



Brochure de votre régime d'assurance collective

ERCO Worldwide LP

Tous les salariés et employés non syndiqués

Numéro de contrat :
99117

Date d'effet mise à jour :
1^{er} avril 2022



Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

Votre couverture collective vous assure la tranquillité d'esprit et offre à vous-même et à votre famille des soins de santé qui ne sont pas inclus dans la couverture gouvernementale.

Ce programme est assuré par Medavie inc. (aussi connue sous le nom de Croix Bleue Medavie) et par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, qui ensemble, seront appelées « Croix Bleue » pour faciliter la lecture.

Croix Bleue Medavie assure les garanties soins de santé, alors que toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Depuis près de 75 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

Notre engagement à servir et à trouver des solutions novatrices, de même que notre expertise technologique, vous permettent d'avoir l'esprit tranquille. Croix Bleue est toujours là pour vous.

À propos de la brochure

La présente brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants sur votre couverture collective. Veuillez les conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure.

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le contrat collectif détenu par votre employeur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le contrat collectif, le contrat collectif prévaudra, dans la mesure où la loi l'autorise.



Conseil pratique

Visitez le Centre de l'adhérent au www.cbmedavie.ca.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties** : cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.
- **Modalités de la couverture** : cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.
- **Droits et responsabilités en vertu du contrat** : cette section énonce votre responsabilité en vertu du contrat collectif (telles que votre responsabilité d'aviser votre employeur de tout changement à votre statut) ainsi que vos droits (tels que votre droit à la protection des renseignements personnels).
- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements** : cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.
- **Conseils pratiques** : tout au long de la présente brochure, nous fournissons des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

Soumettez une demande de règlement, accédez à une version électronique de votre carte d'identification, vérifiez votre protection, trouvez un professionnel de la santé dans votre région, et bien plus! Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties	1
Termes-clés	11
Modalités de la couverture	15
Exonération des primes	19
Garantie Vie de l'adhérent.....	21
Garantie Vie facultative	23
Régime de maintien du salaire en cas d'invalidité	25
Garantie Invalidité de longue durée	26
Garantie Médicaments	31
Garantie Soins de santé complémentaires	37
Garantie Soins dentaires.....	44
Garantie Voyage	49
Compte gestion santé (CGS)	55
Compte Gestion mieux-être (CGM).....	59
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat	64
Comment soumettre une demande de règlement	68
Ressources supplémentaires et services aux adhérents	70

Assurance décès ou mutilation accidentels de base

Police n° 9907-47-49 souscrite par Chubb Insurance Company of Canada

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Calcul de la prestation	2 fois le salaire annuel*
Prestation maximale	850 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	800 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	Sans objet
Fin de la garantie	70 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

*Si la prestation de l'adhérent n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$, elle est alors arrondie au 1 000 \$ supérieur.

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	Multiplés de 10 000 \$ Maximum de 500 000 \$
Maximum pour le conjoint	Multiplés de 10 000 \$ Maximum de 500 000 \$
Maximum pour l'enfant (disponible seulement si l'Adhérent ou le Conjoint est couvert par cette garantie)	Multiplés de 5 000 \$ Maximum de 25 000 \$/enfant

Maximum sans preuve d'assurabilité

Adhérent	50 000 \$*
Conjoint	50 000 \$*
Enfant	Même montant que le maximum par enfant mentionné ci-dessus

Fin de la garantie

Adhérent	70 ans ou retraite
Conjoint	Lorsque le conjoint atteint l'âge de 70 ans ou à la retraite de l'adhérent
Enfant	À la retraite de l'adhérent

Exonération des primes	Oui
-------------------------------	-----

*Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection si la demande est reçue par Croix Bleue plus de 60 jours après la date à laquelle l'adhérent ou le conjoint est devenu admissible à la couverture, ou 31 jours après la date à laquelle l'adhérent a fait face à un événement de la vie admissible.

Sommaire des garanties

Régime de maintien du salaire en cas d'invalidité (fourni par le preneur)

Référez-vous à la présente brochure pour une description détaillée.

Garantie Invalidité de longue durée

Montant de la prestation	70 % de la première tranche de 1 500 \$ du revenu mensuel avant le début de l'invalidité, plus 55 % de la tranche suivante de 2 500 \$, plus 45 % de l'excédent, sans dépasser le Maximum provenant de toutes sources
Prestation maximale	15 000 \$/mois
Maximum sans preuve d'assurabilité	12 000 \$
Délai de carence	6 mois ou à la fin du versement de la prestation de régime de maintien du salaire en cas d'invalidité (s'il y a lieu), selon la dernière éventualité
Durée maximale des prestations	Jusqu'à 65 ans
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre occupation	2 ans
Indexation au coût de la vie	Aucune
<i>Date d'effet de l'indexation</i>	Sans objet
Prestation aux survivants	Équivalant à 3 fois le montant de la prestation d'invalidité de longue durée mensuelle nette de l'adhérent. La prestation est payable à la succession de l'adhérent.
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments

Franchise	Aucune
Maximum global de la garantie	100 000 \$ par année civile, combiné avec la Garantie Soins de santé complémentaires
Pourcentage de remboursement*	80 % de la première tranche de 5 000 \$ de frais admissibles, combinée avec la Garantie Soins de santé complémentaires; 100 % par la suite
Maximum applicable aux frais d'exécution d'ordonnance	11 \$ par médicament prescrit (ne s'applique pas aux résidents du Québec)
Méthode de paiement	Paieement direct
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 1 mois pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Stratégie de gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 \$/année civile**
Gestion des maladies chroniques	500 \$/année civile**
Médicaments de fertilité	2 500 \$ à vie**
Injections sclérosantes	40 \$/visite**
Auxiliaires antitabagiques	500 \$ à vie** produits sur ordonnance et en vente libre (y compris les produits de santé naturels)
Vitamines injectables	Incluses**
Médicaments reliés aux cures d'amaigrissement	Inclus** – Autorisation préalable requise
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	12 mois

*Pour les assurés du Québec, le remboursement des services pharmaceutiques et la contribution maximale applicable répondent aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

**Assujetti au maximum global de la garantie.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Franchise

Hospitalisation	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	Aucune

Maximum global de la garantie 100 000 \$ par année civile, combiné avec la Garantie Médicaments

Pourcentage de remboursement

Hospitalisation	100 %
Soins de la vue	100 %
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	80 % de la première tranche de 5 000 \$ de frais admissibles, combinée avec la Garantie Médicaments; 100 % par la suite

	Maximum	Hébergement
Hospitalisation		
Hôpital		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	50 \$/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année civile	
Soins aux malades chroniques	20 \$/jour jusqu'à concurrence de 180 jours/confinement	
Fournitures et services médicaux		
Service ambulancier	1 000 \$/année civile	
Soins infirmiers	720 heures/année civile	
Professionnels de la santé :	Maximum par année civile	
<i>Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/ Conseiller-thérapeute/ Psychoéducateur/Psychothérapeute [maximum combiné])</i>	750 \$*	
<i>Chiropraticien</i>	450 \$*	
<i>Naturopathe</i>	450 \$*	
<i>Diététiste</i>	450 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	450 \$*	
<i>Podologue/Podiatre (maximum combiné)**</i>	450 \$*	
<i>Chirurgie pratiquée par un podologue ou un podiatre (maximum combiné)**</i>	100 \$*	
<i>Orthophoniste</i>	450 \$*	
<i>Ergothérapeute/Physiothérapeute (maximum combiné)</i>	450 \$*	
<i>Massothérapeute</i>	450 \$*	
<i>Radiographies (chiropraticien, ostéopathe)</i>	25 \$/professionnel	

*Le remboursement des frais par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

**Les frais pour un podiatre sont couverts seulement lorsque le régime provincial d'assurance maladie est épuisé.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Fournitures et services médicaux	Maximum
Équipement médical*	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	Voir le texte de la garantie
Prothèses	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	
<i>Glucomètre</i>	1/5 années civiles
<i>Autres appareils pour personnes diabétiques</i>	200 \$/année civile
Prothèses auditives	500 \$/5 années civiles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	Voir le texte de la garantie
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	2 paires/année civile jusqu'à concurrence de 225 \$/année civile
Tests diagnostiques**	Voir le texte de la garantie
Tests pharmacogénétiques	500 \$ à vie
Autres fournitures et services médicaux	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	Évaluation préalable requise
Soins de la vue	
Examen de la vue	65 \$/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 18 ans
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	250 \$/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 18 ans
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	12 mois

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires

Franchise	Aucune	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	100 %	2 000 \$/année civile combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage (premières unités)</i>		8 unités/année civile (combiné avec le surfaçage radiculaire)
<i>Détartrage (unités suivantes)</i>	80 %	Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Soins de base	100 %	2 000 \$/année civile combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie	80 %	Incluse
Parodontie	80 %	Incluse
<i>Surfaçage radiculaire (premières unités)</i>	100 %	8 unités/année civile (combiné avec le détartrage)
<i>Surfaçage radiculaire (unités suivantes)</i>	80 %	Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Soins de restauration majeure	50 %	2 000 \$/année civile combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
<i>Restaurations sur implants</i>		1 par dent/10 années civiles
Soins orthodontiques	50 %	1 500 \$ à vie
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	12 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Voyage

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection*	
Moins de 75 ans	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
75 ans et plus	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	2 000 000 \$ par assuré par événement**
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada***	500 000 \$ par assuré, à vie
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	12 mois

*La durée de la protection est déterminée par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ.

**Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

***Autorisation préalable requise.

Sommaire des garanties

Compte gestion santé (CGS)

Administration du régime	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, si précisé par l'adhérent)
Fréquence d'allocation des crédits*	Annuelle
Détails	
Année du CGS	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Montant des crédits*	600 \$/année civile
Type de CGS	Report des crédits
Couverture des personnes à charge de l'ARC	Oui
Délai de grâce	
Employés actifs	180 jours
Employés dont le CGS a pris fin	180 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

*Les crédits peuvent être répartis de la façon suivante :

- 50 % dans le CGS et 50 % dans le CGM;
- 100 % dans le CGS; ou
- 100 % dans le CGM.

Sommaire des garanties

Compte Gestion mieux-être (CGM)

Méthode de paiement	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour traiter les demandes de règlement à même le CGM, si précisé par l'adhérent)
Fréquence d'allocation des crédits	Annuelle
Détails de la garantie	
Année contractuelle	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Montant des crédits*	600 \$/année civile
Type de CGM	Report des crédits
Catégories de frais admissibles	Soutien à la santé et au mieux-être Médecines alternatives Activités et équipement de sport et de conditionnement physique Croissance personnelle Soins familiaux Activités et loisirs Suppléments nutritionnels et substituts de repas Autres frais médicaux admissibles Primes d'assurance Vivre vert Productivité
Délai de grâce	
Adhérents actifs	60 jours
Adhérents dont le CGM a pris fin	90 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

*Les crédits peuvent être répartis de la façon suivante :

- 50 % dans le CGS et 50 % dans le CGM;
- 100 % dans le CGS; ou
- 100 % dans le CGM.

Vous et vos personnes à charge

Tout au long de la brochure, nous utilisons quelques termes-clés lorsque nous faisons référence à vous et à vos personnes à charge :

- Employé, adhérent et assuré font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint, enfant et assuré font référence à vos personnes à charge.

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- est au service de l'employeur à raison d'un minimum de 30 heures de travail par semaine.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

Personne à charge : Le conjoint ou l'enfant de l'adhérent.

