réadaptation recommandé ou approuvé par la Canada Vie, celle-ci n'aura plus droit aux prestations de revenu.

Engagement sur la durée

La durée du plan de réadaptation doit être approuvée par la Canada Vie. Une fois approuvée, la période de prestation de la personne est garantie pour cette durée aussi longtemps qu'elle continue à participer et coopérer au plan.

Revenus professionnels

Les revenus professionnels acquis durant une période de réadaptation seront pris en compte dans le cadre de la clause d'incitation à la réadaptation

Prestation de remboursement des dépenses

Les dépenses raisonnables connexes à un plan de réadaptation, autres que celles liées à un emploi habituel, peuvent être prises en charge par la Canada Vie, à sa discrétion.

Les dépenses faisant l'objet d'une demande en vertu de cette clause doivent être préalablement approuvées par la Canada Vie.

Restriction

Les prestations de réadaptation professionnelle ne sont offertes que pendant que la personne a droit à des prestations de revenu.

COORDINATION MÉDICALE

La coordination médicale est un programme :

1. créé pour procurer des soins efficaces et de qualité;
2. conçu pour favoriser la stabilité de l'état médical de la personne;
3. recommandé ou approuvé par la Canada Vie.

Pour décider s'il convient de recommander ou d'approuver un programme de coordination médicale, la Canada Vie évalue des facteurs tels que la durée probable de l'invalidité, et le niveau d'activité exigé pour favoriser la stabilité médicale de la personne.

Un programme de coordination médicale peut comprendre les services suivants :

1. Concertation avec la personne invalide, les membres de sa famille et le médecin traitant pour mieux comprendre le plan de traitement et son objectif.
2. Comparaison du plan de traitement actuel de la personne avec les normes thérapeutiques généralement acceptées pour des problèmes de santé similaires et, si cela est approprié, suivi des options identifiées avec le médecin traitant.
3. Orientation vers des professionnels, notamment des médecins spécialistes ou des établissements à des fins de diagnostic et de traitement.

Engagement de participation

Si une personne ne participe pas ou ne coopère pas au programme de coordination médicale recommandé ou approuvé par la Canada Vie, celle-ci n'aura plus droit aux prestations de revenu.

Prestation de remboursement des dépenses

Les dépenses raisonnables connexes à un plan de réadaptation, autres que celles liées à un emploi habituel, peuvent être prises en charge par la Canada Vie, à sa discrétion.

Les dépenses faisant l'objet d'une demande en vertu de cette clause doivent être préalablement approuvées par la Canada Vie.

Aucune prestation ne sera versée pour une quelconque partie des dépenses pour lesquelles les prestations sont payables en vertu d'un régime gouvernemental.

Restrictions

Les prestations de coordination médicale ne sont disponibles que tant que la personne a droit à des prestations de revenu. La Canada Vie ne couvrira pas les services de coordination médicale après que la personne a repris son travail, sauf si celle-ci reçoit des prestations de réadaptation professionnelle

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Aucune prestation ne sera payée pour :

1. toute période durant laquelle la personne ne participe pas ou ne coopère pas à un programme de traitement raisonnable et conventionnel.

Un programme de traitement raisonnable et conventionnel est un traitement systématique :

- (a) exécuté ou prescrit par un docteur en médecine légalement autorisé; et
- (b) dont la nature et la fréquence sont celles habituellement requises pour traiter le problème de santé en question.

Lorsque la Canada Vie juge cela approprié eu égard à la gravité du problème de santé, le traitement doit être prescrit, et s'il y a lieu, exécuté ou supervisé par un médecin agréé spécialiste du problème en question.

Si la toxicomanie joue un rôle dans l'invalidité de la personne, son traitement doit inclure la participation à un programme reconnu de désintoxication.

2. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer pour réclamer d'autres prestations d'invalidité, demander à nouveau ces prestations ou faire appel des décisions concernant ces prestations, alors que la Canada Vie juge que cela est nécessaire.
3. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer ou participer à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par la Canada Vie.
4. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer ou participer à un programme de coordination médicale recommandé ou approuvé par la Canada Vie.
5. toute période ultérieure au refus de la personne de coopérer ou participer à une évaluation médicale ou professionnelle requise par la Canada Vie.
6. la durée prévue d'un congé. Un congé est considéré comme débutant à la date convenue entre l'Employé(e) et l'employeur.

Cette exclusion n'est pas applicable à une partie quelconque de la période de congé de maternité durant laquelle la personne ne peut pas travailler

en raison de sa grossesse. Si l'enfant naît avant que le début prévu de la période de congé de maternité, la date de la naissance est considérée comme le début dudit congé.

7. toute période durant laquelle la personne se trouve hors du Canada. Cette exclusion n'est pas applicable aux 30 premiers jours de congé ou si la Canada Vie a préalablement autorisé le congé avant le départ de la personne concernée.
8. toute période d'incarcération, d'internement ou d'emprisonnement par autorité de justice.
9. Invalidité résultant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.

PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET À LEUR FAMILLE

Le Programme d'Aide aux Employés et à leur Famille (PAEF) est un service de conseil et de counseling volontaire, confidentiel et à court terme qui vous met en relation, ainsi que les membres admissibles de votre famille, avec un réseau de professionnels qualifiés, disponibles pour vous apporter du soutien 24 heures sur 24.

Cette prestation propose une aide professionnelle pour une grande variété de problèmes, tels que :

- le stress lié à la vie personnelle et professionnelle;
- les relations de couple et maritales;
- l'éducation des enfants et les difficultés du rôle parental;
- les problèmes familiaux;
- les problèmes concernant les personnes âgées;
- la dépression et l'anxiété;
- l'alcoolisme et la toxicomanie;
- les questions juridiques et les problèmes financiers.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter la brochure disponible auprès de l'Administrateur. Contactez le Programme d'Aide aux Employés et leur Famille (PAEF) 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 par téléphone, sur le Web ou par application mobile.

one.telushealth.com

ANGLAIS :

nom d'utilisateur : ndt

mot de passe : eap

FRANCAIS:

Nom d'utilisateur : end

mot de passe : pae

ou appelez le 1-844-880-9137

SOINS VIRTUELS TELUS SANTÉ

Les Soins virtuels TELUS Santé vous donnent accès, ainsi qu'à vos Personnes à charge, à des soins médicaux axés sur le patient. Grâce aux Soins virtuels TELUS Santé, vous et vos Personnes à charge pouvez obtenir les soins de santé physique et mentale dont vous avez besoin, dès que vous en avez besoin. Quelle que soit l'heure et où que vous vous trouviez au Canada, ce service est directement disponible sur votre téléphone ou votre ordinateur, à travers des messages texte ou des vidéos cryptés, pour aborder vos questions et problèmes de santé avec des cliniciens aimables et compétents. Ce service vous offre un accès virtuel en ligne aux prestations suivantes :

Conseils médicaux

Diagnostic

Soutien en matière de santé mentale

Orientation

Ordonnances et renouvellements d'ordonnance

Demandes d'analyses de laboratoire

Demandes d'imagerie

Consultations diététiques

Cet accès gratuit à des soins virtuels est disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, depuis n'importe où au Canada. Vous pouvez demander qu'un exemplaire de votre consultation soit transmis à votre médecin généraliste. Si vous n'avez pas encore créé votre compte, vous pouvez le faire sur le site suivant

<http://virtualcare.telushealth.com/welcome/activation> en utilisant votre numéro de groupe 4242 et le numéro d'identifiant client indiqué sur votre carte de paiement direct. Une fois que vous avez créé votre compte, téléchargez l'application *Soins virtuels TELUS Santé* à partir de l'App Store ou de Google Play et connectez-vous à votre compte.

