



GUIDE D'ASSURANCE COLLECTIVE

Votre santé
Votre vie
Votre argent

lifemark 

GRUPE SANTÉ

table des matières

guide d'administration de FlexLife	2	faire vos choix	12
– régime d'avantages sociaux de Lifemark	2	– assurance soins médicaux	12
– coordonnées de FlexLife	2	– assurance soins dentaires	14
		– garanties facultatives	15
présentation de FlexLife	3		
		avant d'effectuer votre adhésion	16
fonctionnement de FlexLife	4	– compte de soins de santé	16
– crédits	4	– compte de mieux-être	17
– adhésion obligatoire	5	– régime enregistré d'épargne-retraite	17
– couverture par défaut	5		
– année de couverture	6	effectuer votre adhésion	18
– catégorie de couverture	6		
– votre régime et l'impôt	6	comprendre vos demandes de règlement	19
– employés en congé	7	– présentation d'une demande de règlement d'assurance soins médicaux ou soins dentaires, ou au titre du CSS ou du CME	19
– événements marquants	7	– présentation d'une demande de règlement d'assurance vie, DMA, maladies graves ou invalidité	20
		– délais de présentation des demandes de règlement	20
avant de faire vos choix	8		
– éléments à prendre en considération	8	coordination des prestations	21
pour commencer	10	services aux participants de Croix Bleue Medavie	22
– qui peut adhérer au régime?	10		
– choix de votre catégorie de couverture	10		
– quand la couverture de FlexLife prend-elle effet?	10		
– quand la couverture de FlexLife prend-elle fin?	11		
– personnes à charge admissibles	11		
– quand la couverture des personnes à charge prend-elle effet?	11		
– quand la couverture des personnes à charge prend-elle fin?	11		

guide d'administration de FlexLife

Le présent guide fournit les renseignements dont vous avez besoin au sujet des garanties offertes au titre de FlexLife et par nos différents partenaires en assurance, soit Croix Bleue Medavie, Chubb, Allstate et LifeWorks.

régime d'avantages sociaux de Lifemark

Le sommaire du régime FlexLife ci-après a été rédigé dans un langage aussi clair et courant que possible. Il ne crée aucun droit de nature contractuelle et n'est qu'un résumé en aucun cas exhaustif. Pour en savoir plus sur les garanties offertes et sur votre admissibilité à celles-ci, veuillez consulter les livrets explicatifs de nos divers partenaires en assurance ou communiquer avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation. En cas de divergence entre les renseignements fournis dans ce sommaire ou dans le livret explicatif et le contrat d'assurance, ce dernier prévaut.

coordonnées de FlexLife



administrateur du régime d'avantages
sociaux

People Corporation

1 866 979-1444

benefits@lifemark.ca

CROIX BLEUE MEDAVIE

assurance collective

1 888 873-9200

inquiry@medavie.croixbleue.ca

www.medaviebc.ca/fr/

ALLSTATE

assurance maladies graves

benefits@allstate.ca

www.allstatevoluntary.ca/french/index.html

LIFEWORKS

programme d'aide aux employés

1 877 207-8833

code d'utilisateur : lifemark; mot de
passe : eap

www.lifeworks.com

CHUBB

assurance décès et mutilation accidentels

Canada.ChubbLife@chubb.com

www.chubb.com/ca-fr/

présentation de FlexLife

Vos besoins en matière d'assurance ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux de vos collègues. Le régime FlexLife a été conçu pour combler le plus grand nombre de vos besoins que possible.

- FlexLife offre des options d'assurance soins médicaux et soins dentaires standard, supérieures et optimales, chacune prévoyant différents niveaux de couverture.
- Dans le cas de certaines garanties, la couverture est obligatoire ou une couverture minimale est exigée.
- Vous recevez des crédits pour souscrire les options d'assurance soins médicaux et soins dentaires de votre choix.
- Selon vos besoins, vous pourriez opter pour la couverture inférieure d'une garantie et utiliser les crédits qui vous restent pour :
 - tirer avantage d'un compte de soins de santé;
 - vous constituer un compte de mieux-être;
 - cotiser au REER collectif de votre régime FlexLife.
- Vous pourriez aussi opter pour une couverture plus complète au titre de certaines garanties, et payer les éventuels frais supplémentaires au moyen de prélèvements sur la paie.

Pour tirer pleinement parti du régime FlexLife, vous devez bien comprendre chaque option d'assurance et ainsi pouvoir choisir celle qui répond à vos besoins et à ceux de votre famille.



fonctionnement de FlexLife

crédits

Chaque employé reçoit des crédits qui servent à payer le coût des assurances soins médicaux et soins dentaires. Selon l'option et la catégorie de couverture choisies (individuelle, deux personnes ou familiale), vos crédits peuvent couvrir le coût total de vos assurances soins médicaux et soins dentaires. Si vos crédits ne suffisent pas à payer la couverture choisie, des frais supplémentaires (payables au moyen de prélèvements sur la paie) s'appliquent.