Conjoint : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada; et
- répond à un des critères suivants :
 - est légalement mariée à l'adhérent;
 - est unie civilement à l'adhérent, selon la définition du Code civil du Québec; ou
 - réside avec lui depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint doit être désigné par l'adhérent sur son formulaire d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint de l'adhérent.

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Assuré : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du contrat.



Conseil pratique

Vous êtes responsable d'inscrire vos personnes à charge au régime lorsqu'elles y deviennent admissibles.

De plus, vous êtes responsable de les désinscrire lorsqu'elles ne répondent plus aux définitions énoncées ci-contre.

Vous pouvez mettre à jour votre statut familial ou celui de vos personnes à charge en remplissant et en soumettant un formulaire de demande de modification, disponible sur notre site Internet.



Conseil pratique

En vertu du contrat, l'adhérent, le conjoint et l'enfant sont tous des assurés.

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré; et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 6 activités suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou avec un gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : gérer les fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant; et
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Assuré du Québec : Un adhérent ou une personne à charge est un assuré du Québec si :

- le preneur a une succursale au Québec;
- l'adhérent réside et travaille au Québec; et
- l'assuré est assujéti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Effectivement au travail : Un employé est effectivement au travail pour un jour donné s'il se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.



Conseil pratique

L'une des conditions d'admissibilité à la couverture en vertu du régime est que vous soyez effectivement au travail.

Événement de la vie : Une situation résultant de l'un des événements suivants, et qui permet à l'adhérent d'apporter des modifications à sa couverture :

- mariage ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- la couverture de l'adhérent ou de sa personne à charge auprès d'un autre assureur prend fin pour des raisons qui échappent à leur contrôle; ou
- décès d'une personne à charge.

Une preuve d'assurabilité est requise pour toute demande reçue plus de 31 jours après la date à laquelle est survenu l'événement de la vie.

Expérimental ou aux fins de recherche : Traitement, procédure, équipement, établissement, médicament ou utilisation d'un médicament qui, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux :

- ne sont pas médicalement nécessaires; ou
- pour lesquels il manque des études publiées démontrant leur efficacité et leur sécurité pour le patient, pour une condition donnée; ou
- ne sont pas reconnus comme une norme de soins dans les directives de prescription ou les protocoles d'établissement des pratiques en vigueur.

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par médicament prescrit ou année civile, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le contrat est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis ou prescrits par l'assuré lui-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Lorsqu'un traitement différent ou plus d'une forme de traitement existent, Croix Bleue se réserve le droit de baser le remboursement des frais admissibles sur le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline; et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé.



Conseil pratique

Important : Croix Bleue rembourse seulement les frais de santé répondant à ces critères de frais admissibles.



Conseil pratique

Membre de la famille désigne pour un assuré :

- son conjoint ou conjoint de fait;
- son parent et le conjoint ou conjoint de fait de son parent;
- ses enfants et les enfants de son conjoint ou conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

Maladie : Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessitent des soins médicaux réguliers et continus.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis ou prescrits pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure; et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.



Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur. Sont exclus les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière, les dividendes non habituels, ainsi que toute forme de rémunération non habituelle comme les bonis, les primes et les gratifications.

Pour les employés dont le salaire est basé sur des commissions, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, selon ce qui est indiqué sur les feuillets d'impôt de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.



Conseil pratique

Si mentionné dans le Sommaire des garanties, votre revenu peut être utilisé pour le calcul de vos prestations vie, de décès et mutilation par accident ou d'invalidité (s'il y a lieu).

Pour le calcul des prestations, le revenu est le moindre du :

- revenu selon la présente définition; ou
- dernier revenu déclaré à Croix Bleue et utilisé dans le calcul de la prime payable.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré afin d'améliorer ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue; et
- être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou un professionnel de la santé exerçant dans le domaine de la médecine qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré.

Usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante : Au sujet de frais engagés par l'assuré qui sont :

- comparables aux frais chargés habituellement par les professionnels de la santé ou fournisseurs approuvés pour des services ou des fournitures similaires, dans la province où les frais sont engagés; et
- selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, comparables en termes de fréquence et de quantité à ce qui serait habituellement prescrit ou requis selon l'état de santé de l'assuré.

Modalités de la couverture

Qui est admissible à la couverture?

Vous êtes admissible à la couverture si vous :

- répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail; et
- pour la Garantie Invalidité de longue durée seulement, avez complété un délai d'admission de **3 mois**.

Vos personnes à charge sont également admissibles à la couverture si elles répondent à la définition de conjoint ou d'enfant apparaissant dans la section Termes-clés.

Pour être admissible à la couverture, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à la couverture gouvernementale de soins de santé ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Vous devez continuer de travailler le nombre minimum d'heures par semaine pour conserver votre admissibilité en vertu du contrat.

Dois-je fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la couverture?

Généralement, vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour bénéficier de la couverture collective. Toutefois, une preuve d'assurabilité doit être soumise lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Comment adhérer à la couverture?

Demande d'adhésion

Pour adhérer à la couverture, vous devez soumettre une demande d'adhésion remplie et signée et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

Puis-je ne pas souscrire à la couverture de certaines garanties?

Un choix individuel ne vous est pas permis en vertu du contrat. De plus, lorsque vous souscrivez à la couverture, vous devez inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, sous réserve des exceptions qui suivent :

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives; et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime collectif. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissibles aux garanties soins de santé si vous faites face à un événement de la vie, en soumettant une preuve d'assurabilité (s'il y a lieu).

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat;
- la date à laquelle vous répondez à tous les critères d'admissibilité; ou
- la date à laquelle Croix Bleue approuve votre preuve d'assurabilité, s'il y a lieu.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle vous êtes de nouveau effectivement au travail.



Conseil pratique

Délai d'admission désigne la période continue pendant laquelle vous devez être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.



Conseil pratique

Preuve d'assurabilité désigne toute déclaration ou toute information médicale, au sujet de votre santé ou de celle de vos personnes à charge.

Maximum sans preuve d'assurabilité désigne le montant de couverture auquel vous ou vos personnes à charge avez droit, sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.

Les Maximums sans preuve d'assurabilité de chaque garantie (s'il y a lieu) sont mentionnés dans le Sommaire des garanties.



Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre : la Garantie Médicaments, la Garantie Soins de santé complémentaires, la Garantie Soins dentaires et la Garantie Voyage.

Modalités de la couverture

Personnes à charge

La couverture de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve leur preuve d'assurabilité, s'il y a lieu; ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si :
 - elles étaient couvertes en vertu d'un contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du contrat; ou
 - l'enfant est né pendant que cette couverture est en vigueur; l'enfant est couvert dès sa naissance, ou en ce qui concerne la Garantie Vie, au moment spécifié dans la Garantie Vie des personnes à charge du Sommaire des garanties (s'il y a lieu).



Conseil pratique

Contrat antérieur désigne un régime d'assurance collective qui fournissait une couverture à vous et à vos personnes à charge et qui s'est terminé dans les 31 jours de la date d'entrée en vigueur du présent régime collectif.

Qu'advient-il de ma couverture durant une absence du travail?

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter de la période maximale pour laquelle votre couverture sera maintenue.

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, vous pouvez choisir entre le maintien ou le non-maintien de toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Votre décision de maintenir ou de ne pas maintenir votre couverture doit être faite avant votre congé et vous ne pouvez pas revenir sur cette décision à une date ultérieure. Si vous décidez de maintenir votre couverture, vous devez continuer à payer vos primes (s'il y a lieu) pour toute la durée de l'absence.

Si vous êtes un assuré du Québec, vous devez au moins maintenir la Garantie Médicaments, sauf si vous avez une couverture médicaments en vertu d'un autre régime collectif.

Mise à pied temporaire – Congé autorisé – Suspension disciplinaire – Grève ou lockout

Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Quand ma couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat se termine;
- la date à laquelle vous ou vos personnes à charge ne répondez plus à un ou plusieurs critères d'admissibilité;
- la date à laquelle votre conjoint ne répond plus à la définition de conjoint;
- la date à laquelle votre enfant ne répond plus à la définition d'enfant;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous atteignez ou vos personnes à charge atteignent l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date de votre décès;
- le jour où vous ou vos personnes à charge commettez un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue; ou
- la date à laquelle le preneur du contrat est en défaut de paiement des primes.

Modalités de la couverture

La couverture de vos personnes à charge cesse à la date à laquelle votre couverture se termine.

Si les primes pour la Garantie Vie facultative ne sont pas versées dans les 31 jours suivant leur date d'échéance, les garanties seront annulées sans autre préavis, rétroactivement à la date d'échéance des primes.

Aucune couverture ne s'applique pour vous ou vos personnes à charge alors que vous exercez vos fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Que se passe-t-il lorsque votre couverture prend fin?

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsque la couverture de certaines de vos garanties prend fin, vous et vos personnes à charge avez le droit de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, pourvu que vous satisfassiez à certaines exigences.

Le libellé de la garantie indique si ce droit de transformation s'applique à une garantie particulière.

Lorsque la transformation est offerte, les conditions suivantes s'appliquent :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée sous le libellé Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.

Prolongation pour les survivants

Advenant votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes sans paiement de primes pour certaines garanties, comme il est mentionné dans le Sommaire des garanties.

La couverture de vos personnes à charge en vertu de la prolongation pour les survivants se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat collectif se termine;
- la date à laquelle la période maximale est atteinte, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vos personnes à charge adhèrent à une couverture similaire en vertu d'un autre régime; ou
- la date à laquelle vos personnes à charge ne répondent plus aux critères d'admissibilité (pour des raisons autres que votre décès).

Et si j'ai une couverture ailleurs?

À l'exception des prestations versées en vertu de la garantie Voyage (voir la section Voyage de la présente brochure), Croix Bleue coordonne votre couverture collective avec les autres régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est offerte. Le processus de coordination des prestations vous assure de profiter au maximum de votre couverture et de recevoir un remboursement pour vos frais admissibles pouvant atteindre 100 %.



Conseil pratique

L'avantage d'exercer votre droit de transformation est qu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.

Les primes pour les garanties converties sont généralement plus élevées que les primes pour les garanties collectives présentement payées.

Plutôt que de transformer votre couverture collective, vous pouvez également opter pour une couverture individuelle. Vous aurez alors à fournir une preuve d'assurabilité.

Modalités de la couverture

Couverture en vertu d'un régime gouvernemental de soins de santé

Croix Bleue ne couvre pas les services ou les fournitures de soins de santé admissibles en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé ou administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur gouvernementaux. Croix Bleue prend seulement en considération les frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé.

Autres régimes de soins de santé

Profitez-vous des autres régimes qui vous sont offerts? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez être privé d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % des frais admissibles.

Croix Bleue coordonne les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Voici les règles générales qui s'appliquent :

Frais engagés pour vous :

- Vous devez d'abord soumettre les frais engagés au présent régime (pour lequel vous êtes couvert en tant qu'adhérent). Le montant non remboursé par le présent régime (s'il y a lieu) peut être soumis à un autre régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant que personne à charge (par exemple, le régime de votre conjoint).
- Si vous êtes couvert en tant qu'adhérent en vertu de plus d'un régime collectif, le régime qui vous couvre depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Frais engagés pour votre conjoint :

- Votre conjoint doit d'abord soumettre les frais engagés pour lui à son propre régime collectif (s'il y a lieu). Le montant non remboursé par son régime (s'il y a lieu) peut être soumis au présent régime.