AIDE À LA RÉADAPTATION EN MATIÈRE DE TOXICOMANE (ART)*

Il est avéré que, dans certains cas, le counseling ne suffit pas pour traiter correctement la dépendance à l'alcool ou aux substances chimiques. Pour obtenir un soutien adéquat, le coût à payer peut être supérieur à ce que vous ou votre famille pouvez vous permettre de dépenser. Si vous, ou un membre de votre famille êtes dépendants à l'alcool ou aux substances chimiques, le Régime pourrait être en mesure de vous apporter de l'aide pour assumer le coût d'un traitement dans des établissements approuvés.

Cette aide est limitée à un maximum de 15 000 \$ au cours de la vie, pour les Membres en règle appartenant à un Syndicat affilié au CCQC au moment où la demande d'aide est faite. Le Membre doit aussi avoir à son actif 500 heures cotisées au Régime d'Assurance-maladie du secteur des E.N.D. durant les 12 derniers mois ou avoir été couvert par le Régime intégral durant quatre mois consécutifs avant de faire une demande d'ART. Si le Membre n'est pas en règle au moment de faire une demande d'ART, il peut régulariser sa situation auprès de son syndicat et soumettre à nouveau sa demande, à condition de remplir tous les autres critères d'admissibilité. Un certificat d'achèvement du programme doit être fourni à l'Administrateur du Régime, sinon le remboursement de tous les coûts assumés par le Régime au titre de ce traitement sera exigé. La personne faisant cette demande d'aide doit signer un Contrat de Prêt avec le Régime, indiquant qu'elle consent à se conformer à cette exigence.

*Les Membres de la Région du Centre auront accès à des services de réadaptation en matière de toxicomanie par le biais du Centre de traitement De Novo. De Novo offre des services de traitement de la dépendance à l'alcool et à la drogue et fonctionne sur la base d'un partenariat entre la direction et les membres syndiqués des Métiers de la Construction en Ontario. De Novo fournit gratuitement des services d'évaluation, d'orientation, de traitement en établissement et d'aide à la désintoxication aux Membres du Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada travaillant en Ontario.

Veillez contacter l'Administrateur du Régime pour savoir si vous répondez aux critères d'admissibilité pour bénéficier de cette aide

PRESTATIONS D'ASSURANCE- MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Pour les Employés et les Personnes à leur charge admissibles

Les dépenses encourues au Canada sont remboursées comme indiqué.

Une couverture d'assurance-voyage pour urgence médicale à l'extérieur de la Province/du Canada est fournie aux Employés et aux Personnes à leur charge admissibles âgées de moins de 75 ans, jusqu'à un maximum de 5 000 000 \$ par période couverte.

Prestations :

L'Assurance-maladie complémentaire a pour but de vous aider à payer les dépenses de services et fournitures particulières, encourues par vous et les Personnes à votre charge, qui ne sont pas procurées par un régime d'assurance-maladie gouvernemental ou un organisme subventionné par les deniers publics.

Les dépenses suivantes sont considérées comme remboursables lorsqu'elles sont encourues en raison d'une maladie ou Blessure nécessitant traitement et, le cas échéant, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.

- 1) Médicaments sur ordonnance (la substitution par un médicament générique est toujours applicable) – présentez votre carte de paiement direct, ainsi que votre ordonnance, à votre pharmacien qui traitera votre réclamation sur place. Le remboursement des médicaments sur ordonnance est fondé sur le coût du médicament générique équivalent le moins cher. Si vous utilisez votre carte de paiement direct, vous n'avez pas besoin d'envoyer le reçu de la pharmacie et d'attendre pour être remboursé. Vous êtes couvert par votre Régime pour les pharmacothérapies et médicaments sur ordonnance (y compris pour les contraceptifs oraux) exigeant l'ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste autorisé et pouvant seulement être obtenus à cette condition, si la loi provinciale le permet. Les pharmacothérapies et médicaments ne peuvent être fournis que pour une période de 60 jours au maximum (100 jours pour les pharmacothérapies de longue durée). Les ordonnances ne peuvent pas être renouvelées plus fréquemment que ce qui est considéré comme un intervalle raisonnable et habituel. Les

fournitures en médicaments pour les vacances, qui dépassent les limites de fournitures pour les jours ordinaires, doivent être préalablement autorisées par le Régime et être entièrement payées par l'Employé(e), puis soumises au Régime pour remboursement. Les produits pour cesser de fumer seront couverts jusqu'à un maximum de 650 \$ par année civile. Les frais du pharmacien dépassant 8 \$ par ordonnance ne sont pas couverts par le présent Régime.

Les pharmacothérapies et médicaments pouvant être normalement achetés « sans ordonnance » sont exclus, même si une ordonnance a été délivrée à cet effet. Les médicaments contre la stérilité, les vitamines, les médicaments préventifs, les aliments et compléments diététiques sont également exclus.

Il existe un certain nombre de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas admissibles en vertu de la liste de médicaments standard de la Province, mais qui pourraient l'être dans le cadre de son Programme d'Autorisations spéciales. Le Régime pourrait exiger que votre médecin fasse une demande d'Autorisation spéciale pour un ou plusieurs médicaments qu'il vous a prescrits. Si cette demande d'Autorisation spéciale est approuvée par un régime de la Province, ces médicaments seront pris en compte dans votre franchise annuelle provinciale.

VEUILLEZ NOTER : Il est obligatoire pour tous les Employés qui résident en C.-B. de s'inscrire au programme Fair PharmaCare et d'apporter la preuve de cette inscription à l'Administrateur pour continuer à bénéficier des prestations du Régime. Pour vous inscrire au Programme Fair PharmaCare, appelez le 604-683-7151 depuis Vancouver et le 1-800-663-7100 depuis le reste de la C.-B. pour un appel sans frais.

Si vous préférez consulter le site de Fair PharmaCare en ligne, voici l'adresse : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/pharmacare-for-bc-residents/who-we-cover/fair-pharmacare-plan>

Après vous être inscrit, veuillez vous adresser à l'Administrateur, qui vous fournira votre numéro d'inscription.