Le coût de chaque option ainsi que les crédits que vous avez reçus sont indiqués dans l'outil d'adhésion à FlexLife et le calculateur durant la période d'adhésion ouverte.

S'il vous reste des crédits après avoir fait vos choix, vous pouvez les utiliser de trois façons :

- les affecter à votre compte de soins de santé;
- vous constituer un compte de mieux-être;
- cotiser au REER collectif de votre régime FlexLife.

Les crédits sont affectés à votre compte de soins de santé sans retenue fiscale, à moins que vous résidiez au Québec, où tous les frais remboursés (plus les frais administratifs et les taxes applicables) à même ce compte sont assujettis à l'impôt provincial.



fonctionnement de FlexLife (suite)

adhésion obligatoire

Vous devez adhérer à FlexLife une fois par période de deux ans.

La période d'adhésion aura lieu en novembre tous les deux ans. Les choix de garanties que vous faites durant cette période s'appliquent à compter de janvier de l'année suivante.

couverture par défaut

nouveauté pour FlexLife

Lifemark exige que vous ayez une couverture minimale. Lorsque vous devenez admissible au régime FlexLife, la couverture par défaut (couverture individuelle) vous est attribuée.

La couverture par défaut correspond à la couverture standard des assurances soins médicaux, soins dentaires, vie, décès et mutilation accidentels (DMA), invalidité de longue durée et maladies graves. Vos crédits restants sont affectés à un compte de soins de santé jusqu'à ce que vous effectuiez votre adhésion.

Une période d'adhésion vous est accordée en même temps que la couverture par défaut. Vous pouvez pendant cette période faire vos choix de garanties et mettre à jour vos renseignements personnels, y compris les personnes à votre charge et votre bénéficiaire.

Durant la période d'adhésion, vous pouvez opter pour une couverture autre que la couverture par défaut et modifier vos renseignements personnels. Vos choix de garanties et les changements apportés à vos renseignements personnels entrent en vigueur rétroactivement à la date de votre admission au régime FlexLife et vos crédits sont réaffectés selon vos choix. Si des prélèvements sur la paie sont nécessaires, ils sont également rétroactifs à votre admission à FlexLife.

Si vous ne sélectionnez aucune option de couverture durant la période d'adhésion, vous conservez la couverture par défaut et vos crédits restants demeurent dans votre compte de soins de santé. Vous ne pourrez remplacer la couverture par défaut qu'à la prochaine période d'adhésion, à moins qu'un événement marquant survienne.

fonctionnement de FlexLife (suite)

renouvellement de l'adhésion à FlexLife

Vous devez adhérer au régime FlexLife une fois par période de deux ans. À cette occasion, vous pouvez modifier votre couverture et vos renseignements personnels, dont les personnes à charge inscrites et le bénéficiaire désigné durant la période d'adhésion ouverte. Après avoir renouvelé votre adhésion, vous ne pouvez pas modifier votre couverture ni vos renseignements personnels (les personnes à votre charge, par exemple) avant la prochaine période d'adhésion, sauf en cas d'événement marquant.

Si vous ne renouvelez pas votre adhésion, votre couverture précédente est maintenue jusqu'à la prochaine période d'adhésion ouverte.

Les montants de couverture offerts pour les garanties fondées sur le salaire, comme les assurances vie, DMA et ILD, sont fonction de votre salaire actuel. Les rajustements nécessaires sont effectués lorsque votre salaire est modifié, le cas échéant.



année de couverture

Votre année de couverture s'étend du 1^{er} janvier et au 31 décembre.

catégorie de couverture

La catégorie de couverture correspond au niveau de couverture que vous choisissez pour les assurances soins médicaux et soins dentaires. Les catégories offertes sont les suivantes :

- couverture individuelle - vous seulement;
- couverture deux personnes - vous et une personne à charge admissible (conjoint ou enfant);
- couverture familiale - vous et deux personnes à charge ou plus.

votre régime et l'impôt

Il est important de noter que le coût des assurances vie, décès et mutilation accidentels et maladies graves payé par Lifemark, ainsi que les crédits affectés à votre compte de mieux-être sont des avantages imposables selon les règles de l'Agence du revenu du Canada, et de Revenu Québec. Par conséquent, le coût de cette couverture peut être indiqué à titre de revenu sur vos feuillets fiscaux annuels.

Remarque à l'intention des participants du Québec : Si vous habitez au Québec, les crédits utilisés pour souscrire vos assurances soins médicaux et soins dentaires et tous frais remboursés (plus les frais administratifs et les taxes applicables) à même votre compte de soins médicaux sont considérés comme des avantages imposables.

fonctionnement de FlexLife (suite)

employés en congé

Si vous payez une partie de vos garanties au moyen de prélèvements sur la paie et que vous avez droit à des prestations durant un congé autorisé, vous devez continuer à acquitter vos primes pendant cette période, en fournissant des chèques mensuels postdatés. Veuillez écrire à paie@cruni.ca pour prendre les dispositions nécessaires avant le début de votre congé.

retour au travail



Après un congé autorisé, communiquez avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation, pour l'informer de votre retour au travail si vous avez manqué la dernière période d'adhésion ouverte et que vous avez des changements à apporter. Vous devez téléphoner dans les 31 jours suivant la date de votre retour au travail.