Frais engagés pour votre enfant :

- Lorsqu'un enfant est couvert en tant que personne à charge en vertu de votre régime et de celui de votre conjoint, vous devez soumettre ses demandes de règlement au régime du parent qui a son anniversaire le plus tôt dans l'année.
- En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent où l'enfant réside (le régime du parent qui a la garde de l'enfant) est le premier payeur.

Conseil pratique

Croix Bleue vous aidera à vous guider vers les programmes gouvernementaux existants, lorsque possible.

Conseil pratique

Les autres régimes pouvant être assujettis à la coordination des prestations incluent toute forme de régime collectif, individuel, familial, assurance des débiteurs et des épargnants qui prévoit des prestations pour des traitements, des services et des articles médicaux.

Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la coordination des prestations (y compris des exemples), visitez notre site Internet.

Exonération des primes

Objet de la garantie

Si l'adhérent devient totalement invalide avant son 65^e anniversaire de naissance alors que sa couverture est en vigueur, les primes à son égard sont exonérées pour certaines garanties. Le Sommaire des garanties indique si l'Exonération des primes s'applique à une garantie en particulier.

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent contrat ou si l'adhérent invalide appartient à une catégorie d'adhérents qui est n'est pas couverte en vertu de cette garantie, une preuve de l'invalidité totale doit parvenir à Croix Bleue dans les 15 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'exonération, la définition d'invalidité totale (ou totalement invalide) utilisée est celle apparaissant dans la clause Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent contrat ou si l'adhérent invalide n'est pas couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée, l'invalidité totale est définie comme étant :

- l'état d'incapacité continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :
 - qui lui permettrait de gagner au moins 60 % du salaire qu'il gagnait avant le début de son invalidité; et
 - qu'il est raisonnablement apte à exercer (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation et son expérience.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité totale.

La disponibilité de l'occupation ou du travail n'est pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité totale.

Montant de couverture

Le montant de couverture sujet à l'Exonération des primes est égal au montant en vigueur à la date du début de l'invalidité totale.

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées à la partir du premier jour suivant la date à laquelle l'adhérent complète le délai de carence de la Garantie Invalidité de longue durée, si l'adhérent répond à la définition d'invalidité totale apparaissant dans les Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

Toutefois, si le présent contrat ne comprend pas de Garantie Invalidité de longue durée ou si la classe d'adhérents à laquelle appartient l'adhérent n'a pas de Garantie Invalidité de longue durée, les primes seront exonérées à partir du premier jour suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale selon la définition apparaissant dans cette section.

Fin de l'exonération des primes

En tenant compte des exceptions mentionnées dans la présente clause, l'exonération des primes cesse à la première des éventualités ou des dates suivantes :

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé au préalable par Croix Bleue;
- lorsque l'adhérent refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date normale de la retraite de l'adhérent;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide;
- la date à laquelle la garantie ou le contrat se termine; ou
- la date du décès de l'adhérent.

Si, alors qu'un adhérent est totalement invalide et exonéré de ses primes :

- son emploi cesse; ou
- la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient est annulée, ou la couverture de tous les employés se termine,

l'exonération des primes est maintenue au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- la Garantie Vie de l'adhérent et la Garantie Vie facultative de l'adhérent sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent; et
- la Garantie Invalidité de longue durée est maintenue en vigueur et est sujette à l'exonération des primes aussi longtemps que l'adhérent est admissible au versement des prestations d'invalidité de longue durée. Une telle exonération des primes ne peut excéder la Durée maximale des prestations d'invalidité de longue durée indiquée dans le Sommaire des garanties.

Garantie Vie de l'adhérent

Objet de la garantie

Si un adhérent décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée à l'adhérent si :

- l'adhérent en fait la demande écrite à Croix Bleue;
- le médecin traitant de l'adhérent a présenté à Croix Bleue un certificat médical jugé satisfaisant par cette dernière, selon lequel l'adhérent souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les 12 mois suivant la date de la demande de paiement anticipé;
- l'adhérent est admissible à l'exonération des primes; et
- l'adhérent est âgé de moins de 65 ans.

Une prestation de décès anticipée ne peut être supérieure à 50 % de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de la demande de paiement anticipé ou 50 000 \$, selon le plus petit de ces montants. Cette prestation est versée en une somme globale qui est déduite du montant de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent. Le reste de la prestation est versé au bénéficiaire au décès de l'adhérent.

L'adhérent est admissible à une seule prestation de décès anticipée, à vie.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire. Dans le cas du paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale, la prestation est versée directement à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 15 mois après le décès.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;

Garantie Vie de l'adhérent

- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie facultative

Objet de la garantie

La présente garantie offre des montants d'assurance vie supplémentaires à ceux offerts en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent et de la Garantie Vie des personnes à charge (s'il y a lieu).

Si un adhérent ou l'une de ses personnes à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue paie le montant de la Garantie Vie facultative en vigueur pour l'assuré au moment du décès, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie Vie facultative choisi par l'adhérent ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

L'adhérent et la personne à charge doivent présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue afin d'être admissibles à tout montant de protection supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie ou de celui de ses personnes à charge, à condition que l'adhérent soit effectivement au travail. Cependant, toute demande d'augmentation de la protection au-delà du maximum sans preuve d'assurabilité ou toute demande reçue plus de 31 jours suivant un événement de la vie ne sera acceptée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée directement à son bénéficiaire. Dans le cas où une personne à charge décède, la prestation est versée à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 15 mois après le décès.

Exclusions et restrictions

Si le décès de l'adhérent ou d'une personne à charge résulte d'un suicide et qu'un montant de Garantie Vie facultative était en vigueur depuis moins de 24 mois consécutifs, ce montant n'est pas payable et se limite au remboursement des primes perçues.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie facultative de l'adhérent prend fin à son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Garantie Vie facultative

À son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si la Garantie Vie facultative des personnes à charge prend fin ou est réduite pour toute autre raison qu'une requête de l'adhérent.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise à l'adhérent est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie de l'adhérent et du montant Vie facultative de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent; ou
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de protection de la police individuelle émise à l'adhérent ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 10 000 \$ pour les résidents du Québec; ou
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise aux personnes à charge est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie des personnes à charge et du montant Vie facultative des personnes à charge; ou
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de protection de la police individuelle émise aux personnes à charge ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 5 000 \$ dans le cas des résidents du Québec.

Objet de la garantie

Le preneur assume l'entière responsabilité du versement des prestations en vertu du présent régime. Croix Bleue est responsable de fournir les services rattachés au Régime de maintien du salaire pour le compte du preneur.

L'adhérent qui devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident doit communiquer avec son administrateur de régime collectif.

Soumettre une demande de règlement

L'adhérent doit aviser son supérieur dès la première journée d'absence du travail.

Si l'absence atteint 10 jours, une preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue.

Croix Bleue confirmera à l'adhérent s'il répond aux exigences du régime.

L'adhérent doit communiquer avec l'administrateur de régime collectif pour obtenir de plus amples informations.



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation mensuelle mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Durée maximale des prestations : La durée maximale pendant laquelle Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Si l'invalidité totale n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés pour atteindre le délai de carence, à condition :

- que la protection demeure en vigueur pendant la totalité de la période d'accumulation du délai de carence;
- qu'il n'y ait pas d'interruption de l'invalidité totale qui dure plus de 30 jours;
- que les invalidités successives soient causées par les mêmes causes ou des causes reliées; et
- que le délai de carence soit complété à l'intérieur d'une période de 1 an.

Revenu net : Le revenu de l'adhérent moins les impôts sur le revenu et les cotisations au Régime de pensions du Canada, au Régime de rentes du Québec, à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant le délai de carence et la durée de la Notion de propre occupation (mentionnée dans le Sommaire des garanties) qui suit immédiatement le délai de carence, l'adhérent est totalement invalide aux fins de la présente garantie si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à sa propre occupation, en raison d'une maladie ou d'un accident.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité; et
- qu'il est, ou pourrait devenir, raisonnablement apte à exercer en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.



Conseil pratique

Si vous avez effectué des **tâches de travail modifiées** pendant au moins 6 mois avant de faire une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ces tâches de travail modifiées constitueront votre propre occupation aux fins de l'évaluation de l'invalidité.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque mois, pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

La prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation mensuelle en suivant les 3 étapes suivantes :

Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation mensuelle (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties).

Étape 2. Croix Bleue soustrait du montant de prestation mensuelle tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :

- a) le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada;
- b) toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
- c) tout régime d'assurance automobile, s'il y a lieu;
- d) la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC); ou
- e) toute loi fédérale ou provinciale.

Étape 3. Lorsque la prestation d'invalidité de longue durée calculée à l'étape 2 et les autres sources de revenus figurant ci-dessous, s'il y a lieu, dépassent le Maximum provenant de toutes sources mentionné dans le Sommaire des garanties, la prestation d'invalidité de longue durée est de nouveau réduite, si nécessaire, afin que le total de tous les montants reçus ne dépasse pas le pourcentage du Maximum provenant de toutes sources.

Les autres sources de revenus désignent :

- a) tous les montants payables à l'adhérent en raison de cette invalidité ou d'une invalidité subséquente, à savoir :
 - i. tout salaire ou toute rémunération payable par tout employeur;
 - ii. tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré en tant que membre d'une association; ou
 - iii. toute prestation d'invalidité reçue en vertu de tout régime mentionné à l'étape 2; et
- b) tout montant payable à l'adhérent en vertu de tout régime de retraite financé entièrement ou partiellement par l'employeur, y compris le Régime de rentes du Québec ou le Régime de pensions du Canada si l'adhérent a demandé sa rente de retraite après la date à laquelle son invalidité a débuté.

En ce qui concerne les montants calculés à l'étape 2 et à l'étape 3 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas inclus;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des revenus auxquels l'adhérent est ou peut être admissible, Croix Bleue peut inclure ces montants dans ses calculs. Croix Bleue peut estimer ces montants si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes à ces revenus en raison des ajustements au coût de la vie; et
- lorsqu'une indemnité est versée sous forme de somme globale plutôt que par versements mensuels, Croix Bleue inclut dans ses calculs le montant obtenu en divisant cette somme globale par :
 - le nombre de versements mensuels que représente la somme globale, s'il est connu de Croix Bleue; ou
 - 60, si Croix Bleue ne connaît pas ce nombre de mois.



Conseil pratique

Le montant de prestations d'invalidité de longue durée que vous recevez, ajouté à tout autre revenu d'invalidité auquel vous êtes admissible, ne peut dépasser le Maximum provenant de toutes sources figurant dans le Sommaire des garanties.

Indexation au coût de la vie

Lorsque le Sommaire des garanties mentionne une Indexation au coût de la vie, cette indexation s'applique à la Date d'effet de l'indexation figurant également dans le Sommaire des garanties.

Prestation aux survivants

Lorsque le Sommaire des garanties indique qu'une prestation aux survivants s'applique, Croix Bleue verse à la succession de l'adhérent le montant forfaitaire mentionné dans le Sommaire des garanties, advenant le décès de l'adhérent alors que ce dernier reçoit des prestations d'invalidité de longue durée.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- la durée maximale des prestations est atteinte;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation, emploi ou bénévolat, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de longue durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte des mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 6 mois suivant la date où l'adhérent a commencé à être effectivement au travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.