Programme d'Autorisation préalable de médicaments sur ordonnance

Une autorisation préalable sera dorénavant exigée pour un certain nombre de médicaments sur ordonnance avant de pouvoir être considérés admissibles par Régime. Une liste exhaustive des médicaments assujettis à une autorisation préalable est consultable en ligne à : <https://www.telus.com/en/health/prior-authorization-forms>

Si un médicament prescrit par votre médecin à vous ou à l'une de vos Personnes à charge figure sur la liste d'autorisation préalable, lorsque vous présenterez votre ordonnance à la pharmacie, votre pharmacien aura été informé que vous avez besoin de cette autorisation préalable. Vous devrez alors télécharger le formulaire d'autorisation préalable (AP) pour ce médicament sur : <https://www.telus.com/en/health/prior-authorization-forms> et remplir la rubrique destinée au patient, demander au médecin traitant de remplir la rubrique le concernant, puis envoyer le formulaire rempli à l'endroit indiqué. Ces renseignements seront examinés pour déterminer si les conditions d'admissibilité requises sont remplies.

La décision sera communiquée directement au patient ou à la personne indiquée par le patient sur le formulaire. En cas d'admissibilité, une exception sera ajoutée au dossier du Régime de ce patient pour que ce médicament soit dorénavant accepté par la carte de paiement direct, conformément aux conditions de l'autorisation.

Important : n'achetez pas vos médicaments avant que la procédure d'Autorisation préalable ne soit achevée. Les réclamations ne sont pas remboursables rétroactivement. Veuillez attendre la confirmation que les conditions sont requises avant de retourner à la pharmacie pour faire exécuter votre ordonnance.

Il est conseillé de consulter la liste d'Autorisation préalable pendant que vous êtes avec votre médecin, au cas où le médicament qu'il envisage de vous prescrire figurerait sur cette liste; vous pourrez ainsi télécharger, imprimer et remplir le formulaire pertinent avant de quitter le cabinet

médical. Si vous avez besoin d'aide pour avoir accès au formulaire d'Autorisation préalable, vous pouvez contacter le service de réclamations clients de D.A. Townley.

- 2) Vaccinations pour le traitement préventif des maladies transmissibles.
- 3) Frais excédant le montant payable par le Régime de Soins médicaux de la Province de la Personne assurée pour un service d'ambulance professionnel autorisé en cas d'urgence, y compris le transport par train, bateau ou avion ou, en cas d'extrême urgence, par ambulance aérienne, depuis l'endroit où est survenue la blessure ou la maladie, jusqu'à l'hôpital général de soins de courte durée le plus proche et le transport de retour, et notamment le déplacement aller-retour d'un accompagnateur (médecin, infirmier, préposé aux premiers secours), si cela est nécessaire. Les transports organisés après avoir attendu l'admission à l'hôpital pour un problème de santé n'exigeant pas une attention immédiate ou ceux organisés à la convenance du patient ne constituent pas des dépenses admissibles.
- 4) Frais pour les services d'un infirmier exerçant à titre privé en dehors de l'hôpital lorsque cela est nécessaire d'un point de vue médical. Ces services doivent concerner des soins infirmiers, et non des soins de garde. L'infirmier exerçant à titre privé doit être un infirmier ou un infirmier auxiliaire diplômé, agréé ou autorisé dans la province où vous vivez et ne pas vivre avec vous habituellement. Les services d'un infirmier autorisé sont admissibles uniquement lorsqu'une personne possédant de moindres qualifications ne peut pas réaliser les tâches en question.
- 5) Frais de logement et de repas dans les Maisons de Convalescence ou les Établissements de Rééducation fonctionnelle, à l'exception des frais de soins aux malades chroniques, si le fait que la Personne assurée réside au sein de cette institution :
 1. est certifié comme étant médicalement nécessaire par un Médecin,
 2. est survenu dans les 48 heures suivant un séjour à l'Hôpital d'au moins 3 jours consécutifs, et
 3. est dû à la même maladie ou Blessure physique accidentelle ayant justifié le séjour à l'Hôpital.Ces frais sont limités à un maximum de 120 jours.

- 6) Vous pouvez utiliser votre carte de paiement direct auprès des praticiens paramédicaux participants. Le Régime acceptera les frais d'honoraires de massothérapeute, podiatre, chiropraticien, naturopathe ou ostéopathe autorisé et exerçant légalement dans les limites de son permis. Ces frais seront remboursés à 90 % jusqu'à un maximum de 500 \$ par année civile par personne assurée pour chaque praticien. Il n'y a pas de limites pour les frais d'orthophoniste, de physiothérapeute ou de psychologue, à condition que le praticien en question soit autorisé et exerce dans les limites de son permis. En ce qui a trait au Personnel de Bureau et aux Personnes à leur charge admissibles, les frais d'orthophoniste, de physiothérapeute ou de psychologue sont limités à 500 \$ par personne assurée par année civile par type de praticien. Les services psychologiques peuvent être fournis par un Psychologue autorisé, un Conseiller clinicien autorisé ou un travailleur social autorisé.
- 7) Frais d'oxygène, de sang ou de plasma sanguin, de fournitures d'ostomie ou d'iléostomie.
- 8) Frais de déambulateurs, canes et embouts de cane, béquilles, attelles, plâtres et bandages, mais les éléments de soutien élastiques ou en mousse sont exclus.
- 9) Frais de fournitures de test, d'aiguilles et de seringues pour les personnes diabétiques.
- 10) Membres artificiels et prothèses oculaires (veuillez contacter l'Administrateur du Régime pour connaître les montants maximums applicables).
- 11) Frais de bas chirurgicaux, jusqu'à un maximum de 100 \$ par année civile.
- 12) Frais de chaussettes pour moignon.
- 13) Frais de soutien-gorge chirurgicaux, à concurrence de 2 par année civile.
- 14) Frais de lentilles pliables pour chirurgie de la cataracte.
- 15) Fournitures orthopédiques : Support de voûte plantaire (limité à 400 \$ par an), talonnettes, semelles compensées, attelles Dennis Browne et chaussures achetées en vue d'être utilisées avec ces accessoires orthopédiques. Si des chaussures orthopédiques ne faisant pas partie intégrante d'une orthèse ou d'une attelle sont prescrites par un médecin, 50 % de leur coût sera remboursable.

- 16) Frais d'orthèses de soutien rigides et de prothèses permanentes (prothèses oculaires, membres et larynx artificiels, prothèses mammaires – 2 par année civile). Les prothèses myoélectriques sont exclues, mais le Régime versera le montant équivalent à une prothèse standard, à concurrence de 2 000 \$ par année civile.
- 17) Frais de location ou, si cela s'avère plus économique, d'achat d'équipement durable à des fins de traitement thérapeutique, y compris fauteuils roulants et lits d'hôpital. Le maximum pour un équipement durable au cours de la vie est de 10 000 \$ et les dépenses excédant 5 000 \$ doivent être préalablement autorisées par le Régime avant de procéder à l'achat/la location.
- 18) Frais de dentiste pour la réparation ou le remplacement de dents saines, vivantes et naturelles ou pour immobiliser une mâchoire fracturée ou luxée si :
- de tels soins sont nécessaires à la suite d'un coup direct accidentel à la bouche et non en raison d'un objet placé dans la bouche;
 - l'accident est survenu pendant que la personne est couverte par cette prestation; et
 - les frais sont engagés dans les 24 mois suivant la date de l'accident.
- 19) Frais hospitaliers facturés par un hôpital général de soins de courte durée agréé dans votre province de résidence, au titre de la différence de coût entre une chambre en salle commune et une chambre semi-privée ou, si le médecin juge cela nécessaire sur le plan médical, une chambre privée (location de téléphone, télévision, etc. non incluse).
- 20) Frais de prothèses auditives et de réparations jusqu'à un maximum de 500 \$ par période de 5 ans pour les adultes et les enfants. L'entretien, les piles et autres accessoires ne sont pas couverts.
- 21) Les perruques et postiches nécessaires à la suite d'un traitement médical ou d'une Blessure sont couverts jusqu'à un maximum de 500 \$ par personne au cours de la vie.
- 22) Les examens radiographiques et autres services diagnostiques de laboratoire (en ce qui a trait aux résidents de la Province du Québec).