événements marquants

Un événement marquant vous permet de revoir vos choix de garanties afin que le régime continue de répondre aux besoins de votre famille. En cas d'événement marquant, vous devez communiquer avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation, dans les 31 jours suivant l'événement pour vous assurer de la mise en place de votre nouvelle couverture.

Les événements marquants admissibles sont les suivants :

- mariage;
- union de fait ayant après une période de cohabitation de 12 mois;
- divorce ou séparation de corps;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- décès d'une personne à charge (conjoint ou enfant);
- perte de la couverture du conjoint.

Pour modifier vos renseignements personnels, communiquez avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation, ou faites les modifications directement dans le portail. Les changements doivent être signalés dans les 31 jours pour que les personnes à votre charge reçoivent la couverture à laquelle elles ont droit.

Voici des exemples de changements que vous devez signaler :

- modification de votre désignation de bénéficiaire;
- modification de votre nom ou de celui des personnes à votre charge;
- changement d'adresse;
- changement de la situation d'étudiant des personnes à charge âgées de 21 à 26 ans.

avant de faire vos choix

éléments à prendre en considération

combien coûtent vos soins médicaux et vos soins dentaires?

FlexLife est conçu pour offrir le plus grand choix là où cela compte le plus, c'est-à-dire en matière de soins médicaux et de soins dentaires.

Avant de choisir vos options de couverture, vous devriez estimer vos dépenses futures et donc, le montant de la couverture dont vous aurez probablement besoin. La meilleure façon de procéder est de déterminer combien vous avez dépensé par le passé. Par exemple, estimez combien vous avez dépensé l'année dernière pour des médicaments d'ordonnance, des soins reçus de fournisseurs de soins de santé et des soins dentaires, en évaluant le montant total de ces dépenses, et non seulement la partie non couverte par votre régime. Nous vous conseillons de séparer les frais engagés pour des soins dentaires ordinaires de ceux engagés pour des soins importants comme les prothèses ou les couronnes.



Pour vous aider à estimer vos dépenses, vous pouvez imprimer un sommaire de vos demandes de règlement d'assurance soins médicaux et soins dentaires antérieures à partir du site Web des participants de votre assureur.

êtes-vous couvert au titre d'un autre régime?

Lorsque vous choisissez vos options de couverture, il serait bon de tenir compte du régime de votre conjoint, car vous pourriez coordonner les prestations versées au titre de votre régime et de celui de votre conjoint. Par exemple, si vous choisissez l'option d'assurance soins dentaires étendue, les soins ordinaires admissibles sont remboursables à 80 % et le solde de 20 % est à votre charge. Si votre conjoint bénéficie d'un régime au titre duquel vous êtes couvert, vous pourriez demander le remboursement de ce solde à son régime. Pour en savoir plus, consultez la section « coordination des prestations », à la page 21.



éléments à prendre en considération (suite)

vosre situation financière est-elle solide?

Il serait aussi important de réfléchir au montant d'assurance vie et d'assurance maladies graves dont vous avez besoin. Ces garanties font partie du régime FlexLife offert par Lifemark. Toutefois, si vous souhaitez bénéficier d'une couverture accrue, vous pouvez souscrire une assurance vie facultative et une assurance maladies graves volontaire auprès de Croix Bleue Medavie et d'Allstate. Pour en savoir plus, consultez la rubrique « garanties facultatives », à la page 15.

Voici quelques questions à vous poser :

- De combien d'argent les personnes à ma charge auront-elles besoin advenant mon décès?
- Ai-je des enfants à charge? Si oui, quel âge ont-ils? Sont-ils autonomes?
- Quelles seraient mes dépenses si j'étais atteint d'une maladie grave?
- À combien s'élèvent mes dettes, y compris mon emprunt hypothécaire et mes prêts non remboursés? Ai-je une assurance hypothécaire?
- Quels sont mes autres assurances vie et mes autres placements?



pour commencer

qui peut adhérer au régime?

Tous les employés à temps plein qui travaillent au moins 30 heures par semaine sont admissibles après 3 mois de service ininterrompu.

choix de votre catégorie de couverture

Lorsque vous choisissez vos options d'assurance soins médicaux et soins dentaires, vous devez également décider qui sera couvert :

- couverture individuelle - vous seulement;
- couverture deux personnes - vous et une personne à charge admissible (conjoint ou enfant);
- couverture familiale - vous et deux personnes à charge ou plus.

quand la couverture de FlexLife prend-elle effet?

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- le 1^{er} mars de chaque année;
- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle votre preuve d'assurabilité est approuvée, si vous devez en présenter une.

Pour en savoir plus sur l'admissibilité au régime FlexLife, veuillez consulter le livret explicatif de Croix Bleue Medavie.

quand la couverture de FlexLife prend-elle fin?