Conseil pratique

La **preuve de sinistre** comprend 3 formulaires : déclaration de l'employé, déclaration de l'employeur et déclaration du médecin. Ces formulaires sont disponibles sur notre site Internet.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement ou des mesures diagnostiques;
- un travail à temps plein, un travail à temps partiel ou du bénévolat effectués par l'adhérent, que celui-ci reçoive ou non un salaire ou une rémunération; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations mensuelles sont réduites de 50 % de la rémunération reçue par l'adhérent d'un tel programme et sont réduites de nouveau, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) toute maladie résultant de la consommation de drogues ou d'alcool, si l'adhérent ne reçoit pas de traitement continu pour l'utilisation de ces substances ;
 - d) soins médicaux et traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.

2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
- a) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé, lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - b) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - c) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Conditions préexistantes

Une condition préexistante est définie comme étant toute maladie diagnostiquée ou non ou blessure pour laquelle, au cours des 3 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur à son égard de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur), l'adhérent :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques.

Les prestations ne sont pas payables si l'invalidité totale résulte d'une condition préexistante, à moins que l'invalidité totale survienne au moins 12 mois après la date à laquelle l'adhérent est devenu couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur).

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Autorisation préalable : Les médicaments admissibles que Croix Bleue détermine comme nécessitant une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation préalable sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients ou l'essai d'un traitement de deuxième ligne à coût moins élevé. Si les critères cliniques établis ne sont pas satisfaits, Croix Bleue se réserve le droit de refuser la demande de règlement.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN);
- considéré selon Croix Bleue, comme un médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi, à moins qu'il ne soit spécifiquement mentionné comme étant couvert en vertu de la présente garantie;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance : Un médicament admissible que Croix Bleue juge comme étant essentiel et qui ne nécessite pas d'ordonnance en vertu de la loi. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent les mêmes ingrédients actifs; et
- ont la même voie d'administration.

Médicament spécialisé à prix élevé : Un médicament admissible qui requiert une autorisation préalable et qui :

- est considéré par le Groupe consultatif sur les médicaments comme un médicament spécialisé à prix élevé; ou
- répond aux critères suivants :
 - coûte 10 000 \$ ou plus par traitement ou par année civile;
 - sert à traiter des maladies complexes qui sont chroniques et/ou mettent la vie en danger, comme les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques ou l'hépatite C; et
 - est prescrit par un spécialiste.

Programme de soutien aux patients : Un programme qui fournit une assistance et des services aux assurés auxquels des médicaments spécialisés à prix élevé ont été prescrits.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les médicaments admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation préalable; ou
 - une coordination avec les programmes de soutien aux patients;
- le remboursement d'un médicament spécialisé à prix élevé peut être réduit en fonction du montant de l'aide financière offert en vertu d'un programme de soutien aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeable se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section;
- le remboursement des médicaments biologiques peut être réduit au coût d'un médicament biosimilaire, tel que déterminé par Croix Bleue;
- le remboursement de médicaments admissibles qui ne sont pas distribués par une pharmacie de détail approuvée se limitera à un barème de prix tel que déterminé par Croix Bleue; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure :

- les fournitures pour personnes diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, ainsi que les fournitures pour pompe à insuline;
- les systèmes de surveillance du glucose, y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC) pour les adhérents auxquels de l'insuline est prescrite pour le traitement du diabète;
- les frais pour les services de gestion des maladies chroniques incluant l'évaluation initiale, les services conseil et les sessions de suivi, l'encadrement sur la gestion des symptômes, la prise de médicaments et le développement de plans d'action pour des problèmes de santé considérés comme admissibles par Croix Bleue;
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur les listes suivantes de médicaments :

Médicaments spécialisés à prix élevé :

- **Liste gérée** : La liste des médicaments admissibles qui sont assujettis aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Tous les autres médicaments admissibles :

- **Liste régulière** : La liste de tous les médicaments admissibles. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.



Conseil pratique

Visitez notre site Internet, vous y trouverez des renseignements utiles sur la gestion des maladies chroniques.
www.medavie.croixbleue.ca/vivremieux

Autorisation préalable

Certains médicaments admissibles déterminés par Croix Bleue nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation préalable sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

En quoi le programme d'autorisation préalable concerne-t-il ma demande de règlement?

La première fois que vous présentez une ordonnance pour un médicament admissible figurant sur la liste d'autorisation préalable, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation préalable.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation préalable pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de votre employeur ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus proche ou sur notre site Internet. Vous devez remplir la section du patient sur le formulaire et votre médecin doit remplir et signer la portion restante. Vous devez ensuite poster votre formulaire rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche.

Votre demande d'autorisation sera examinée en toute confidentialité par un professionnel de la santé, conformément aux critères de remboursement établis. Lorsque toutes les informations nécessaires sont reçues par Croix Bleue, le délai de traitement habituel pour les décisions d'autorisation spéciale est de 7 à 10 jours ouvrables.

Vous recevrez par écrit la décision concernant votre demande d'autorisation spéciale. Si votre demande est approuvée, la confirmation inclura la date d'effet et la durée de votre approbation.

Tous les frais nécessaires pour remplir le formulaire ou pour obtenir des informations médicales supplémentaires sont votre responsabilité.

Caractéristiques du programme de gestion

Clause de substitution

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit. En ce qui concerne les médicaments biologiques, Croix Bleue se réserve le droit de rembourser ces derniers au coût d'un médicament biosimilaire moins coûteux.

L'assuré peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Substitution obligatoire par un médicament générique :
Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation préalable.

Conseil pratique

Votre régime collectif vous offre un accès immédiat à la plupart des médicaments admissibles.

Certains médicaments admissibles requièrent une autorisation préalable avant que votre ordonnance ne soit couverte.

Conseil pratique

Pour imprimer une copie de notre formulaire de demande d'autorisation préalable pour médicament sur ordonnance, visitez notre site Internet.

Conseil pratique

Un médicament générique et son équivalent de marque sont considérés comme des médicaments interchangeables. Santé Canada impose, pour les médicaments génériques, les mêmes standards et tests que ceux qui sont exigés pour les médicaments de marque. Les médicaments génériques sont efficaces et sécuritaires, tout en étant moins coûteux.

Stratégie de gestion des opioïdes

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la stratégie de gestion des opioïdes s'applique, certains médicaments admissibles ne seront pas admissibles à un remboursement, et d'autres médicaments admissibles peuvent exiger une autorisation préalable. La stratégie de gestion des opioïdes fait en sorte que les assurés reçoivent un remboursement pour les médicaments ayant les meilleures données cliniques pour la gestion de la douleur tout en effectuant la gestion d'usage abusif ou de mésusage.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du contrat.

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin de vérifier son admissibilité. L'assuré paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les catégories de médicaments ou services suivants ne sont pas admissibles à un remboursement, même lorsque prescrits :

- a) injections sclérosantes;
- b) auxiliaires antitabagiques;
- c) vaccins;
- d) vitamines orales et injectables;
- e) traitements reliés aux cures d'amaigrissement, incluant les médicaments, les protéines et les aliments ou les suppléments alimentaires;
- f) produits de santé naturels incluant les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les remèdes traditionnels, les suppléments nutritifs et les compléments alimentaires sauf lorsque mentionné spécifiquement;
- g) médicaments de fertilité;
- h) médicaments pour traiter le dysfonctionnement sexuel;
- i) stimulants pour la pousse des cheveux;
- j) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- k) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé ou un médecin dans une clinique privée;
- l) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;



Conseil pratique

Si votre régime comporte un mode de paiement direct, demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas déboursier un montant plus élevé que nécessaire.



Conseil pratique

Comparez le prix des différents fournisseurs et trouvez le prix le plus avantageux pour vos médicaments d'ordonnance.

Pour une même ordonnance, le prix peut varier selon la pharmacie, même parmi les magasins d'une même bannière.

- m) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- n) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- o) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- p) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- q) toute forme de cannabis; et
- r) services de pharmacie.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent qui n'est pas un assuré du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le contrat doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception et les services pharmaceutiques admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour des médicaments admissibles apparaissant sur la liste de la RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses enfants à charge, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses enfants à charge.

Si au cours d'une année civile, le conjoint dépense, pour des médicaments admissibles apparaissant sur la liste de la RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour le conjoint.

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré atteint l'âge de 65 ans, il doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ afin de continuer sa couverture en vertu de la présente garantie; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'accepter la couverture du régime public est irrévocable.

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie.

Exception : s'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la présente garantie offre une couverture complémentaire au régime public de la RAMQ, les frais suivants sont admissibles, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie.

Si l'adhérent choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout assuré du Québec âgé de 65 ans et plus.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit en vertu de la loi provinciale sur l'hospitalisation et être admissible aux paiements en vertu de cette loi;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24; et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale; ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.



Conseil pratique

Avantage Bleu® offre des rabais aux assurés de Croix Bleue pour les soins médicaux et les soins de la vue, et pour de nombreux autres produits et services offerts par des fournisseurs participants à travers le Canada.

Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Soins aux malades chroniques : Les soins aux malades chroniques dont la condition nécessite des soins médicaux.

Ces soins doivent être prodigués dans un établissement public qui offre les soins aux malades chroniques qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Les unités de soins aux malades chroniques excluent les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées ou centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Hospitalisation

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique.

Soins aux malades chroniques : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une unité de Soins aux malades chroniques sur la recommandation et l'autorisation écrite d'un médecin.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Fournitures et services médicaux

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés, en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Exclusion : les frais pour les services d'un aide-soignant, les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux activités de la vie quotidienne.



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins infirmiers, vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue en appelant le numéro sans frais indiqué sur votre carte d'identification Croix Bleue.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence; et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une recommandation médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent contrat);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital; et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical : Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- lit d'hôpital manuel ou électrique*, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, percuteur, pompe à succion, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et respirateur;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

*Les frais admissibles pour un lit d'hôpital électrique sont limités au coût du lit d'hôpital manuel.

L'achat d'équipement médical nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, l'équipement médical est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de cet équipement. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement semblable est limité à une fois par période de 5 années civiles.

Deux pièces d'équipement sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration, assurer la mobilité ou distribuer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air.

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien et de collets cervicaux.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Les frais admissibles pour les membres myoélectriques sont limités au coût d'un membre artificiel standard;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins ou des fournitures, demandez à votre professionnel de la santé s'il fait partie des fournisseurs approuvés par Croix Bleue, pour ainsi vous éviter des dépenses inattendues.



Conseil pratique

Vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue avant l'achat d'équipement médical ou de prothèses pour éviter la surprise de devoir déboursier un montant important.

- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années civiles; et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ à vie.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine); et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Appareils pour personnes diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, un système de dosage de l'insuline, ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Les pompes à insuline sont admissibles dans la catégorie Équipement médical.

Les fournitures pour personnes diabétiques sont admissibles dans la Garantie Médicaments.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives (incluant les piles) lorsque prescrites par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exclusion : les frais pour les examens de l'audition.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure :

Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes et de chaussures profondes.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la couverture des chaussures orthopédiques ou des orthèses plantaires, visitez notre site Internet.
www.cbmedavie.ca/misesajourgaranties

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :

- analyses de laboratoire; et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique* :
 - échographies; et
 - électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM), jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile.

*Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré en interdit le remboursement.

Tests pharmacogénétiques : Les frais pour l'analyse de la constitution génétique d'un assuré afin de déterminer comment il réagira à certains médicaments prescrits ou comment il métabolisera ces médicaments. L'analyse doit être fournie par un laboratoire approuvé par Croix Bleue.