SOINS DE LA VUE (PAYÉS À 90 % DANS LE CADRE DE L'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE)

Une prestation de 525 \$ par Employé(e)/Conjoint(e) et de 375 \$ par Enfants à charge admissible durant 24 mois consécutifs est disponible.

Vous pouvez utiliser votre carte de paiement direct pour effectuer les dépenses admissibles suivantes :

- a) un jeu de verres unifocaux, bifocaux ou trifocaux, prescrit par une personne légalement habilitée à délivrer ce type d'ordonnance;
- b) un jeu d'armatures nécessaires lorsque des lunettes sont prescrites pour la première fois ou pour adapter de nouveaux verres si l'armature existante ne peut être utilisée;
- c) verres de contact prescrits par une personne légalement habilitée à délivrer ce type d'ordonnance;

le coût des examens de la vue réalisés par un Optométriste ou un Ophtalmologiste autorisé est couvert dans le cadre du montant maximum précité. Vous pouvez utiliser votre carte de paiement direct auprès des optométristes ou ophtalmologues autorisés participants pour votre examen de la vue.

Chirurgie oculaire au laser

Pour les Employés uniquement, la chirurgie oculaire au laser sera remboursée à 100 % jusqu'à un maximum de 1 500 \$ au cours de la vie. La chirurgie oculaire au laser n'est pas couverte pour les Personnes à charge. Un(e) Employé(e) réclamant le maximum prévu au cours de la vie pour cette prestation ne pourra pas prétendre au remboursement de dépenses de Soins de la Vue pendant les trois prochaines périodes de 24 mois.

Exclusions et restrictions en matière de Soins de la Vue

Le coût des articles suivants est exclu du Régime :

- a) double de verres oculaires, verres oculaires de re-change ou toutes lentilles ou armatures connexes;
- b) lunettes de soleil (simples ou sur ordonnance);
- c) lunettes de protection sans ordonnance;
- d) remplacement de lentilles ou armatures perdues, volées ou cassées.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS :

L'Assurance-maladie complémentaire du Régime ne couvre pas :

- a) les dépenses liées aux prestations, soins ou services payables par, ou en vertu du Régime provincial d'Assurance-maladie, de PharmaCare, de tout Programme hospitalier ou de la Loi sur les accidents du travail, indépendamment du fait que ces prestations, soins ou services aient fait l'objet d'une réclamation ou non, ou qu'ils aient été fournis sans coût ou pour une somme symbolique par une régie ou un organisme publics financés par les recettes fiscales, ou que leur coût puisse être recouvert par l'Employé(e) ou la Personne à sa charge auprès d'un tiers;
- b) les dépenses liées aux services d'un physiothérapeute, massothérapeute ou chiropraticien encourues à la suite d'un accident automobile;
- c) tous frais excédant les honoraires habituels et reconnus pour les services exécutés;
- d) les dépenses encourues à l'extérieur de la Province de résidence, sauf si elles découlent d'une Blessure ou d'une maladie imprévue survenant lors d'un voyage temporaire à l'extérieur de la Province et uniquement dans la mesure précisée dans la section Assurance-voyage pour urgence médicale à l'extérieur de la Province/du Canada ou si elles ont été préapprouvées en vertu la prestation de Renvoi pour soins médicaux, telle que décrite dans les présentes;
- e) les dépenses de services et de fournitures à des fins cosmétiques;
- f) les dépenses entraînées, alimentées ou rendues nécessaires par :
 - la guerre ou tout acte de guerre ou la participation à une émeute ou insurrection civile;
 - une blessure ou maladie auto-infligée intentionnellement, que la personne qui en souffre ou la subie soit saine d'esprit ou non;
 - une maladie ou blessure professionnelle; ou
 - la commission par la personne de tout acte illégal, notamment une infraction au Code criminel du Canada;

- g) toutes dépenses pour lesquelles une personne peut être couverte au titre des prestations d'un régime gouvernemental ou d'une loi.
- h) tout paiement à un médecin, qu'il prenne part ou non au Régime provincial d'Assurance-maladie, exigé ou reçu par facturation du solde, surfacturation ou frais supplémentaires, représentant un montant excédant celui des coûts prescrits par le Régime provincial d'Assurance-maladie;
- i) toute chose non prescrite par un médecin ou non nécessaire pour des soins médicaux ou de la vue;
- j) frais pour « contrôle médical » (y compris dépistage, examen clinique de routine, test APS et études de recherche) sauf dans le cadre d'une maladie, Blessure ou grossesse (y compris soins pré- et postnatals);
- k) soins d'acuponcture;
- l) médicaments sur ordonnance, analyses médicales, procédures et appareils chirurgicaux considérés comme étant à caractère expérimental par le Régime et non reconnus par Santé Canada en tant que norme de traitement établie pour le problème de santé en question.
- m) cannabis médical, sous toutes ses formes.

Prestation de renvoi pour soins médicaux

La Prestation de renvoi pour soins médicaux couvre les frais médicaux et de transport raisonnables et habituels excédant les dépenses couvertes par le régime d'assurance-maladie gouvernemental, le régime d'Assurance-maladie ou régime d'Assurance-maladie complémentaire de la personne assurée, pour cette dernière et pour une personne approuvée l'accompagnant, jusqu'à un montant maximal au cours de la vie de 75 000 \$ par personne, à la suite d'un renvoi pour soins médicaux préalablement approuvé en vue d'un traitement, et aux conditions suivantes :

- a) il ne doit pas y avoir de traitement disponible dans un périmètre de 500 kilomètres de votre domicile; et
- b) s'il est proposé, le service de renvoi pour soins médicaux doit être rendu au Canada, indépendamment de toutes listes d'attente; et
- c) le traitement doit être recommandé par votre médecin traitant et par un spécialiste médical

qualifié au Canada, dans un domaine médical connexe pertinent; et

- d) le service de renvoi doit pouvoir être remboursé et payé entièrement par votre régime d'assurance-maladie gouvernemental ou votre régime d'Assurance-maladie (l'autorisation écrite préalable de votre régime d'assurance-maladie gouvernemental ou régime d'Assurance-maladie, expliquant sa responsabilité, est requise); et
- e) si votre régime d'assurance-maladie gouvernemental, régime d'Assurance-maladie ou régime d'Assurance-maladie complémentaire couvre et rembourse l'intégralité des frais de renvoi pour soins médicaux, aucune prestation n'est payable; et
- f) il ne doit pas s'agir d'un traitement à caractère expérimental ou d'investigation; et
- g) les services médicaux et le transport doivent avoir lieu dans les 30 jours suivant la réception de l'approbation de votre régime d'assurance-maladie gouvernemental ou régime d'Assurance-maladie, à moins que la date de traitement la plus proche possible ne dépasse 30 jours, à compter de la date d'approbation; et
- h) le renvoi pour soins médicaux doit être préalablement approuvé, à la suite d'une demande de pré-approbation soumise par écrit à Global Excel, accompagnée des documents justificatifs.