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de votre départ à la retraite;
- la date à laquelle vous n'êtes plus admissible à la couverture;
- la date de votre 70^e anniversaire de naissance dans le cas des assurances vie, vie des personnes à charge, DMA, soins médicaux et soins dentaires;
- la date de votre 65^e anniversaire de naissance dans le cas de l'assurance vie facultative;
- la date de votre 65^e anniversaire de naissance, moins la période d'attente, dans le cas de l'assurance invalidité de longue durée.

Vous pouvez transformer la couverture dont vous bénéficiez au titre de FlexLife, sauf l'assurance invalidité de longue durée, en assurance individuelle en présentant une demande dans les 31 jours suivant la fin de votre couverture. Vous pouvez souscrire une assurance individuelle auprès de nos partenaires en assurance sans avoir à fournir de preuve de bonne santé, sous réserve de certaines conditions. Pour en savoir plus sur les options de transformation, veuillez communiquer avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation.

pour commencer (suite)

personnes à charge admissibles

Les personnes à charge admissibles sont les suivantes :

- personne à qui vous êtes uni par les liens du mariage ou conjoint avec lequel vous vivez depuis au moins 12 mois consécutifs;
- enfants non mariés de moins de 21 ans (beaux-enfants, enfants placés en foyer d'accueil, enfants adoptifs et enfants dont vous êtes le tuteur légal compris);
- enfants non mariés de moins de 26 ans qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu et qui dépendent de vous pour leur subsistance;
- enfant qui devient handicapé avant d'atteindre l'âge limite;
 - la couverture sera maintenue tant que l'enfant ne pourra pas subvenir à ses besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique.

quand la couverture des personnes à charge prend-elle effet?

La couverture des personnes à charge prend effet à la date de votre admission au régime FlexLife, à condition que vous effectuiez votre adhésion, fassiez vos choix de garanties et mettiez à jour vos renseignements personnels, dont les personnes à votre charge et votre bénéficiaire. Si vous n'inscrivez pas les personnes à votre charge à cette occasion ou si vous n'effectuez pas votre adhésion, vous ne pourrez pas inscrire les personnes à votre charge avant la prochaine période d'adhésion ouverte, à moins qu'un événement marquant admissible survienne.

Si un événement marquant admissible se produit, la couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle vous effectuez la modification dans le portail ou informez l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation, à condition de le faire dans le 31 jours suivant l'événement.

quand la couverture des personnes à charge prend-elle fin?

La couverture des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre couverture prend fin, ou à la date à laquelle vous ou la personne à votre charge n'y êtes plus admissibles, selon la première éventualité.

Si vous décédez pendant que vous êtes couvert au titre du régime, les personnes à votre charge admissibles continueront de bénéficier des assurances soins médicaux et soins dentaires durant les 24 mois suivant ou jusqu'à la date à laquelle elles ne répondent plus à la définition de personne à charge admissible, selon la première éventualité.



faire vos choix (suite)

assurance soins médicaux (suite)

médicaments de substitution les moins chers

Le régime FlexLife prévoit que les médicaments sont remboursés selon le prix du médicament de substitution le moins cher, même si votre médecin a indiqué « aucune substitution » sur l'ordonnance.

Toutefois, si le médicament de substitution provoque chez vous des effets indésirables, il est possible de présenter une demande de remboursement du médicament de marque en remplissant le formulaire de Croix Bleue Medavie, accessible sur le site des adhérents.

réseau de fournisseurs privilégiés (RFP) *(ne s'applique pas au Québec)*

FlexLife vous donne accès aux pharmacies suivantes, membres d'un réseau de fournisseurs privilégiés : Rexall, PharmaPlus, Sobeys, Safeway, Foodland, Metro, Food Basics et Costco. Ces partenariats vous offrent des possibilités supplémentaires d'économiser sur le coût de vos médicaments d'ordonnance, de services uniques et, dans certains cas, d'articles n'exigeant pas d'ordonnance. Pour en savoir plus, veuillez consulter la brochure portant sur le RFP, qui se trouve sur SharePoint Touch.

Réseau de fournisseurs privilégiés (RFP) de Lifemark Health

Vous pouvez réduire les sommes que vous devez déboursier grâce aux soins et services d'auxiliaires médicaux ainsi qu'à l'équipement médical et aux fournitures offerts par Lifemark Health.

Au moment de recevoir les soins ou les services, présentez votre carte d'identification Croix Bleue Medavie pour avoir droit au rabais du fournisseur.

Pour en savoir plus sur la présentation des demandes de règlement, veuillez consulter la brochure portant sur le RFP, qui se trouve sur SharePoint Touch.

Remarque à l'intention des participants du Québec :

FlexLife est administré conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments* (« la Loi ») en ce qui concerne les participants du Québec, ainsi qu'aux dispositions de la Loi visant la coassurance maximale, les contributions maximales, les médicaments couverts et les médicaments d'exception. En aucun cas, les frais non remboursés au titre du régime FlexLife ne rendront la couverture des médicaments offerte aux participants du Québec moins généreuse que celle du régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Si, au cours d'une année civile, les frais engagés par un participant du Québec pour des médicaments admissibles sont supérieurs à la contribution maximale établie par la RAMQ, la partie des frais excédant la contribution maximale sera intégralement remboursée au participant. Au Québec, la contribution du participant comprend la franchise et la quote-part, s'il y a lieu, applicables à vous et aux personnes à votre charge.