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année civile;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, si approuvées par un orthophoniste qualifié et autorisées par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année civile; et
- verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 1 lentille par œil à vie. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices.

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine, si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place; et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur;
- débuter dans les 12 mois suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période; et
- avoir été reçu dans les 12 mois suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.



Conseil pratique

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Soins de la vue

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un fournisseur approuvé pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un fournisseur approuvé :

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs;
- les lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte; et
- la chirurgie oculaire au laser.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

Le remboursement des frais admissibles est calculé de la façon suivante :

- Étape 1. Croix Bleue applique tout maximum usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante. Les frais admissibles correspondent au moindre entre le coût réel et les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante pour le service ou la fourniture;
- Étape 2. Croix Bleue soustrait la franchise (s'il y a lieu);
- Étape 3. le pourcentage de remboursement s'applique au restant des frais admissibles;
- Étape 4. le résultat est le montant payable par Croix Bleue, sous réserve de tout maximum applicable.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;

- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais spécifiquement mentionnés comme un frais admissible en vertu du présent contrat), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- o) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue. Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

Exception : Lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps :

- dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où le traitement est rendu, ou
- dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime,

chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 60 % du montant indiqué dans le guide des tarifs pour le service fourni;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure.



Conseil pratique

Croix Bleue paie jusqu'à concurrence du montant figurant dans le guide des tarifs indiqué dans le Sommaire des garanties.

Avant de commencer votre traitement, demandez à votre dentiste s'il base ses tarifs sur le guide des tarifs de sa province.



Conseil pratique

Vous êtes responsable de payer tous les frais excédant le guide des tarifs figurant dans le Sommaire des garanties. Il est important d'en tenir compte, car cela peut influencer directement ce que vous déboursez de votre poche.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 36 mois consécutifs;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par année civile.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète et pellicule panoramique, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 36 mois consécutifs;
- Intra-orales :
 - périapicales;
 - occlusales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année civile; et
 - interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par 9 mois consécutifs;
- Sialographies; et
- Substances radio-opaques.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- Culture microbiologique;
- Biopsie des tissus buccaux mous;
- Biopsie des tissus buccaux durs; et
- Examen cytologique.

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents;
- Traitement au fluorure;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité par 9 mois consécutifs;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement);
- Détartrage; et
- Appareils de maintien (pour les assurés de moins de 18 ans seulement).

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate; et
- Coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents devitalisées seulement); et
- Apexification.



Conseil pratique

Lorsqu'un traitement dentaire est requis à la suite d'un accident, il devient admissible dans les frais de soins de santé complémentaires, plutôt que dans la présente garantie.



Conseil pratique

Détartrage désigne l'enlèvement de la plaque, du calcul et des taches sur les dents.



Conseil pratique

Restaurations (plombage) désignent le matériel dentaire utilisé pour restaurer la fonction et l'intégrité d'une dent.



Conseil pratique

Endodontie désigne les soins relatifs aux traitements de canal et aux tissus entourant la racine des dents.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontale;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 8 unités par 12 mois consécutifs;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile; et
- Autres services parodontaux complémentaires.



Conseil pratique

Parodontie désigne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de gencive.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 2 années civiles; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- Ablation de dents et de racines;
- Exposition et déplacement chirurgicaux de dents;
- Incision, ablation et drainage de tumeurs ou de kystes;
- Frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- Ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- Soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie;
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspidés; et
- Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (ceci exclut les restaurations préfabriquées).

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années civiles.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Corps coulé;
- Pivot préfabriqué;
- Recimentation d'incrustation ou de couronne; et
- Ablation d'incrustation ou de couronne.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 60 mois consécutifs;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 60 mois consécutifs;
- Restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles, si spécifié dans le Sommaire des garanties; et
- Fabrication et pose initiales d'une prothèse dentaire fixe ou d'un pont, si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie.

Soins orthodontiques

Frais engagés pour les services suivants :

- Examens orthodontiques;
- Modèles de diagnostic orthodontiques non montés;
- Appareils amovibles pour repositionner les dents;
- Appareils fixes ou cimentés (appareils orthodontiques);
- Appareils de contrôle des habitudes buccales;
- Appareils de rétention; et
- Traitement complet majeur.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré. Ce dernier doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé; ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 600 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 600 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.



Conseil pratique

Prothèses dentaires désignent le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le maintien des fonctions, du confort, de l'apparence et de la santé buccale, pour les patients aux prises avec des conditions associées à des dents manquantes ou déficientes.



Conseil pratique

Soins orthodontiques désignent le traitement pour la correction des malpositions dentaires et des déformations maxillaires.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent contrat, le cas échéant;
- l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspidés sont utilisés à cette fin;
- m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) facettes;
- o) implants et services qui y sont reliés;
- p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
- q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Garantie Voyage

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation soudaine et inattendue qui nécessite un traitement médical immédiat suite à :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours d'un voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant un voyage, mais qui ne fait pas l'objet d'un plan de traitement établi.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.

Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;

- les remboursements pour la présente garantie sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime (lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, comme il est mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).



Conseil pratique

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez.

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant ou d'un scooter, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement. Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

Garantie Médico-hospitalière d'urgence et Patients dirigés hors Canada : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré doit faire parvenir sa preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 15 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis;
ou
- f) les dépenses ont été engagées en raison :
 - i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement; ou
 - v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës;
ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- f) tous frais reliés à toute condition préexistante, telle que définie ci-dessous.

Une condition préexistante est une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Objet de la garantie

CGS est administré par Croix Bleue au nom du preneur, qui assume l'entière responsabilité légale et financière pour la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Personne à charge de l'ARC : Conformément à la définition de l'Agence de revenu du Canada (ARC), un membre de votre famille qui dépend financièrement de vous, tels que vos parents, vos grands-parents ou vos petits-enfants.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais médicaux admissibles selon les lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada. Les frais médicaux admissibles comprennent les franchises, les quotes-parts, les montants excédant le maximum des garanties, ainsi que les frais qui ne sont pas couverts par tout autre régime applicable : régime collectif, régime individuel, régime gouvernemental de soins de santé ou tout régime privé.

Crédits du CGS

En vertu d'un CGS, vous avez accès à un montant prédéterminé de crédits alloués au CGS au début de chaque année CGS indiquée dans le Sommaire des garanties. Ces crédits représentent la valeur allouée au CGS par le preneur et le montant peut être remboursé par Croix Bleue au nom du preneur.

Les crédits du CGS vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

Les crédits non utilisés du CGS ne peuvent en aucun cas être versés en espèces.

L'allocation de crédits du CGS peut changer seulement dans le cas d'un événement de vie ou d'un changement de statut d'employé.

Advenant la fin du CGS d'un adhérent, le preneur peut ajuster les crédits alloués au CGS pour cette année. Le preneur doit aviser rapidement Croix Bleue du montant de crédits ajusté.

Si l'adhérent dont le CGS a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de la fin du CGS, elles peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGS a pris fin, telle qu'indiquée dans le Sommaire des garanties.

Versement de la prestation

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne le type d'administration du régime qui s'applique à l'assuré en vertu du présent contrat.



Conseil pratique

Vous devez d'abord soumettre les frais médicaux admissibles à tout autre régime de santé. Le montant non remboursé peut être traité par votre régime CGS.



Conseil pratique

Vous pouvez consulter votre solde créditeur à partir de l'application Medavie Mobile ou sur notre site Web au www.medavie.croixbleue.ca.

Type de CGS

Report des crédits

Avec ce type, les crédits non utilisés sont reportés à l'année du CGS suivante.

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais médicaux admissibles engagés dans la même année du CGS que celle pour laquelle les crédits ont été alloués. Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante et ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés seront perdus.

Pour le traitement des demandes de règlement, les crédits reportés de l'année du CGS précédente sont utilisés en premier, avant les crédits alloués pour l'année du CGS en cours.

Les demandes de règlement doivent être soumises au cours de l'année du CGS pendant laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué dans le Sommaire des garanties.

Exclusions et restrictions

Aucun prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) des frais engagés par les adhérents ou les personnes à charge de l'ARC avant la date de prise d'effet de la présente garantie ou après la date de fin du CGS, conformément au présent contrat;
- b) les médicaments en vente libre, tels que les vitamines, les minéraux et les remèdes à base de plantes, qu'il est possible de se procurer sans une prescription de la part d'un professionnel de la santé; ou
- c) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont facultatifs.

Principaux frais admissibles			
Soins auxiliaires (requièrent une attestation de la nécessité par un médecin)	<ul style="list-style-type: none"> Services offerts à la maison, dans une résidence pour personnes âgées, une maison de santé ou un foyer de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> Les frais engagés pour les services suivants sont inclus : <ul style="list-style-type: none"> Préposés aux soins Infirmier autorisé 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de relève Préparation des repas Entretien ménager Services de buanderie
Soins dentaires (excluant le blanchiment des dents et les facettes à des fins esthétiques)	<ul style="list-style-type: none"> Services de diagnostic (radiographies) Prothèses dentaires Orthodontie 	<ul style="list-style-type: none"> Soins préventifs, tels que : <ul style="list-style-type: none"> Examens de rappel Polissage Application de fluorure 	
Services de diagnostic*	<ul style="list-style-type: none"> Analyses de laboratoire, tests radiologiques et tomographies à des fins de diagnostic 		
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments nécessitant une ordonnance ou fournis par un pharmacien, un médecin ou un professionnel de la santé* 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments de fertilité Vaccins contre la grippe Insuline* Extrait de foie (injection)* 	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments pour cesser de fumer* Vaccins Injections de vitamine B12*
Soins en établissement (excluant la location de télévision et les frais de téléphone)	<ul style="list-style-type: none"> Maison de convalescence Hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Maison de santé Établissement psychiatrique Centre de désintoxication 	
Appareils et services médicaux*	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs (requis en raison d'un malaise, d'une maladie ou d'un trouble chronique grave) Membres artificiels ou prothèses oculaires Frais de transfusion sanguine Prothèses mammaires Implants cochléaires Béquilles Fournitures pour diabétiques 	<ul style="list-style-type: none"> Instruments électroniques de guérison osseuse Synthétiseurs électroniques de la parole Appareils auditifs Moniteurs cardiaques Aiguilles et seringues Fournitures pour personnes stomisées Équipement pour l'administration d'oxygène Honoraires de médecin 	<ul style="list-style-type: none"> Prothèses Réparations des appareils admissibles au CGS Appareils respiratoires Triporteurs Bandages herniaires Aides à la marche Fauteuils roulants (excluant les accessoires)
Services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Acupuncteur Thérapeute du sport Audiologiste Podologue/Podiatre Chiropraticien Hygiéniste dentaire Dentiste 	<ul style="list-style-type: none"> Diététiste Homéopathe Massothérapeute** Naturopathe Ergothérapeute Ostéopathe Préposé aux soins* 	<ul style="list-style-type: none"> Physiothérapeute Psychiatre Psychologue Infirmier autorisé Travailleur social Orthophoniste
Services de transport pour des raisons médicales	<ul style="list-style-type: none"> Services ambulanciers Frais liés à une greffe de moelle osseuse (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas 	<ul style="list-style-type: none"> Frais de transport et de repas, lorsque le transport du patient est requis (et pour un accompagnateur, si nécessaire) 	<ul style="list-style-type: none"> Frais liés aux dons d'organe (patient et donneur), tels que les frais de transport et de repas
Divers	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes de santé et de soins dentaires (assurance privée) 	<ul style="list-style-type: none"> Rénovation domiciliaire ou transformation d'un véhicule, en raison d'une invalidité 	<ul style="list-style-type: none"> Frais divers liés à un chien-guide pour aveugle
Thérapie (réhabilitation)	<ul style="list-style-type: none"> Lecture labiale 	<ul style="list-style-type: none"> Langage gestuel 	
Soins de la vue	<ul style="list-style-type: none"> Verres de contact Examens de la vue 	<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie oculaire au laser 	<ul style="list-style-type: none"> Verres de prescription et montures