Assurance-voyage pour urgence médicale à l'extérieur de la Province/du Canada

L'Assurance-voyage pour urgence médicale fournit aux Employés admissibles et à leurs Personnes à charge admissibles une couverture pour certains frais encourus à la suite d'une urgence lors d'un voyage en dehors de leur province de résidence. Cette Assurance-voyage est souscrite par la Compagnie d'assurance-vie Manufacturers (Manuvie).

Manuvie a chargé Global Excel Management (Global Excel) de fournir tous les services d'assistance et de réclamation dans le cadre de la présente police.

Période de couverture : 60 jours par voyage

Numéro de police : DAT00013353

Le montant maximal de la couverture de l'Assurance-voyage pour urgence médicale à l'extérieur de la

province/du Canada s'élève à 5 millions de dollars par période couverte.

EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ APPELER IMMÉDIATEMENT GLOBAL EXCEL AVANT DE RECEVOIR DES SOINS. GLOBAL EXCEL EST DISPONIBLE 24 HEURES PAR JOUR, 7 JOURS PAR SEMAINE ET PEUT ÊTRE CONTACTÉ EN APPELANT :

Depuis le Canada et les États-Unis, appel SANS FRAIS au 1-833-685-2790

Depuis partout ailleurs dans le monde, appel à FRAIS VIRÉS au + 519-735-9448

Avant d'obtenir des soins d'urgence, vous devez informer Global Excel pour :

- o confirmer votre couverture
- o obtenir l'approbation préalable des soins. S'il vous est médicalement impossible d'appeler avant de recevoir des soins d'urgence, appelez dès que possible ou demandez à quelqu'un de le faire à votre place.

Si vous n'appellez pas Global Excel, l'Assureur se réserve le droit de restreindre vos prestations comme suit :

- o l'Assureur ne paiera pas les dépenses se rapportant aux prestations qui ne sont pas approuvées par Global Excel, si une approbation préalable est requise; et
- o en cas d'hospitalisation, il paiera 80 % des dépenses admissibles, en se basant sur les frais raisonnables et habituels, jusqu'à un maximum de 25,000 \$; et
- o en cas de consultation médicale pour un patient non hospitalisé, il paiera un maximum d'une visite par maladie ou blessure.

Vous aurez la responsabilité de payer le reste des frais.

Certains traitements doivent être préalablement approuvés pour être couverts (pour plus de précisions, reportez-vous au livret intégral de l'Assurance-voyage collective pour urgence médicale). Demandez-en un exemplaire à l'Administrateur du Régime, ou téléchargez-la depuis le site Web du Régime à **www.ndtbenefits.org**

Si vous ne contactez pas Global Excel avant d'obtenir des soins, le traitement médical que vous recevrez pourrait ne pas être couvert par cette assurance.

Global Excel peut vous orienter vers un établissement médical ou un médecin dans la région où vous voyagez. Si vous contactez Global Excel au moment de l'urgence, vos frais couverts seront payés directement à l'hôpital ou l'établissement médical, lorsque cela est possible.

L'Assurance-voyage est conçue pour couvrir les pertes survenues lors de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important de lire et comprendre votre couverture avant de voyager, car elle est soumise à certaines restrictions et exclusions.

Des exclusions relatives aux problèmes de santé préexistants pourraient être applicables à des troubles et/ou symptômes médicaux que vous présentiez avant de voyager. Reportez-vous au Tableau des prestations figurant en haut de votre carte-portefeuille d'assistance Manuvie/Global Excel pour savoir quelles sont les exclusions affectant votre couverture et dans quelle mesure elles concernent votre date de départ.

En cas de réclamation, vos antécédents médicaux seront examinés après que la demande ait été faite.

Votre assurance fournit une assistance-voyage. Vous devez contacter Global Excel avant tout traitement. Ne pas le faire aura pour effet de limiter vos prestations.

La couverture est valable pour un nombre de voyages illimité pendant la période couverte pour chaque voyage (60 jours par voyage); cependant, vous devez revenir dans votre province entre chaque voyage.

La couverture doit être en vigueur avant que vous ne quittiez votre province. Il n'est pas nécessaire de nous informer à l'avance de vos dates de départ et de retour pour chaque voyage. Cependant, en cas de réclamation, il vous sera demandé de fournir des preuves attestant ces dates, telles qu'un billet d'avion ou une carte d'embarquement.

Durant le voyage, l'Assuré(e) devrait porter sur lui (elle) la carte-portefeuille d'assistance Manuvie/Global Excel indiquant les numéros à appeler dans le monde pour bénéficier de la couverture d'Assurance-voyage pour urgence médicale. Cette carte, ainsi que le Tableau des

prestations et la brochure complète de l'Assurance-voyage collective pour urgence médicale de Manuvie, peut être obtenue auprès de l'employeur ou de l'Administrateur du Régime ou téléchargée à partir du site Web du Régime sur www.ndtbenefits.org

Pour obtenir une couverture supplémentaire, les Employés travaillant à l'extérieur du Canada doivent prendre des dispositions individuelles.

Procédures de réclamation

(Urgence à l'extérieur de la province/du Canada)

La responsabilité vous incombe de produire tous les documents indiqués ci-dessous et d'assumer les frais facturés pour ces documents. Pour faire une réclamation :

Depuis le Canada ou les États-Unis, appel sans frais au : 1-833-685-2790.

Depuis partout ailleurs dans le monde, appel à frais virés au : + 519-735-9448.

Durant votre appel, toutes les informations nécessaires pour faire une réclamation vous seront fournies.

Il vous sera demandé d'étayer votre réclamation en fournissant tous les documents requis.

Si vous ne le faites pas, votre réclamation pourrait ne pas être payée. L'Assureur n'est pas responsable des honoraires facturés en rapport avec lesdits documents. Les réclamations incomplètes vous seront retournées pour être remplies.

Lorsque vous faites une réclamation, vous pourriez avoir à remplir un Formulaire de réclamation et autorisation et à fournir des documents justificatifs, tels que :

- l'intégralité des billets et tickets de transport originaux non utilisés, en cas de recours à la prestation de transport aérien d'urgence ou de retour du compagnon de voyage.
- toutes les factures détaillées originales du (des) fournisseur(s) de soins médicaux, indiquant le nom du patient, son diagnostic, tous les types et dates de traitement, ainsi que le nom de l'hôpital ou établissement médical et/du médecin.