Remarque à l'intention des résidents du Manitoba et de la Colombie-Britannique :

Il est important de vous inscrire au programme d'assurance médicaments de votre province et d'en informer Croix Blue Medavie afin d'éviter que le traitement de vos demandes de règlement soit interrompu.

faire vos choix (suite)

assurance soins dentaires

choix de votre option

Vous pouvez choisir une des trois options d'assurance soins dentaires offertes ou encore renoncer à la couverture. Le coût de chaque option figure dans l'outil d'adhésion à FlexLife.

Si votre conjoint ne bénéficie pas d'une couverture semblable au titre d'un autre régime, vous devriez opter pour une couverture qui vous procure, à vous et à votre famille, une protection suffisante.

Pour plus de souplesse, songez à utiliser un compte de soins de santé conjointement avec une option d'assurance soins dentaires inférieure. Pour en savoir plus, consultez la rubrique « points importants concernant votre compte de soins de santé », à la page 16.



points importants concernant l'assurance soins dentaires

Le régime rembourse les frais en fonction du montant figurant dans le dernier tarif des actes buccodentaires des chirurgiens-dentistes généralistes publié dans la province où les frais ont été engagés, et non de ce que vous avez payé. Le tarif, qui est mis à jour annuellement, indique les honoraires suggérés pour tous les actes buccodentaires.

Le régime ne rembourse pas plus que les frais raisonnables demandés pour le traitement équivalent le moins cher. Il est fortement recommandé de faire parvenir un plan de traitement à Croix Bleue Medavie si le coût prévu du traitement est supérieur à 500 \$. Demandez à votre dentiste de préparer un plan de traitement comprenant les codes d'acte et le détail des frais, puis transmettez ce document à Croix Bleue Medavie pour obtenir une approbation préalable. Vous serez alors informé du montant des frais remboursables, ce qui vous permettra de planifier efficacement la somme que vous devrez déboursier.

Au moment de l'évaluation de la demande de règlement, le remboursement des frais sera établi en fonction du coût du traitement équivalent le moins cher. Ce traitement équivalent moins cher doit faire partie des soins dentaires habituels et acceptés et doit produire un résultat aussi adéquat que le traitement prodigué par le dentiste.

garanties facultatives

En tant qu'employé de Lifemark, vous pouvez souscrire, pour vous et votre famille, un montant d'assurance vie et d'assurance maladies graves supplémentaire grâce aux garanties facultatives suivantes offertes à des taux de groupe abordables :

- assurance vie facultative;
- assurance vie facultative du conjoint;
- assurance maladies graves volontaire;
- assurance maladies graves volontaire du conjoint;
- assurance maladies graves volontaire des enfants à charge.

L'assurance vie facultative est administrée par Croix Bleue Medavie. Une preuve d'assurabilité est exigée, quel que soit le montant d'assurance. Le coût est fonction du montant d'assurance choisi ainsi que de votre âge, votre sexe et votre usage ou non de produits du tabac. Vos primes d'assurance vie facultative sont payées au moyen de prélèvements sur la paie.

L'assurance maladies graves volontaire est administrée par Allstate. Il est possible de souscrire des montants garantis sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité seulement durant la période d'adhésion ouverte ou dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité dans le cas de nouveaux employés. Une preuve d'assurabilité doit être présentée pour tout montant supérieur au montant garanti ou souscrit en dehors de la période d'adhésion. Vos primes d'assurance maladies graves volontaire sont payées au moyen de prélèvements sur la paie.



avant d'effectuer votre adhésion

Selon vos choix de garanties, il est possible qu'il vous reste des crédits que vous pouvez utiliser de trois façons :

- les affecter à votre compte de soins de santé;
- vous constituer un compte de mieux-être;
- cotiser au REER collectif de votre régime FlexLife.

N'oubliez pas qu'une fois que vous avez fait vos choix de garanties, vous ne pouvez pas les modifier avant la prochaine période d'adhésion ouverte, à moins qu'un événement marquant survienne.

compte de soins de santé (CSS)

Grâce à votre CSS, vous pouvez obtenir le remboursement de divers frais non admissibles au titre du régime FlexLife, dont les suivants :

- partie des frais à laquelle s'appliquent un pourcentage de remboursement, une franchise ou un maximum annuel;
- frais d'auxiliaires médicaux, lunettes et lentilles cornéennes, équipement médical et fournitures ainsi que soins dentaires;
- frais non admissibles au titre d'aucun programme d'avantages sociaux, mais qui le sont en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

points importants concernant votre compte de soins de santé

Une fois les crédits affectés à votre compte, vous pouvez les utiliser à tout moment de l'année. À la fin de l'année de couverture, vous avez 90 jours pour présenter les reçus portant sur des frais admissibles engagés au cours de cette période.