*Ordonnance ou recommandation du médecin requise

**Pour les massages thérapeutiques seulement

Principaux frais non admissibles			
Frais d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> Frais d'adoption 		
Traitements esthétiques (visant strictement l'amélioration de l'apparence)	<ul style="list-style-type: none"> Augmentations Injections de botox Liposuction 	<ul style="list-style-type: none"> Traitements et produits de remplacement des cheveux (ex. prothèses et rallonges capillaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Épilation au laser Enlèvement de tatouage Blanchiment des dents
Produits cosmétiques et d'hygiène	<ul style="list-style-type: none"> Solutions pour verres de contact Lotions et crèmes 	<ul style="list-style-type: none"> Maquillage Écran solaire 	<ul style="list-style-type: none"> Dentifrice
Suppléments diététiques	<ul style="list-style-type: none"> Aliments (sauf en cas d'alimentation entérale) 	<ul style="list-style-type: none"> Minéraux et suppléments 	<ul style="list-style-type: none"> Substituts de repas
Massothérapie non thérapeutique	Telle que :	<ul style="list-style-type: none"> Massage aromathérapique 	<ul style="list-style-type: none"> Enveloppements corporels
Frais pour les rendez-vous manqués	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour les rendez-vous manqués 		
Programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> Frais pour un programme de perte de poids 		
Appareils électroménagers	<ul style="list-style-type: none"> Climatiseurs Purificateurs d'air 	<ul style="list-style-type: none"> Déshumidificateurs Ventilateurs 	<ul style="list-style-type: none"> Humidificateurs (sauf si requis pour les machines CPAP)
Spas et saunas	<ul style="list-style-type: none"> Spas 	<ul style="list-style-type: none"> Saunas 	
Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire	<ul style="list-style-type: none"> Primes versées pour des régimes d'assurance vie et d'assurance salaire 		
Médicaments en vente libre	Tels que : <ul style="list-style-type: none"> Régulateur d'acidité Médicaments contre les allergies 	<ul style="list-style-type: none"> Produits contre la toux et le rhume Crèmes et lotions Aides à la digestion 	<ul style="list-style-type: none"> Remèdes à base de plantes Analgésiques Auxiliaires antibagiques Vitamines
Système d'assistance en cas d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Services d'alerte médicale 	<ul style="list-style-type: none"> Services d'assistance santé 	
Chaussures	<ul style="list-style-type: none"> Ordinaires 	<ul style="list-style-type: none"> Pour le sport 	
Équipement sportif	<ul style="list-style-type: none"> Tapis roulants 		

Compte Gestion mieux-être (CGM)

Objet de la garantie

Le compte Gestion mieux-être (CGM) est administré par Croix Bleue au nom du preneur qui assume l'entière responsabilité légale et financière de la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais qui répondent aux critères de frais admissibles mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Les dépenses ci-dessous sont mentionnées à titre d'exemples et ne constituent pas une liste exhaustive. Croix Bleue se réserve le droit de rembourser des frais non mentionnés dans cette brochure, à condition que ces frais appartiennent à l'une des catégories suivantes.

Soutien à la santé et au mieux-être

Conseils nutritionnels : Les frais reliés aux conseils nutritionnels pour les troubles alimentaires et la gestion du poids, y compris les cours, les ateliers et les séminaires.

Gestion du stress : Les frais de consultation en gestion du stress, y compris les cours, les ateliers et les séminaires.

Auxiliaires antitabagiques : Les frais reliés aux produits vendus sans ordonnance pour cesser de fumer, tels que la gomme à mâcher, les timbres et les pastilles, ainsi que les frais reliés à l'hypnothérapie, aux programmes de soutien, aux cours, aux ateliers et aux séminaires.

Exclusion : l'achat de cigarettes électroniques.

Gestion du poids : Les frais pour :

- les programmes de gestion du poids, y compris les frais d'inscription, les planificateurs journaliers et les guides alimentaires;
- la chirurgie de perte de poids, y compris la pose d'un anneau gastrique et le pontage gastrique;
- l'hypnothérapie; et
- l'irrigation du côlon et les trousseaux d'irrigation du côlon.

Évaluation de la santé : Les frais reliés aux évaluations de l'état de santé effectuées en ligne ou dans le cadre d'un atelier.

Cours prénataux : Les frais reliés aux services d'une doula, aux cours prénataux, aux services de consultation pour la gestion de la naissance, aux cours, aux ateliers et aux séminaires.

Exclusions : les frais pour la location de piscines d'accouchement et les services post-partum, tels que les consultations pour le traumatisme relié à l'accouchement.

Aides à domicile ou personnelles : Les frais pour l'équipement médical suivant :

- fauteuils basculeurs;
- triporteurs et quadriporteurs pour les problèmes de mobilité;
- aides au transfert, telles que les côtés de lit et les barres de transfert;
- dispositifs d'élévation, tels que les ascenseurs, les fauteuils monte-escaliers, les ascenseurs de bain et les lève-personne;
- rampes d'accès; et
- services et produits d'alerte médicale, y compris les frais d'adhésion, les boutons d'aide personnels, les transmetteurs et les bracelets.

Médecines alternatives

Thérapie pour l'esprit et le corps : Les frais reliés aux professionnels de la santé pour les services suivants : herboristerie, homéopathie, thérapie du sport, pratique de la médecine traditionnelle chinoise, thérapie en Shiatsu, hypnothérapie, méditation, électrothérapie, réflexologie, retraites de thérapie pour l'esprit et le corps, centres de renouveau et de traitement des dépendances.

Activités et équipement de sport et de conditionnement physique

Frais rattachés au conditionnement physique et aux sports : Les frais d'adhésion et de visite ponctuelle aux centres de conditionnement physique, les frais d'adhésion à une ligue ou à une équipe sportive, ainsi que les frais pour pratiquer le golf, pour participer à un marathon, à un triathlon ou à une autre course, et les frais de remonte-pente et de casier pour le ski.

Séances de conditionnement physique ou de sport avec instructeur : Les frais pour les séances ou les cliniques de conditionnement physique et de sport, telles que la danse, la natation, la gymnastique, les murs d'escalade, le yoga, les arts martiaux, le golf, le tennis, le hockey et le ski.

Entraîneur personnel : Les frais pour les services d'un entraîneur personnel certifié en conditionnement physique.

Équipement de conditionnement physique et de sport : Les frais d'achat ou de location de l'équipement suivant :

appareils d'exercice stationnaire, y compris les tapis roulants, les exerciseurs elliptiques, les machines à ramer et les appareils de poids et haltères;
équipement relié au conditionnement physique, y compris les vélos, les patins à roues alignées, les trampolines, les poids et haltères, les tapis de yoga et les ballons et les bandes d'exercice;
équipement de sport et de protection, y compris les bâtons de hockey et de golf, les raquettes, les balles, les casques, les protèges-genoux/coudes et lunettes de protection;
articles conçus pour une activité sportive en particulier, y compris les sacs de transport d'équipement, les gants et les chaussures (y compris les crampons);
chaussures d'activité, et
embarcations aquatiques à propulsion humaine, y compris le canot ou le kayak.

Exclusion : les vêtements de sport.

Croissance personnelle

Développement personnel : les frais pour :

l'inscription à des cours d'intérêt personnel, y compris les cours d'art, de photographie, de poterie, de musique, de cuisine, de langue, de théâtre, de conduite automobile et de secourisme, ainsi que les fournitures nécessaires;
un examen et l'achat de livres pour les cours d'intérêt personnel; et
des conseils financiers et juridiques, y compris les frais de préparation des impôts et de consultation juridique.

Soins familiaux

Services de soins pour enfants : Les frais de service de soins pour enfants, y compris la garderie, les services de bonnes d'enfants et les services de garde avant et après l'école.

Exclusions : les frais pour les sorties éducatives, les services de tutorat et les fournitures scolaires.

Services de soins pour aînés : Les frais de service de soins pour aînés, tels que les travailleurs de maintien à domicile, les frais pour les programmes de jour, les frais d'aide à la vie autonome, les frais de transport et de maintien à domicile.

Compte Gestion mieux-être (CGM)

Soins pour animaux de compagnie: Les frais pour les services de vétérinaire, d'hébergement dans un chenil et de garde de jour, de cours d'obéissance, de service de promenade de chien et de toilettage.

Services d'entretien domestique: Les frais pour les services de nettoyage, d'aménagement paysager et d'entretien de la pelouse, de déneigement et de déménagement.

Matériel de sécurité : Les frais pour les détecteurs de fumée, les détecteurs de monoxyde de carbone, les accessoires de sécurité pour bébé, les systèmes de sécurité résidentielle, les défibrillateurs externes automatisés et les pneus.

Activités et loisirs

Frais pour activités de loisir et équipement : Les dépenses reliées aux frais et à l'équipement pour la pratique d'activités, telles que le camping, la chasse et la pêche, ainsi que les frais d'accès aux parcs thématiques éducatifs, aux centres pour les sciences et les frais pour l'équipement de survie.

L'achat ou la location d'armes à feu ou de munitions, de billets de cinéma, de pièces de théâtre, de concerts ou d'événements sportifs sont exclus.

Fournitures pour jardinage : Les frais pour les outils de jardinage, les semences et les plantes.

Suppléments nutritionnels et substituts de repas

Suppléments nutritionnels et médicaments en vente libre : Les frais pour les vitamines, les minéraux, les extraits, les herbes, les huiles et les médicaments en vente libre.

Produits nutritifs : Les frais d'achat de boissons ou de boissons fouettées nutritives, de poudres de protéines et de barres énergétiques.

Autres frais médicaux admissibles

Frais médicaux de soins de santé et de soins dentaires : Les frais médicaux de soins de santé et de soins dentaires couverts en partie ou non en vertu d'un régime de soins de santé ou de soins dentaires existant ou d'un Compte gestion santé (le cas échéant).

Primes d'assurance

Assurance vie, assurance maladies graves et autres types d'assurance : Les primes d'assurance vie, d'assurance invalidité et d'assurance maladies graves, ainsi que les primes d'assurance pour animaux de compagnie et d'assurance soins de longue durée.

Vivre vert

Produits et services verts : Les frais pour les produits et services qui encouragent un environnement sain et durable, y compris les rénovations qui favorisent l'efficacité énergétique du domicile, les composteurs, les bacs de recyclage, les laissez-passer pour le transport en commun ou l'adhésion à un programme de partage de véhicules ou de vélos.

Productivité

Appareils et services informatiques personnels : Les frais relatifs aux ordinateurs personnels et aux accessoires nécessaires pour travailler à domicile, y compris les ordinateurs de bureau, les ordinateurs portables, les moniteurs et les frais d'entretien et de réparation.

Exclusion : les consoles de jeu



Conseil pratique

Vous devez d'abord soumettre les frais médicaux admissibles à tout autre régime de santé, y compris votre Compte gestion santé, s'il y a lieu. Tout montant non remboursé peut être admissible à un remboursement en vertu de

Frais d'utilisation d'internet : Les services internet et frais d'utilisation de données.