- tous les reçus originaux des médicaments sur ordonnance (pas de reçus pour encaissement en espèces) obtenus d'un pharmacien, d'un médecin, d'un hôpital indiquant le nom du médecin délivrant l'ordonnance, le numéro d'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total.
- la preuve de vos dates de départ et de retour.

Les cartes d'embarquement sont préférables, mais les billets d'avion ou autres documents prouvant la date de départ de votre province sont acceptables, à condition d'indiquer votre nom, ainsi que le lieu et la date d'achat.

- tout autre document supplémentaire pertinent dans le cadre de votre réclamation et requis par Global Excel.

Ne pas remplir entièrement le Formulaire de réclamation et autorisation risque de retarder l'évaluation de votre demande.

Sauf indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans le présent Régime font référence à la monnaie canadienne. Si vous payez une dépense couverte dans une devise autre que la monnaie canadienne, vous serez remboursé en monnaie canadienne selon le taux de change à la date où la demande de paiement est présentée. La présente assurance ne versera pas d'intérêt.

Tous les documents pertinents doivent être adressés à : Global Excel Management Inc.

73 Queen St., Sherbrooke, Québec J1M 0C9

Envoi de réclamations en ligne :

Visitez <https://manulife.acmtravel.ca> pour soumettre votre réclamation en ligne. Pour soumettre vos réclamations plus rapidement et facilement, veillez à avoir sous la main tous vos documents sous format électronique, PDF ou JPEG.

SOINS DENTAIRES

Pour les Employés et les Personnes à leur charge admissibles

Vous et vos Personnes à charge admissibles êtes couverts par le Régime de soins dentaires. Vous devez être en mesure de prouver que les individus désignés comme Personnes à charge dépendent effectivement de vous. Le Régime assure le

traitement des réclamations pour lesquelles vous avez utilisé votre carte de paiement direct. Présentez votre carte de paiement direct à la réception du cabinet dentaire lorsque vous arrivez pour votre rendez-vous.

Les frais de Soins dentaires sont remboursés comme indiqué à la page 2.

Partie I – Soins ordinaires

Les services suivants sont admissibles pour être remboursés à 100 % de la somme facturée ou à

100 % du Barème d'Honoraires de l'Association dentaire (généraliste) de la Province de résidence, selon le montant le moins élevé.

1) Services de diagnostic

Toutes les actes nécessaires pour permettre au dentiste d'évaluer la situation existante afin de déterminer quel est le traitement dentaire nécessaire, y compris :

- Examens oraux : limités à deux par année civile pour les enfants à charge âgés de moins de 13 ans, et une fois par année civile pour les adultes et enfants à charge de moins de 13 ans ou plus âgés; les examens oraux complets sont néanmoins limités à une fois tous les 36 mois.
- Examens spécifiques
- Consultations (rendez-vous distinct)
- Radiographies dentaires : les radiographies interproximales sont limitées à un jeu pour toute période de 6 mois, les radiographies de la bouche entière sont limitées à un jeu pour toute période de 36 mois, et les panoramiques dentaires sont limités à une radiographie pour toute période de 36 mois.
- Modèles diagnostiques : limités à ce qui est raisonnable et habituel.

2) Services de prévention

Tous les actes nécessaires pour éviter l'apparition d'une affection buccale, y compris :

- Nettoyage et application topique de fluor, limités à deux fois par an, par année civile

- Détartrage et surfaçage radiculaire (limite cumulée de 16 dents par année civile)
- Scellement adhésif des puits et fissures limité à une fois par dent tous les 12 mois pour les Enfants à charge âgés de moins de 19 ans
- Appareil de maintien en position fixe des dents temporaires chez les enfants à charge âgés de moins de 21 ans

3) Services de chirurgie

Tous les actes nécessaires pour réaliser des extractions ainsi que toute autre intervention de chirurgie buccale de routine normalement exécutée par un dentiste.

4) Services de restauration Tous les actes nécessaires :

- aux obturations dentaires en amalgame, silicate, résine acrylique ou aux restaurations en composite
- aux restaurations par remplacement, à condition qu'au moins 12 mois se soient écoulés depuis la pose initiale
- aux couronnes en acier inoxydable sur les dents temporaires

5) Réparation et entretien des prothèses

Réparation si une période de 6 mois s'est écoulée depuis la dernière fois que des prothèses dentaires ont été fournies.

Entretien des prothèses dentaires, après une période de 3 mois suivant l'insertion, y compris :

- regarnissage des prothèses dentaires posées il y a au moins 6 mois, une fois tous les 36 mois
- rebasage des prothèses dentaires posées il y a au moins 2 ans, une fois tous les 36 mois
- application d'enduit correcteur sur les prothèses dentaires regarnies ou rebasées, une fois tous les 36 mois.

6) Endodontie (Canaux radiculaires)

Tous les actes nécessaires à un traitement pulpaire et à l'obturation d'un canal radiculaire.

La répétition du traitement est couverte uniquement en cas d'échec du traitement initial, après les 18 premiers mois.

7) Parodontie

Tous les actes nécessaires au traitement des tissus soutenant les dents, y compris les greffons.

8) Anesthésie

Anesthésie générale nécessaire dans le cadre d'une chirurgie buccale.

Partie II – Soins importants

Appareils de prothèse, facettes, couronnes et bridges

Les services suivants sont admissibles pour être remboursés à 100 % de la somme facturée ou à

100 % du Barème d'Honoraires de l'Association dentaire (pour un Généraliste) de la Province de résidence, selon le montant le moins élevé. Les prothèses intrinsèques (inlays) et extrinsèques (onlays) ne sont couvertes que lorsque d'autres matériaux ne peuvent être utilisés de manière satisfaisante. Les patients optant pour de l'or là où d'autres matériaux suffiraient devront assumer le coût de la différence. Il est suggéré d'obtenir une autorisation préalable.

- Pose initiale de prothèses dentaires partielles ou totales, ou d'une prothèse fixe, si cela s'avère nécessaire pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la couverture du Régime est en vigueur. Les prothèses dentaires partielles ne peuvent être fournies que par un dentiste.
- Pose initiale d'une couronne ou de facettes et leur remplacement, à condition qu'au moins quatre ans se soient écoulés.
- Remplacement d'une prothèse dentaire totale ou partielle existante, à condition qu'au moins quatre ans se soient écoulés.
- Remplacement de la prothèse fixe, si la prothèse fixe existante a été posée quatre ans auparavant et ne peut être réparée.
- Le Régime n'assurera pas le remplacement des prothèses dentaires égarées, perdues ou volées.

Les frais facturés par un Denturologue autorisé seront acceptés pour paiement, conformément à un Tableau d'Indemnités distinct.

Le remplacement de prothèses dentaires peut être remboursé à 70 % si :

- ce remplacement s'avère nécessaire en raison de la pose initiale d'une prothèse dentaire totale antagoniste à la suite de l'extraction de dents naturelles
- la prothèse dentaire est une prothèse amovible de transition, destinée à être remplacée par une prothèse permanente
- alors qu'elle se trouvait dans la cavité buccale, la prothèse dentaire a été trop endommagée pour être réparée à la suite d'une Blessure survenue pendant que la couverture du Régime est en vigueur.