À la fin de l'année de couverture, tout crédit restant dans votre compte de soins de santé est reporté d'une année seulement. Ainsi, si vous n'utilisez pas ces crédits avant la fin de l'année suivante, vous les perdez, conformément à la règle de l'Agence du revenu du Canada.

Si vous n'êtes pas certain des frais médicaux ou dentaires que vous pourriez engager au cours de la prochaine année, vous pouvez rendre votre couverture plus souple en choisissant une option d'assurance soins médicaux ou soins dentaires inférieure et en affectant davantage de crédits à votre compte de soins de santé, que vous utiliserez au besoin.



avant d'effectuer votre adhésion (suite)

compte de mieux-être (CME)

Votre CME vous permet d'obtenir le remboursement de frais admissibles liés à la santé et au mieux-être, dont les suivants :

- frais d'inscription et d'équipement liés à la pratique d'activités physiques;
- programmes de gestion du poids;
- programmes de gestion du stress;
- soins de praticiens en médecine douce.

points importants concernant votre compte de mieux-être

Une fois les crédits affectés à votre compte, vous pouvez les utiliser à tout moment de l'année. À la fin de l'année de couverture, vous avez 90 jours pour présenter les reçus portant sur des frais admissibles engagés au cours de cette période.

À la fin de l'année de couverture, tout crédit restant dans votre compte de mieux-être est reporté d'une année seulement. Ainsi, si vous n'utilisez pas ces crédits avant la fin de l'année suivante, vous les perdrez.



Les crédits affectés à votre compte de mieux-être sont considérés comme un revenu imposable.

régime enregistré d'épargne-retraite (REER)

Les cotisations facultatives au REER visent à vous procurer plus de choix et de souplesse pour adapter le régime FlexLife à vos propres besoins financiers. Si vous décidez d'affecter le reste de vos crédits au régime enregistré d'épargne-retraite (REER), vous devrez remplir le formulaire de demande de REER si ce n'est pas déjà fait. Pour remplir ce formulaire, rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca/PRO/Adhesion.

Cliquez sur « Adhérez maintenant », et à l'écran suivant saisissez le numéro du contrat et votre code d'accès. **Numéro du contrat : 55503301** Code d'accès : **L3301**

Nota : Quand le système vous demandera d'indiquer la date de votre admissibilité au régime, saisissez la date du jour.

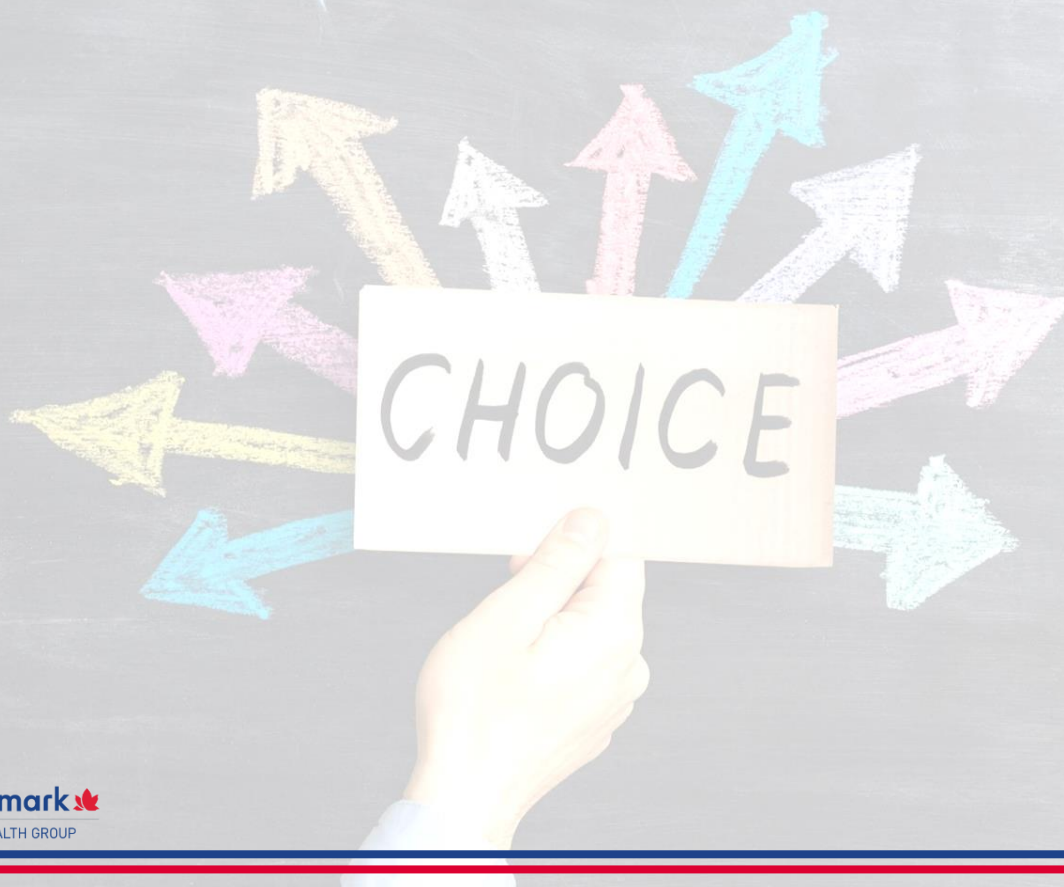
Remplissez ensuite votre demande de REER et présentez-la en ligne. Les crédits affectés au REER seront déposés dans votre compte de REER au cours du mois suivant la date à laquelle vous aurez présenté votre demande en règle.