Accessoire informatiques et équipements de bureau : Les frais pour les imprimantes, les numériseurs, les solutions de réseau, les logiciels de productivité, les câbles, les cordons d'alimentation, les clés USB et les systèmes téléphoniques.

Exclusions : les logiciels et accessoires de jeu.

Stockage et organisation : Les frais d'organisation du stockage et les fournitures de bureau, y compris les boîtes à dossiers, les chemises à dossiers, les porte-documents, les organisateurs de tiroirs, les destructeurs de papier, les stylos, les trombones, les agendas et les tableaux blancs.

Mobilier et accessoires de bureau à domicile : Les frais pour les bureaux et les postes de travail, les chaises de bureau, les tapis de chaise, les tapis de bureau, les classeurs, les étagères et l'éclairage.

Crédits CGM

Le preneur prédéterminera la somme des crédits alloués au CGM au début de chaque année contractuelle dans le Sommaire des garanties. Les crédits représentent la valeur monétaire allouée par le preneur du CGM et le montant qui peut être remboursé par Croix Bleue au nom du preneur.

Les crédits CGM seront versés à la fréquence d'allocation des crédits mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Les crédits CGM non utilisés ne peuvent en aucun cas être versés en espèces.

L'allocation des crédits CGM ne peut changer que s'il y a un changement lié au statut de l'emploi.

Advenant la fin du CGM de l'adhérent, le preneur peut ajuster les crédits alloués au CGM pour cette année. Le preneur doit rapidement aviser Croix Bleue du montant de crédits ajusté.

Si l'adhérent dont le CGM a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de fin du CGM, elles peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGM a pris fin, comme il est indiqué dans le Sommaire des garanties. Ces demandes seront payées à même les crédits restants.

Versement de la prestation

Comment s'effectue le remboursement

Les frais admissibles en vertu du CGM ne seront remboursés que sur demande. L'adhérent paiera au moment de l'achat, et soumettra ensuite une demande de règlement en vertu du CGM à Croix Bleue avec la preuve d'achat. Lorsque demandé par l'adhérent, les crédits CGM seront ensuite utilisés pour payer la demande de règlement.



Conseil pratique

Les prestations versées en vertu de votre CGM sont considérées comme des avantages imposables.

Type de CGM

Report des crédits

Avec ce type, les crédits non utilisés sont reportés à l'année contractuelle suivante.

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais admissibles engagés la même année contractuelle que celle pour laquelle les crédits ont été alloués. Les crédits non utilisés seront reportés à l'année contractuelle suivante. Les crédits non utilisés ne peuvent pas être reportés pour plus d'une année contractuelle. À la fin de l'année contractuelle, les crédits reportés de l'année contractuelle précédente et non utilisés seront perdus.

Pour le traitement des demandes de règlement, les crédits reportés de l'année contractuelle précédente sont utilisés en premier, avant les crédits alloués pour l'année contractuelle en cours.

Les demandes de règlement doivent être soumises au cours l'année contractuelle pendant laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué dans le Sommaire des garanties.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) des frais engagés par les adhérents avant la date de prise d'effet de la présente garantie ou après la date de fin du CGM, conformément au présent contrat;
- b) les dépenses pour des services qui ont déjà été remboursés par tout autre régime de soins de santé privé ou tout régime de soins de santé gouvernemental;
- c) les armes à feu et les munitions;
- d) l'alcool, les drogues récréatives et l'attirail;
- e) les cartes de crédit prépayées, les cartes-cadeaux et les paiements effectués à l'aide de points ou de cartes de récompenses;
- f) les dons de charité;
- g) les services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- h) l'achat de livres, de revues ou d'autres documents, sous forme imprimée ou électronique ou toute autre forme de média;
- i) les frais de service de diffusion en et les frais d'abonnement;
- j) l'équipement ou les fournitures d'occasion;
- k) l'achat de nourriture, y compris les repas dans le cadre de programmes de perte de poids, sauf si l'achat figure parmi les frais couverts dans la présente garantie;
- l) toute dépense exclue spécifiquement des catégories de frais admissibles en vertu du CGM.

Quelles sont mes responsabilités en vertu du contrat?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir à votre employeur un formulaire d'adhésion rempli et signé, contenant également les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires. Vous devez remplir le formulaire d'adhésion au régime collectif dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture.

Pour s'assurer que l'information sur votre couverture individuelle ou familiale est tenue à jour, il est important que vous avisiez votre employeur de tout changement dans les 31 jours suivant le changement. Les changements qui doivent être rapportés à Croix Bleue comprennent :

- ajout ou retrait d'une personne à charge;
- mise à jour du statut d'une personne à charge étudiante;
- changement de votre état civil;
- changement de bénéficiaire;
- adhésion aux garanties à l'égard desquelles vous étiez exempté auparavant.

Désignation de votre bénéficiaire

Sauf stipulation relative au bénéficiaire, toutes les prestations vous sont payables.

Prestations de décès

Lors de votre décès, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui que vous avez désigné sur votre demande d'adhésion à la couverture collective. Vous pouvez changer le bénéficiaire en soumettant une demande signée à Croix Bleue.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part qui doit être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si votre bénéficiaire décède avant vous, vous devez désigner un autre bénéficiaire.

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à votre succession.



Conseil pratique

Il est primordial de tenir à jour votre désignation de bénéficiaire.

Lorsqu'un montant est versé à votre succession, cet argent peut être sujet aux droits des créanciers et aux droits de succession.

Toutefois lorsqu'un bénéficiaire est désigné, cette personne reçoit l'entière prestation non imposée, peu importe les dettes contractées par le défunt.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire disponible auprès de votre employeur ou sur notre site Internet.

Fournir une preuve de sinistre

Vous devez soumettre vos demandes de règlement à l'intérieur des limites de temps applicables. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires et que vous vous fassiez examiner par un médecin ou un professionnel de la santé, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

Vous êtes responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

À la résiliation du contrat collectif, les demandes de règlement doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour la Garantie Invalidité de longue durée, **dans les 6 mois** suivant le début de l'invalidité ou pendant la période allouée par la législation provinciale, si cette période est plus longue;
- pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent contrat collectif; ou
- pour toutes les autres garanties, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du contrat.

Recouvrement d'indemnités d'une tierce partie (subrogation)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte reliée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue est en droit d'acquérir vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

La fraude en matière de protection-santé est la soumission intentionnelle de renseignements qui sont faux et trompeurs aux fins de gains financiers.

Qu'elle soit commise à petite ou grande échelle, la fraude peut entraîner des pertes financières importantes pour le régime et, par le fait même, entraîner une hausse de primes et une protection moindre. Croix Bleue s'engage à protéger l'intégrité de ses programmes pour ses preneurs de contrat et ses adhérents en surveillant les activités abusives ou frauduleuses et en prenant des mesures efficaces pour résoudre ces dernières.

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent à un régime collectif, vous pouvez aider à éliminer la fraude envers votre régime :

- Conservez en lieu sûr votre carte d'identification, votre numéro de contrat, votre numéro d'adhérent et les informations s'y rattachant;
- Examinez attentivement vos reçus de produits et de services pour vous assurer :
 - que vous comprenez les frais facturés; et
 - que les frais correspondent aux services reçus.

Conseil pratique

Votre preuve de sinistre doit être soumise en anglais ou en français. Si la preuve de sinistre initiale est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous êtes responsable de tous les frais reliés à la traduction de cette preuve.

Conseil pratique

Le coût de la fraude en matière de protection santé au Canada est estimé à entre 2 et 12 milliards de dollars annuellement.

Si les frais apparaissant sur votre reçu ne vous semblent pas clairs, demandez au fournisseur de vous les expliquer.

- Examinez attentivement votre relevé d'explication des garanties pour repérer toute divergence entre les services reçus et les services réclamés.
- Ne signez jamais un formulaire de demande de règlement non rempli.
- De temps en temps, nous envoyons un questionnaire de vérification aux adhérents pour fins de confirmation des traitements et des autres informations s'y rattachant. Si vous recevez l'un de ces questionnaires, veuillez le remplir et le retourner rapidement. Ces questionnaires sont essentiels à nos efforts pour dissuader la fraude.

Quels sont mes droits en vertu du contrat?

Protection des renseignements personnels

Dans le cadre de son administration des régimes, Croix Bleue recueille et conserve des renseignements personnels sur ses assurés et leurs personnes à charge.

Assurer la confidentialité des informations de nos assurés est au cœur de notre vision d'entreprise. Notre personnel prend très au sérieux nos politiques sur la protection de la vie privée, ainsi que la marche à suivre pour assurer la confidentialité.

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Il peut s'agir par exemple du nom, de l'âge, du numéro d'identification, du revenu, des données d'emploi, de l'état civil, du statut des personnes à charge, des dossiers médicaux et de renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels sont nécessaires pour permettre à Croix Bleue de traiter votre demande d'adhésion en vertu des différentes garanties du régime. Ils sont utilisés aux fins de vous fournir les services précisés dans le contrat collectif, de comprendre vos besoins ou de vous recommander des produits et services adéquats, ainsi qu'à des fins administratives.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, il nous sera peut-être nécessaire de fournir certains renseignements personnels aux entités suivantes, de façon confidentielle, afin de vous fournir les services prévus dans le régime :

- d'autres Croix Bleue au Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des spécialistes de la santé, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou à un service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tierces parties, de façon confidentielle, lorsque nécessaire afin d'administrer vos garanties;
- le titulaire principal de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.



Conseil pratique

Si vous soupçonnez une fraude en matière de protection santé, veuillez en aviser Croix Bleue en utilisant l'une des méthodes confidentielles suivantes :

Numéro sans frais :
1-877-412-8809

fraude@croixbleue.
medavie.ca

www.medavie.croixbleue.li
gneconfidentielle.com



Conseil pratique

Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Internet.

En devenant un assuré de Croix Bleue ou en remplissant une demande de règlement, vous acceptez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée.

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, vous avez le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit à Croix Bleue dans les 30 jours suivant la date de l'avis de refus.

Le délai alloué pour toute poursuite, en vertu du contrat collectif, débute à la date du refus initial écrit de Croix Bleue et se prolonge jusqu'à la date d'expiration établie par la législation provinciale applicable.

Chaque procédure ou demande en justice contre Croix Bleue, pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du contrat, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi de l'assurance ou toute autre loi applicable.

Copie du contrat collectif

Lorsque permis par la loi, vous avez le droit de demander une copie du contrat collectif, une copie de votre demande d'adhésion et de tout avis écrit ou de tout autre dossier fournis à Croix Bleue comme preuve d'assurabilité.

Les droits de Croix Bleue en vertu du contrat

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier des demandes de règlement d'un assuré.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré;
- tout montant versé à l'assuré à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations; ou
- toute somme payée à l'assuré et constituant un trop-perçu.

Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures de l'assuré, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Croix Bleue peut, sans donner un avis préalable, suspendre ou terminer le droit à des prestations d'un assuré, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue engage des poursuites criminelles ou prend des sanctions disciplinaires contre l'assuré.

Croix Bleue a également le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement pour tout service ou fourniture prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.



Conseil pratique

Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers détenus par Croix Bleue ou par ses fournisseurs approuvés.