Partie III – Orthodontie (Enfants à charge âgés de moins de 21 ans)

Pour pouvoir bénéficier de cette prestation, vous devez avoir été couvert par le Régime pendant au moins trois mois consécutifs.

Les soins d'orthodontie réalisés par un Orthodontiste seront payés à 75 %, jusqu'à un maximum de 3 000 \$ pour chaque période de 24 mois consécutifs. Le paiement des réclamations sera effectué en fonction de l'admissibilité et du travail réalisé. Le Régime n'assumera pas le coût du remplacement des appareils perdus, cassés ou volés.

Estimation des frais importants de Dentisterie restauratrice et d'Orthodontie avant traitement
Avant de commencer un traitement, le dentiste doit fournir un résumé des frais prévus pour les soins dentaires proposés. Le Régime fournira ensuite une estimation par écrit du montant maximum qui sera payé.

Soins alternatifs :

Si le problème dentaire peut être traité par des soins alternatifs, le montant maximum indiqué dans le Barème d'Honoraires suggéré pour les soins ou les fournitures les moins chers nécessaires pour obtenir un résultat satisfaisant d'un point de vue professionnel sera pris en considération.

Restrictions concernant les espaces vides

Pour avoir le droit de vous faire rembourser des dépenses concernant une dent manquante alors que vous ne bénéficiez pas de couverture, vous devez avoir été couvert par le Régime pendant au moins 2 ans (24 mois).

Soins dentaires d'Urgence partout dans le monde

En cas d'URGENCE, lorsque vous êtes en voyage ou en vacances à l'extérieur de votre Province de résidence, vous avez droit à recevoir des soins de la part d'un dentiste dûment qualifié; dans ce cas, selon le coût réel de ces soins ou la somme qui aurait été payée si ces soins avaient été effectués dans votre Province de résidence, vous serez remboursé du montant le moins élevé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Le Régime de Soins dentaires ne couvre pas le paiement de prestations concernant :

- les articles ne figurant pas au Barème d'Honoraires et les honoraires dépassant ceux indiqués dans le Barème d'Honoraires;
- les frais pour les rendez-vous non respectés, les conseils en matière d'alimentation et d'hygiène, le remplissage de formulaires, les rapports écrits, les coûts de communication ou la traduction de documents;
- les Soins dentaires de nature cosmétique;
- les Soins dentaires fournis dans le cadre d'un régime de soins médicaux offert par un employeur ou un gouvernement.
- des actes pour lesquels, en l'absence de couverture, aucuns frais ne seraient facturés;
- les couronnes en acier inoxydable sur les dents permanentes;
- les appareils de protection pour athlètes;
- une anesthésie non réalisée dans le cadre d'une chirurgie et les frais liés aux installations, équipements et fournitures;

- une reconstruction complète de la bouche en vue d'une correction de la dimension verticale, d'un diagnostic ou de la correction d'une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire;
- le remplacement d'une prothèse perdue ou volée;
- les actes incomplets et temporaires;
- tous frais pour des Soins dentaires ayant débuté avant la date de la couverture; ou
- un traitement dentaire commandé durant la période de couverture (et incluant du travail de laboratoire et des empreintes dentaires) mais n'ayant pas été posé ou livré plus de 31 jours après la fin de la prestation de Soins dentaires.

Les dépenses recouvrables en vertu de tout autre Régime seront coordonnées avec les versements réalisés par le présent Régime, de façon à ce que le paiement total reçu ne dépasse pas les dépenses effectivement encourues.

POUR FAIRE UNE RÉCLAMATION

Prestations d'Assurance-maladie complémentaire et Soins dentaires :

Utilisez votre carte de paiement direct lorsque vous faites exécuter une ordonnance, lorsque vous consultez des praticiens paramédicaux participants, lorsque vous faites un examen de la vue, pour les consultations dentaires et les achats liés aux soins de la vue.

Si vous n'utilisez pas votre carte de paiement direct, ces dépenses peuvent être soumises directement pour remboursement (ceci n'est pas applicable aux réclamations dentaires) à travers le portail ou l'application mobile **Mes réclamations** de **D.A. Townley** (voir page ** pour plus de précisions).

Autrement, les formulaires de réclamations pour les prestations d'Assurance-maladie complémentaire peuvent être obtenus auprès de l'administrateur du régime ou sur le site Web du Régime à **www.ndtbenefits.org**.

Les formulaires standard de réclamation de Soins dentaires sont habituellement fournis par votre dentiste, mais si vous avez besoin de ces formulaires,

ils peuvent aussi être obtenus auprès de l'Administrateur du régime.

Toutes les réclamations doivent être reçues par l'Administrateur du régime dans les 24 mois suivant la date d'achat/de prestation pour être prises en considération dans le cadre du remboursement.

COORDINATION DES PRESTATIONS :

- 1) Lors de l'organisation des paiements de prestations, D.A. Townley respectera les critères établis dans les directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) en vigueur à la date où la dépense admissible a été engagée.
- 2) Si l'Employé(e) ou la Personne à sa charge est aussi couvert(e) en vertu du régime du (de la) conjoint(e) ou en vertu de tout autre régime collectif qui assure des prestations similaires, les versements seront coordonnés et/ou réduits dans la mesure où les prestations payables de tous les régimes ne seront pas supérieures à 100 % de la Dépense admissible (pour les Soins dentaires, le Barème d'honoraires est applicable).
- 3) Le régime qui détermine les prestations en premier (assureur principal) calculera ses prestations comme si la couverture en double n'existait pas.
- 4) Le régime qui détermine les prestations en second (assureur secondaire) limite ses prestations au moins élevé de ces deux montants :
 - a) le montant qui aurait été payable s'il avait été l'assureur principal, ou
 - b) 100 % de toutes les Dépenses admissibles réduites de toutes les autres prestations payables pour les mêmes dépenses par l'assureur principal.
- 5) Si l'autre régime ne contient pas une clause de coordination des prestations, le paiement dans le cadre de ce régime sera versé avant que le Régime ne paie en vertu de cette clause.
- 6) Les régimes d'Assurance-maladie complémentaire avec couverture pour les accidents dentaires déterminent les prestations avant les régimes d'assurance dentaire.

- 7) Si la priorité ne peut pas être établie de la manière ci-dessus, les prestations seront calculées au prorata dans la proportion des montants qui auraient été versés s'il y avait eu une couverture fournie uniquement par ce régime.
- 8) Lorsque le Régime a versé des prestations à l'Employé(e) dans la limite de la franchise du régime de la Province, le Régime paiera la partie des Dépenses admissibles en se fondant sur le pourcentage de remboursement du Régime.
- 9) L'Employé(e) communiquera l'information nécessaire pour que cette clause soit mise en œuvre. Il incombe à l'Employé(e) de présenter une copie de ce formulaire de réclamation original et le relevé de compte ou un talon de chèque lorsqu'il soumet une réclamation supplémentaire en vertu de cette clause.