effectuer votre adhésion

Vous devez effectuer votre adhésion en ligne durant la période d'adhésion fixée ou dans les 31 jours suivant la date de votre admission ou suivant un événement marquant admissible. Si vous êtes un nouveau participant et que vous n'adhérez pas à FlexiLife avant la fin de la période d'adhésion, la couverture par défaut décrite à la page 5 vous est attribuée et vous ne pourrez pas la modifier avant la prochaine période d'adhésion, à moins qu'un événement marquant survienne (pour en savoir plus, consultez la rubrique « événements marquants », à la page 7).

La marche à suivre pour effectuer votre adhésion est fournie dans la trousse d'adhésion en ligne à FlexiLife que vous recevrez par courriel de l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux, People Corporation. En plus de la marche à suivre pour effectuer votre adhésion, le courriel comprendra les outils et les renseignements dont vous aurez besoin pour adhérer à FlexiLife.

Si vous avez besoin d'aide pour effectuer votre adhésion, veuillez communiquer avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux par téléphone au 1 866 979-1444 ou par courriel à benefits@lifemark.ca.



comprendre vos demandes de règlement

présentation d'une demande de règlement d'assurance soins médicaux ou soins dentaires, ou au titre du CSS ou du CME

Croix Bleue Medavie facilite le remboursement des frais engagés en vous proposant diverses façons de présenter vos demandes de règlement.



site Web

Présentez votre demande de règlement au moyen du site Web sécurisé des adhérents de Croix Bleue Medavie. Une fois votre session ouverte, cliquez sur l'onglet Règlement. Soumettez simplement une photo ou une copie numérisée de votre reçu et votre remboursement sera déposé directement dans votre compte bancaire.



service électroPaie

La façon la plus simple de vous faire rembourser des frais est que votre professionnel de la santé présente votre demande de règlement en votre nom, directement à Croix Bleue Medavie. Demandez à votre professionnel de la santé s'il offre le service électroPaie. Le cas échéant, il pourra présenter votre demande par voie électronique et vous n'aurez qu'à payer la partie des frais qui n'est pas couverte par votre régime.



application mobile

Présentez votre demande de règlement directement à partir de votre téléphone intelligent grâce à l'application Medavie Mobile. Photographiez votre reçu, présentez votre demande, puis Croix Bleue Medavie déposera votre remboursement directement dans votre compte bancaire.



poste

Envoyez votre demande de règlement au bureau de Croix Bleue Medavie le plus près de chez vous. Vous pouvez vous procurer les formulaires sur le site Web sécurisé des adhérents de Medavie.

dépôt direct

Pour recevoir vos remboursements plus rapidement, inscrivez-vous au dépôt direct et Croix Bleue Medavie déposera les sommes directement dans votre compte bancaire. Pour savoir comment vous inscrire au dépôt direct, allez à www.medavie.ca/fr/.

comprendre vos demandes de règlement (suite)

présentation d'une demande de règlement d'assurance vie, DMA, maladies graves ou invalidité

Dans le cas d'une demande de règlement d'assurance vie, décès et mutilation accidentels (DMA), maladies graves ou invalidité, veuillez communiquer avec l'administrateur de notre régime d'avantages sociaux par téléphone au 1 866 979-1444 ou par courriel à benefits@lifemark.ca pour obtenir de l'aide.

délais de présentation des demandes de règlement

assurances soins médicaux et soins dentaires

Les demandes de règlement portant sur des frais médicaux et dentaires engagés durant l'année de couverture doivent être présentées dans les 24 mois suivant l'engagement des frais.

Si votre couverture prend fin, vous aurez 90 jours (à partir de la date de cessation) pour présenter des demandes de règlement à l'égard des frais engagés pendant que votre couverture était en vigueur.



compte de soins de santé (CSS) et compte de mieux-être (CME)

Les demandes de règlement au titre du compte de soins de santé et du compte de mieux-être doivent être présentées dans les 90 jours suivant la fin de l'année de couverture durant laquelle les frais ont été engagés ou suivant la cessation de votre couverture, selon la première éventualité.

assurances vie, vie des personnes à charge et décès et mutilation accidentels

Les demandes de règlement d'assurance vie, vie des personnes à charge et DMA doivent être présentées dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard un an après la date du sinistre ou du diagnostic.


assurance maladies graves

Les demandes de règlement d'assurance maladies graves doivent être présentées dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, mais au plus tard 90 jours après la date à laquelle la maladie s'est manifestée ou a été diagnostiquée.

assurance invalidité de longue durée

Une preuve écrite d'invalidité totale doit être fournie dans les 90 jours suivant la fin de la période d'attente.

coordination des prestations



Le tableau ci-dessous indique à qui et comment présenter vos demandes de règlement si vous bénéficiez de deux régimes.

