

## LE SAVIEZ-VOUS?

Comment puis-je utiliser mes crédits flexibles?

Birks vous alloue annuellement 1 650 \$ en crédits flexibles\* (800 \$ si vous vous exemptez de la protection de soins de santé ou dentaires). Ces crédits vous permettent de financer les protections qui vous conviennent en soins de santé et dentaires. Si, après avoir fait vos choix, vous avez épuisé vos crédits et qu'un montant subsiste, celui-ci sera à votre charge et prélevé directement sur votre paie. En revanche, s'il vous reste un solde de crédits flexibles une fois vos choix complétés, ce montant peut être transféré dans le REER de votre choix ou versé directement sur votre paie. Vous devez travailler pour Birks le 29 février suivant la fin de l'année civile précédente pour y être admissible.

Pourquoi la substitution par un médicament générique est-elle obligatoire?

Les médicaments génériques sont efficaces, sécuritaires et moins dispendieux. Par conséquent, ils contribuent à réduire les coûts du régime. Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, Croix Bleue rembourse désormais le coût d'un médicament de marque selon le coût du médicament générique équivalent le moins cher conformément à la clause de substitution obligatoire. Si votre professionnel de la santé vous prescrit un médicament de marque et indique la mention « Aucune substitution », votre pharmacien peut lui téléphoner pour savoir s'il peut plutôt vous vendre un médicament générique. Dans certains cas, il existe une véritable raison médicale justifiant la consommation du médicament de marque.

Pour ces situations, vous devez faire parvenir à Croix Bleue Medavie une copie du *Formulaire de déclaration des effets indésirables de Canada Vigilance* envoyé à Santé Canada en votre nom, ainsi que le *Formulaire de demande d'exception de Croix Bleue Medavie*. Vous trouverez les formulaires appropriés dans la section « Formulaires » du site.

Comment puis-je avoir facilement accès à l'état de mes demandes de règlement? Pour envoyer rapidement une demande de règlement par voie électronique, vous pouvez [télécharger l'application Medavie](#) sur votre téléphone intelligent.

Pour envoyer une demande par voie postale, vous pouvez également visiter le site web de Croix Bleue Medavie – Services aux adhérents à l'adresse suivante : [www.medavie.croixbleue.ca/gmpf](http://www.medavie.croixbleue.ca/gmpf). Vous y trouverez les formulaires de demandes de règlement, le statut de vos demandes ainsi qu'un outil vous permettant de mettre à jour vos renseignements personnels. Pour toute assistance, veuillez communiquer avec le service à la clientèle au 1-888-873-9200.

Pourquoi opter pour le dépôt direct? Profitez de la rapidité du service de dépôt direct offert par Croix Bleue Medavie; le délai de traitement des demandes envoyées électroniquement est de deux jours ouvrables tandis que les demandes papier sont traitées dans les cinq jours ouvrables. Vous n'avez qu'à remplir le formulaire à cet effet et y joindre un spécimen de chèque.

*\* Un (1) crédit flexible correspond à 1 \$ payé par Birks pour ces protections.*



**Veuillez présenter votre carte d'identification Croix Bleue au pharmacien pour bénéficier d'un remboursement immédiat!**



## RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE DE CROIX BLEUE MEDAVIE (AF2021)

Qu'il s'agisse d'une adhésion initiale aux avantages sociaux offerts par Birks ou d'un renouvellement, l'adhérent doit choisir un régime qui correspond réellement à ses besoins. Afin de faire un choix éclairé, veuillez consulter le tableau à l'intérieur du dépliant pour un survol des différentes protections à votre disposition ainsi que leurs particularités. Vous remarquerez que certaines protections sont obligatoires (assurance-vie, assurance décès ou mutilation accidentel, invalidité de longue durée et soins de santé/dentaires) alors que d'autres sont facultatives (assurance-vie facultative et maladies graves).

### QUELQUES QUESTIONS À SE POSER...

Suis-je couvert(e) par un autre régime d'assurance collective?

Dans l'affirmative, vous pouvez vous exempter de la protection de soins de santé/dentaires offerte par Birks sur présentation d'une preuve d'adhésion à un autre régime d'assurance collective. Veuillez noter que les résidents du Québec y compris les enfants doivent obligatoirement être assurés par cette protection, que ce soit en vertu du régime d'assurance collective de Birks ou d'un autre régime collectif.

Que faire si je souhaite modifier mon niveau de protection?

Soins de santé et dentaires  
Vous pouvez opter pour une protection plus généreuse d'une année à l'autre. En revanche, pour choisir une protection moins généreuse, vous devez conserver votre protection actuelle pendant une période de trois années consécutives. Une fois ce délai respecté, si vous désirez diminuer votre niveau de protection, vous devez choisir la protection qui précède votre niveau actuel.

Ma situation personnelle a-t-elle changé?

Vous pouvez, en tout temps en cours d'année, modifier votre protection de soins de santé et dentaires à la hausse ou à la baisse, dans les 31 jours suivant un changement de situation personnelle. On entend par changement:

- Mariage ou nouveau conjoint de fait;
- Divorce ou séparation;
- Perte de la protection du régime de l'employeur de votre conjoint;
- Naissance ou adoption d'un premier enfant;
- Décès de votre conjoint;
- Vos enfants ne font plus partie de la catégorie des personnes à charge.