Pour soumettre des réclamations admissibles, veuillez à inclure :

- Votre nom (en lettres d'imprimerie)
- Votre adresse
- Identifiant client
- Votre syndicat local

Toutes les réclamations doivent être envoyées, accompagnées des justificatifs pertinents, à l'administrateur du régime via :

*le portail ou l'application mobile ***Mes réclamations*** de **D.A. Townley**

*par courriel à **health@datownley.com**

*par télécopie au (604) 299-8136

*par courrier postal à :

Régime d'Assurance-maladie du secteur de END
4250 Canada Way
Burnaby BC V5G 4W6

DÉPÔT DIRECT

Vous pouvez maintenant demander à ce que vos remboursements de réclamations soient directement déposés sur votre compte bancaire en remplissant le Formulaire d'Inscription au Dépôt direct, disponible sur le site Web de D.A. Townley : www.ndtbenefits.org.

Vous pouvez également utiliser le portail ou l'application mobile **Mes réclamations** de **DA Townley** - cliquez sur l'icône Personne en haut de la barre de navigation. Rendez-vous sur Mettre à jour le dépôt direct et saisissez vos coordonnées bancaires (vous pouvez trouver ces informations au bas d'un chèque personnel, sur votre application mobile bancaire ou en appeler directement votre institution financière).

PORTAIL et APPLICATION MOBILE MES RÉCLAMATIONS de D.A. TOWNLEY

Allez à :

www.datownley.com/myclaims/ et cherchez Enregistrement en ligne dans la section ressources du côté droit de la page. Cliquez sur le lien. Remplissez tous les champs obligatoires et atteste que vous avez lu les conditions générales.

Cliquez sur le bouton Envoyer; vous serez automatiquement redirigé(e) vers le portail **Mes réclamations**. Configurez votre compte sur le portail Mes réclamations en cliquant sur Enregistrer compte. Saisissez votre numéro de groupe (52565), le numéro d'identifiant client figurant sur votre carte de paiement direct, ainsi que votre code postal et votre date de naissance. Puis, cliquez sur Suivant. Configurez votre nom d'utilisateur et mot de passe.

Veillez noter : vous ne pouvez créer qu'un seul nom d'utilisateur et mot de passe pour une même couverture. Puis, cliquez sur S'inscrire et acceptez les conditions générales. Vous pouvez maintenant télécharger l'application gratuite **Mes réclamations** de **D.A. Townley** en visitant l'App Store pour les appareils IOS ou Google Play pour les appareils Android. Une fois le téléchargement terminé, enregistrez votre compte sur le portail et sur l'application; vous pourrez alors vous connecter avec votre nom d'utilisateur et le mot de passe que vous avez choisi.

MEMBERXG - PORTAIL ADMINISTRATIF EN LIGNE MES AVANTAGES

Une fois qu'ils remplissent les conditions pour être couverts, les nouveaux Membres du Régime recevront un identifiant D.A. Townley unique. Veuillez noter : il ne s'agit pas du même numéro que l'identifiant client qui figure sur votre carte de paiement direct/ carte-portefeuille – qui ne concerne que vos réclamations. Si vous n'avez pas votre numéro d'identifiant D.A. Townley unique, veuillez communiquer avec l'Administrateur du régime, car vous en aurez besoin pour vous enregistrer et configurer votre compte pour avoir accès à **MemberXG - Mes avantages**.

Une fois enregistré(e) et après avoir configuré votre compte sur **MemberXG - Mes avantages**, vous pourrez visualiser, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7 sur votre ordinateur personnel ou téléphone intelligent ou tablette connecté(e) à un réseau sans fil les informations suivantes :

***Historique des heures travaillées** – Visualisez combien d'heures ont été déclarées en votre nom au Régime de retraite ou au Régime d'assurance-maladie, et auprès de quel(s) employeur(s) elles ont été travaillées.

***Solde du régime de retraite** – Vous pouvez vérifier rapidement quel est votre solde courant, ainsi que les cotisations effectuées en votre nom.

Veuillez noter : les intérêts sont seulement crédités une fois par an.

***Admissibilité au régime d'assurance-maladie** – Vérifiez si vous bénéficiez d'une couverture d'assurance-maladie et pendant combien de temps, en fonction du nombre d'heures déclarées à votre régime.

***Données démographiques** – Visualisez vos renseignements personnels et ceux des personnes à votre charge, inscrites à votre régime.

Pour vous enregistrer, rendez-vous sur le site Web du Régime : **www.ndtbenefits.org** et cliquez sur l'onglet Connexion Membre en dessous de la bannière ou visitez

<https://service.datownley.com/MyBenefits/main/#!/account/login> et sélectionnez Créer un compte.

Une fois que vous vous êtes enregistré(e) et que vous avez créé votre compte, mettez un signet sur le lien

<https://service.datownley.com/MyBenefits/main/#!/account/login>, car c'est là que vous devrez retourner pour vous connecter à chaque visite.

DROIT AUX COPIES DES DOCUMENTS

À partir du 1er juillet 2012, si un(e) Employé(e)/ Membre vit en Colombie-Britannique ou en Alberta, il (elle) a le droit de demander, sur avis raisonnable, des copies des documents relatifs au Régime. La loi l'autorise à obtenir des copies des documents suivants :

- son formulaire d'adhésion ou sa demande d'assurance
- tout relevé écrit ou autre document, ne faisant pas par ailleurs partie de la demande, fourni à l'assureur comme preuve d'assurabilité
- un exemplaire du contrat/de la police

La première copie sera fournie gratuitement à l'Employé(e), et des frais pourront être facturés pour toutes copies supplémentaires. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées par écrit à D.A. Townley.

ACTION EN JUSTICE

Toute action ou procédure intentée contre le Régime en vue du recouvrement des prestations payables en vertu du contrat est absolument proscrite si elle n'est pas intentée dans les délais prévus par la Loi sur les assurances.

Prestations fournies par :

La Canada Vie

No 161133

Assurance-vie

Invalidité à long terme

**Régime d'Assurance-maladie du secteur
des E.N.D. (Essais non destructifs)**

No 52565

Indemnité hebdomadaire

Assurance-maladie complémentaire

Soins dentaires

Assurance Croix Bleue Vie

No 793960007

Décès et mutilation accidentels

Assurance-voyage Groupe Manuvie

No DAT00013353

Gestion Global Excel inc.

Assurance-voyage pour urgence médicale à
l'extérieur de la Province/du Canada

TELUS Santé

N° 7026

Programme d'aide aux employés
et à leur famille

N° 4242

Soins virtuels TELUS Santé

Ce livret explique en termes généraux le Régime de prestations et la couverture en vigueur. Il n'est pas considéré comme un contrat d'assurance. Les modalités détaillées du Régime sont exposées dans les politiques du groupe remises aux Fiduciaires.

L'ADMINISTRATEUR

D.A. Townley

**DU RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE
DU SECTEUR DES E.N.D.**

4250 Canada Way

Burnaby, British Columbia V5G 4W6

Téléphone (604) 299-7482

Télécopie (604) 299-8136

Appel sans frais 1-800-663-1356

Courriel : health@datownley.com (Réclamations)

Courriel : ndt@datownley.com (Administration)

www.ndtbenefits.org