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par les assurances soins médicaux ou soins dentaires de plus d'un régime d'assurance collective, vous pouvez présenter vos demandes de règlement aux assureurs des deux régimes et obtenir un remboursement pouvant être égal à la totalité des frais admissibles.

les frais ont été engagés pour :		la demande de règlement doit être présentée à l'assureur du régime suivant	
		en premier lieu...	ensuite...
l'employé	vous êtes couvert à titre de personne à charge par le régime de votre conjoint	régime de l'employé	régime du conjoint
le conjoint de l'employé	votre conjoint est une personne à charge admissible au titre de votre régime	régime du conjoint	régime de l'employé
un enfant à charge	les enfants sont couverts à titre de personnes à charge par votre régime et celui de votre conjoint	le régime du parent dont l'anniversaire est le premier à survenir au cours de l'année civile	régime de l'autre parent

Veillez noter que les règles de coordination des prestations ci-dessus ne s'appliquent pas aux comptes de soins de santé, qui servent toujours à rembourser les frais en dernier.



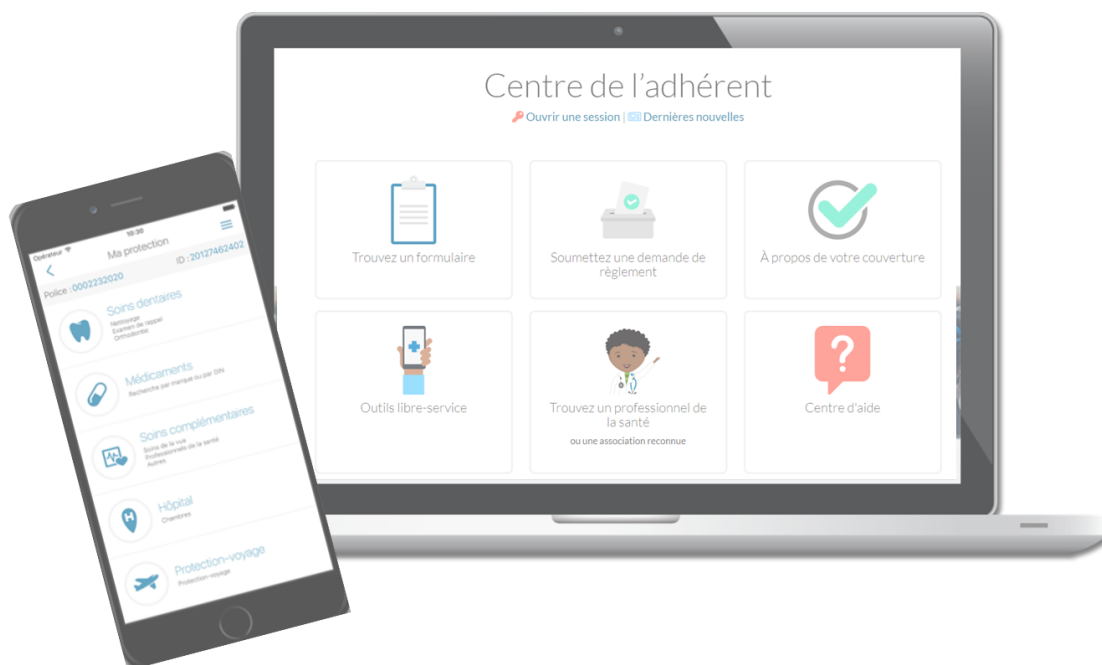
services aux participants de Croix Bleue Medavie

Le site Web sécurisé des adhérents et l'application mobile de Croix Bleue Medavie vous donnent accès à de nombreuses fonctions qui vous aideront à gérer les garanties dont vous bénéficiez au titre de FlexiLife. Vous pourrez ainsi :

- vérifier les médicaments couverts et comparer leur coût;
- parcourir les caractéristiques de vos garanties et consulter votre livret explicatif;
- vérifier les soldes de vos garanties;
- présenter des demandes de règlement;
- trouver des professionnels de la santé qui offrent le service électroPaie, ainsi que des renseignements sur les coûts pour les fournisseurs;
- vous inscrire et mettre à jour votre profil;
- accéder à votre carte d'identification électronique ou l'envoyer à une personne à charge admissible par courriel ou texto.

Vous aurez besoin de votre numéro d'identification et de votre numéro de contrat (indiqués sur votre carte d'identification Croix Bleue Medavie) pour vous inscrire au site Web sécurisé des adhérents de Croix Bleue Medavie ou réinitialiser vos informations de connexion. Un courriel d'activation vous permettant de terminer votre inscription vous sera ensuite envoyé.

En cas de difficultés, vous pouvez communiquer avec le service à la clientèle de Croix Bleue Medavie au 1 888 873-9200.



lifemark 

HEALTH GROUP