Assurance-vie facultative, garantie étendue pour les maladies graves et invalidité de longue durée  
Vous pouvez augmenter ou réduire ces protections d'une année à l'autre lors du renouvellement annuel. Cependant, il est possible qu'on vous demande de répondre à un questionnaire d'ordre médical si vous choisissez une protection plus généreuse.

	Assurance-vie	1 fois votre salaire annuel (primes payées par Birks)	
	Assurance décès ou mutilation accidentel	Jusqu'à 2 fois votre salaire annuel (dépendamment du cas)	
	Invalité de courte durée	Pendant les 20 premières semaines d'invalité (si le dossier est accepté par Birks)	
<b>MISE À JOUR</b>	Invalité de longue durée suivant les 20 semaines de courte durée (si le dossier est accepté par l'assureur et comprend une clause préexistante) *2 ans maximum si moins de deux années de service		
	<b>PRESTATIONS NON INDEXÉES AU COÛT DE LA VIE</b>	<b>PRESTATIONS INDEXÉES AU COÛT DE LA VIE</b>	
	60 % des premiers 3 000 \$, plus 45 % de l'excédent	60 % des premiers 3 000 \$, plus 45 % de l'excédent	
	Soins de santé**		
	<b>OPTION DE BASE</b>	<b>OPTION 1</b>	<b>OPTION 2</b>
	Médicaments remboursés à 90 % pour les premiers 10 000 \$, et 100 % de l'excédent Franchise de 400 \$ (par famille) Substitution obligatoire par un médicament générique	Médicaments remboursés à 75 % pour les premiers 2 500 \$, et 100 % de l'excédent Franchise de 7,50 \$ par médicament Substitution obligatoire par un médicament générique	Médicaments remboursés à 90 % pour les premiers 2 000 \$, et 100 % de l'excédent Aucune franchise Substitution obligatoire par un médicament générique
	Fournitures et services médicaux remboursés à 90 %	Fournitures et services médicaux remboursés à 75 % pour les premiers 2 000 \$, et 100 % de l'excédent	Fournitures et services médicaux remboursés à 90 % pour les premiers 1 500 \$, et 100 % de l'excédent
	Chambre d'hôpital à deux lits remboursée à 100 %	Chambre d'hôpital à deux lits remboursée à 100 %	Chambre d'hôpital à un lit remboursée à 100 %
	Assurance voyage - destinations sans risques	Assurance voyage - destinations sans risques	Assurance voyage - destinations sans risques
	Aucun recours aux professionnels de la santé*	500 \$ par année pour l'ensemble des professionnels de la santé*	750 \$ par année pour l'ensemble des professionnels de la santé*
	350 \$ par année pour les services combinés de psychologie et physiothérapie	500 \$ par année pour les services psychologiques	750 \$ par année pour les services psychologiques
		350 \$ par année pour la physiothérapie	500 \$ par année pour la physiothérapie
	Examens de la vue non couverts	Examens de la vue remboursés à 50 \$ (par personne) tous les 24 mois	Examens de la vue, lentilles et lunettes remboursés à 200 \$ (par personne) tous les 24 mois
	Tests de laboratoire, rayons-x et tests d'imagerie illimités	Tests de laboratoire, rayons-x et tests d'imagerie illimités	Tests de laboratoire, rayons-x et tests d'imagerie illimités
	Soins dentaires**		
	<b>OPTION 1</b>	<b>OPTION 2</b>	
	Examens et diagnostic tous les 9 mois	Examens et diagnostic tous les 9 mois	
	Services préventifs remboursés à 80 %	Services préventifs remboursés à 90 %	
	Soins de base remboursés à 70 %	Soins de base remboursés à 80 %	
	Endodontie et parodontie remboursées à 50 %	Endodontie et parodontie remboursées à 80 %	
	Soins de restauration majeure non couverts	Soins de restauration majeure remboursés à 50 %	
	Soins orthodontiques non couverts	Soins orthodontiques pour les moins de 19 ans remboursés à 50 %, maximum de 2 500 \$ à vie	
	Remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile	Remboursement maximal de 1 500 \$ par année civile (excluant les soins orthodontiques)	

PROTECTIONS OBLIGATOIRES (AF2021)

	Assurance-vie facultative		
	Adhérent	Conjoint	Enfants
	Jusqu'à 500 000 \$ par multiples de 10 000 \$	Jusqu'à 250 000 \$ par multiples de 10 000 \$	Jusqu'à 25 000 \$ par enfant par multiples de 5 000 \$
	Garantie étendue pour les maladies graves		
	Adhérent	Conjoint	Enfants
	Jusqu'à 100 000 \$ par multiples de 10 000 \$	Jusqu'à 100 000 \$ par multiples de 10 000 \$	Jusqu'à 25 000 \$ par enfant par multiples de 5 000 \$

PROTECTION FACULTATIVE (AF 2021)

\* Professionnels de la santé couverts : massothérapeute, naturopathe, chiropraticien, ostéopathe, audiologiste, orthophoniste, acupuncteur, ergothérapeute, kinothérapeute, orthothérapeute, podiatre et podologue.

\*\* Protections obligatoires. Vous pouvez cependant être exempté sur présentation d'une preuve d'assurance d'un autre régime collectif.