

Foire aux questions :

Q. Je ne me souviens quelle couverture j'ai pris l'année dernière. Comment puis-je avoir l'information?

R. Les options que vous avez choisies l'année dernière sont enregistrées dans le programme WEBS. Les détails de votre couverture, telle que choisie l'année dernière figureront sur la page des détails de votre couverture.

Q. Comment dois-je faire pour adhérer au programme et choisir mes protections? Est-ce compliqué?

R. Le processus d'adhésion est facile et convivial. Vous avez reçu le Guide d'adhésion en direct qui vous aidera dans ce processus.

Q. Une fois mes choix confirmés, sont-ils fixes jusqu'à la fin de l'année?

R. Oui, vous ne pourrez plus modifier vos choix, à moins d'un changement de situation familiale (voir la section *Changement de situation familiale – Les avantages sociaux en bref*).

Q. Que se passe-t-il si je n'adhère pas? Suis-je pénalisé(e)?

R. Si vous êtes un nouvel employé, vous avez accès à un régime par défaut (protection de base), qui vous fournit une protection de base individuelle; toutefois, vous ne pourrez pas personnaliser votre régime avant la prochaine période d'adhésion. Si vous renouvez votre adhésion, votre protection sera, par défaut, la même que l'année précédente et vous n'aurez pas la possibilité d'apporter de modifications avant la période d'adhésion de l'année suivante.

Q. De quelle façon le régime de l'employeur de mon conjoint se combine-t-il au mien?

R. Le présent régime vous encourage à coordonner la couverture offerte aux termes de votre régime avec celle du régime de votre conjoint afin d'obtenir la meilleure protection générale. Vous pouvez modifier vos choix chaque année selon vos besoins. Par exemple, si le régime de votre conjoint offre une protection similaire, vous pouvez décider de ne pas choisir la couverture d'assurance santé ou dentaire et consacrer ces sommes à d'autres options de couverture ou à d'autres niveaux de prestation. Vous pouvez aussi opter pour une protection familiale et coordonner votre protection de manière à ce qu'on vous rembourse jusqu'à 100 % des dépenses admissibles engagées.

- Q. Pourquoi choisirais-je de ne pas profiter du programme d'assurance santé et dentaire? Actuellement, je peux coordonner les deux couvertures.**
- R.** Si vous choisissez de ne pas profiter de la couverture d'assurance santé et dentaire, le coût associé à ces protections peut être consacré à l'achat d'autres avantages ou vous être versé à titre de montant imposable.
- Q. Que se passe-t-il si je refuse la couverture d'assurance santé ou dentaire parce que mon conjoint a la même protection par son employeur et que mon conjoint perd son emploi? Dois-je attendre la prochaine période d'adhésion pour me procurer cette couverture?**
- R.** Si vous perdez la protection que vous accordait le régime de votre conjoint, vous pouvez renouveler votre adhésion durant l'année d'indemnisation, car il s'agit d'un changement de situation familiale. Vous devrez toutefois vous limiter à la couverture d'assurance santé et dentaire de base et ne pourrez faire d'autres choix de couverture jusqu'à la fin de l'année. Vous devez pallier dans les 31 jours la perte de protection que vous accordait le régime de votre conjoint pour éviter de devoir fournir une preuve de santé.
- Q. Quand devrais-je verser de l'argent dans un compte gestion-santé – au tout début ou après un certain temps?**
- R.** Nous vous suggérons de ne fixer le montant de votre compte gestion-santé que si vous êtes absolument certain d'avoir des dépenses au cours des douze prochains mois.
- Q. Pourquoi choisirais-je d'utiliser mes dollars-avantages en les versant dans un compte gestion-santé plutôt que de les toucher à titre de montant imposable?**
- R.** Plutôt que de payer des frais de santé avec des dollars après impôt, le compte gestion-santé vous permet d'utiliser les crédits avant impôt de Nelson Education.
- Q. Puis-je demander un remboursement du solde de mes dépenses de soins de santé ou dentaires par l'entremise de mon compte gestion-santé?**
- R.** Oui. Les dépenses qui ne vous ont pas été remboursées aux termes de votre assurance santé et dentaire de base peuvent vous être payées à même votre compte facultatif. Toutes les dépenses admissibles en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* peuvent être remboursées à même votre compte gestion-santé jusqu'à concurrence du solde maximal établi.
- Q. Puis-je demander un remboursement des dépenses de mon conjoint qui n'étaient pas couvertes par son régime d'assurance en me prévalant de mon compte gestion-santé?**
- R.** Oui. Toutes les dépenses qui n'ont pas été remboursées par le régime de votre conjoint et qui sont admissibles en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* peuvent être payées à même votre compte facultatif.

Q. *Je ne comprends pas ce que signifie la « règle de péremption ». Si j'établis, par exemple, 200 \$ et que je n'utilise que 150 \$, que se passe-t-il?*

R. Votre régime flexible est un régime de report de dépenses, ce qui signifie que vous pouvez demander le remboursement de dépenses engagées l'année dernière en vous prévalant du compte gestion-santé établi cette année. Si vous établissez un compte gestion-santé, mais que vous ne dépensez pas la totalité du solde établi, on ne vous remboursera pas la différence. Par conséquent, vous devez utiliser le montant établi, ou vous perdrez la différence. Comme le régime vous permet de reporter les dépenses pendant un an, vous pouvez choisir de reporter à l'année suivante les dépenses dont vous n'avez pas demandé le remboursement plutôt que de risquer de perdre les montants non réclamés.

Q. *J'ai choisi un compte gestion-santé en janvier 2017. Combien de temps ai-je pour demander des remboursements en me prévalant de mon compte gestion-santé de 2017?*

R. Pour que vous puissiez obtenir des prestations, la Sun Life doit recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la fin de l'année d'indemnisation (le 31 mars).