Comment soumettre une demande de règlement

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous);
- à l'un de nos bureaux Paiement express®;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie ou invalidité auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments, les soins dentaires et pour votre compte gestion santé et compte gestion mieux-être (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.
Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.
- **Paiement express®**
Paiement express est un service unique offert par Croix Bleue. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les soins dentaires, les médicaments et les soins de santé complémentaires. Vous serez immédiatement informé de la décision.
En fait, Paiement express vous offre l'occasion de discuter du traitement de votre demande de règlement, de la coordination des prestations, de la subrogation et d'autres détails de votre régime collectif. Vous rencontrerez en personne un représentant qualifié du Service à la clientèle qui pourra répondre à vos questions.
Pour localiser le bureau de Croix Bleue ou de Paiement express le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.
- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche.



Conseil pratique

Plutôt que de recevoir un chèque par la poste, vous pouvez être remboursé directement dans votre compte bancaire en vous inscrivant au dépôt direct. C'est rapide et pratique. Visitez notre site Internet pour vous y inscrire.

Comment soumettre une demande de règlement

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie ou invalidité** à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demandes au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification;**
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **www.cbmedavie.ca**.



Conseil pratique

Pour des raisons de sécurité, le site des adhérents est réservé à votre usage personnel. Vos personnes à charge et les autres membres de votre famille n'y ont pas accès.



Conseil pratique

Veillez prendre en note votre mot de passe pour consultation ultérieure.

Coordonnées de Croix Bleue

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Provinces du Canada atlantique : 1-800-667-4511

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

National : 1-888-873-9200

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à contact@medavie.croixbleue.ca, ou visiter notre site Internet au www.cbmedavie.ca.

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)

Ma Bonne Santé^{MD}

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Visitez cbmedavie.mabonnesante.ca et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.



Conseil pratique

Ayez en main votre numéro de contrat collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.



ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

ÉTENDUE DE L'ASSURANCE

L'assurance décès ou mutilation accidentels de base de Chubb du Canada Compagnie d'assurance offre une assurance accident 24 heures sur 24, partout dans le monde.

ADMISSIBILITÉ

Vous êtes automatiquement couvert par le programme si vous êtes un employé salarié et non-syndiqué d'ERCO.

INDEMNITÉS

Vous êtes automatiquement couvert pour un capital assuré de trois (3) fois le salaire, arrondi au 1 000 \$ supérieur, sujet à un maximum de 1 300 000 \$.

Votre capital assuré est doublé si l'accident survient lorsque vous êtes :

- 1) voyager en tant que passager à l'intérieur, en entrant, en sortant ou en conduisant un moyen de transport terrestre ou maritime, sauf lors de la conduite d'un moyen de transport de location ;
- 2) voyager en tant que passager à l'intérieur, en entrant ou en sortant d'un aéronef civil qui est exploité par un pilote dûment certifié et qui possède un certificat de navigabilité sans restriction en cours d'une autorité gouvernementale compétente ;
- 3) monter en tant que passager à l'intérieur, en entrant ou en sortant de tout moyen de transport exploité par un service de transport militaire ; ou
- 4) dans un bâtiment public en cas d'incendie.

Salaire fait référence à votre salaire de base annuel au moment de l'accident, excluant les commissions, le temps supplémentaire et les paiements incitatifs.

Les indemnités suivantes sont prévues si la perte survient à la suite d'un accident dans l'année suivant la date de l'accident:

- **Décès ou mutilation accidentels, perte de l'usage accidentelle, paralysie**

<u>Pour perte accidentelle :</u>	<u>% du capital assuré</u>
de la vie	100 %
des deux bras ou des deux jambes	200 %*
de la parole et de l'ouïe	100 %
des deux mains, des deux pieds ou de la vision de deux yeux, ou toute combinaison de deux des pertes suivantes : d'une main, d'un pied ou de la vision d'un œil	100 %
d'un bras ou d'une jambe	80 %
d'un main, d'un pied ou de la vision d'un œil	75 %
de la parole ou de l'ouïe	75 %
du pouce et de l'index de la même main	33 %

de l'ouïe d'une oreille	33 %
de tous les orteils du même pied	25 %

Pour perte de l'usage accidentelle :

des deux bras ou des deux jambes ou d'une combinaison d'un bras et d'une jambe	200 %*
des deux mains ou des deux pieds ou d'une combinaison d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	80 %
d'une main ou d'un pied	75 %
du pouce et de l'index de la même main	33 %

Paralysie :

quadriplégie	200 %*
paraplégie	200 %*
hémiparésie	200 %*

*maximum de 1 500 000 \$

• **Lésion cérébrale**

Cette indemnité paiera 100 % du capital assuré pour lésion cérébrale, si une blessure corporelle accidentelle entraîne une lésion cérébrale. Le montant d'indemnité pour lésion cérébrale sera versé si :

- 1) la lésion cérébrale survient et est diagnostiquée par un médecin dans les 30 jours suivant l'accident;
- 2) vous êtes à l'hôpital ou dans un autre établissement de soins de santé afin de recevoir les traitements médicalement nécessaires associés à la lésion cérébrale, prescrits et supervisés par un médecin, dans les 30 jours suivant l'accident;
- 3) la lésion cérébrale persiste pendant 12 mois consécutifs; et
- 4) un médecin détermine que la lésion cérébrale est permanente, complète et irréversible à la fin des 12 mois consécutifs.

Si vous mourez dans les 365 jours suivant l'accident, un montant forfaitaire égal au capital assuré, moins tout montant d'indemnité pour lésion cérébrale déjà versé.

• **Coma**

Cette indemnité paiera 1 % du capital assuré par mois si, une blessure corporelle accidentelle, vous entraîne à :

- 1) entrer dans un coma dans les 30 jours suivant l'accident;
- 2) demeurer dans le coma durant une période de 30 jours consécutifs; et
- 3) être confiné dans un hôpital ou un autre établissement de soins de santé afin de recevoir un traitement médicalement nécessaire associé à un coma, prescrit et supervisé par un médecin, dans les premiers 30 jours suivant l'accident.

Le montant d'indemnité pour coma est payable mensuellement jusqu'à 100% du capital assuré.

Les brèves sorties du coma ne seront pas considérées comme une interruption de la période de 30 jours et n'entraîneront pas une suspension de nos versements, si les sorties et les récurrences du coma sont attribuables au même accident.

Le versement mensuel de la prestation pour coma cesse à la première des éventualités suivantes :

- 1) la date de votre décès;
- 2) la date où vous cessez d'être dans le coma; ou
- 3) le moment où le total des versements aura atteint 100% du capital assuré.

Advenant le décès de la personne assurée dans les 365 jours suivant l'accident, nous verserons alors un montant forfaitaire égal au capital assuré de la personne assurée, moins tout montant d'indemnité déjà versé pour coma.

• **Incapacité totale permanente**

Si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous êtes atteinte d'une incapacité totale permanente, nous paierons le montant d'indemnité indiqué. L'indemnité pour incapacité totale permanente fait l'objet d'un délai de carence de 365 jours.

La garantie incapacité totale permanente ne s'applique pas aux personnes âgées de 70 ans ou plus.

Incapacité totale permanente s'entend d'une incapacité totale :

- 1) qui se prolonge sans interruption pendant le délai de carence, et par sa suite; et
- 2) qu'il est raisonnablement prévisible, selon l'avis d'un médecin que nous avons approuvé, qu'elle se prolonge sans interruption et sans espérance de rétablissement partiel ou total et ce, jusqu'à la fin de vos jours.

Incapacité totale s'entend d'une blessure corporelle accidentelle qui directement et indépendamment de toute autre cause :

- 1) vous empêche d'accomplir toutes les fonctions essentielles et pertinentes reliées à une profession rémunérée pour laquelle vous êtes qualifiée ou pourrait être qualifiée en raison de votre niveau de scolarité, votre formation, votre expérience ou vos compétences;
- 2) entraîne un état pathologique qui, de l'avis d'un médecin que nous avons approuvé, est continu et d'une durée indéfinie; et
- 3) nécessite les soins continus d'un médecin, à moins que vous ayez atteint votre point de guérison maximal.

Indemnisation maximale en cas de sinistres multiples et d'indemnités multiples

Si vous êtes habilités à recevoir de multiples montants d'indemnité en raison d'un même accident, le montant maximum que nous verserons alors pour toutes les indemnités n'excédera pas le capital assuré, sauf en cas de perte des deux bras ou des deux jambes, perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes ou d'une combinaison d'un bras et d'une jambe, de quadriplégie, de paraplégie et d'hémiplégie. En aucun cas, le montant d'indemnité maximum payable n'excédera 200 % du capital assuré.

MODALITÉS ET CONDITIONS

Définitions

« Perte de la parole » s'entend de la perte totale, permanente et irréversible, de la capacité de parler sans le recours à une aide ou à des appareils mécaniques; « perte de l'ouïe » s'entend de la surdité totale, permanente et irréversible, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels pour chaque oreille qui ne peut être corrigée au moyen de toute aide ou de tout appareil; « perte de la vue d'un œil » s'entend de la perte permanente de la vision, la vision restante ne doit pas être supérieure à 20/200 malgré le recours à une aide ou à un appareil correcteur.

« Perte d'une main » s'entend de l'amputation complète d'une main d'au moins quatre (4) doigts de la même main à la première phalange ou plus haut ou d'au moins trois (3) doigts et du pouce de la même main; « perte d'un pied » s'entend de l'amputation complète d'un pied à la cheville ou plus haut; « perte d'un bras » s'entend de l'amputation complète d'un bras à partir ou au-dessus du coude; « perte d'une jambe » s'entend de l'amputation complète d'une jambe à partir ou au-dessus du genou; « perte du pouce et de l'index » s'entend de l'amputation complète, à la première phalange ou plus haut, du pouce et de l'index de la même main; « perte des orteils » s'entend de l'amputation complète de tous les orteils d'un même pied. Nous considérons qu'il y a une amputation même si la partie du corps spécifiée est regreffée par la suite. Si la greffe échoue et qu'une amputation devient nécessaire, nous ne verserons alors aucun montant d'indemnité additionnel pour cette amputation.

« Paralysie » s'entend de la perte totale et irréversible de toute fonction motrice et de tout usage pratique d'un bras ou d'une jambe, qui dure plus de 365 jours.

« Perte de l'usage » s'entend de l'incapacité totale et permanente d'utiliser la partie du corps spécifiée.

Exposition aux éléments et Disparition

Si vous êtes introuvable un (1) an après la disparition, l'échouement, le naufrage ou le déraillement de tout véhicule transporteur à bord duquel vous étiez couverte à titre d'occupant au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres modalités et conditions de la police, que vous avez subi une perte de la vie couverte aux termes de la police.

Accident comprend l'exposition inévitable aux éléments.

Bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire. Toutes les désignations de bénéficiaire doivent être :

- 1) effectuées par écrit;
- 2) consignées dans les dossiers de l'administrateur; et
- 3) transmises à la compagnie d'assurance au moment de la réclamation ou à tout autre moment où ils peuvent le demander.

Sauf tel qu'il est précisé ci-dessus, vous, et personne d'autre, à moins qu'il y ait cession irrévocable, avez le droit de changer de bénéficiaire. Vous n'avez pas à demander le consentement de qui que ce soit pour ce faire. Toutes les désignations et changements de bénéficiaire doivent être :

- 1) effectuées par écrit;
- 2) consignées dans les dossiers de l'administrateur; et

- 3) transmises à la compagnie d'assurance au moment de la réclamation ou à tout autre moment où ils peuvent le demander.

Le montant d'indemnité en cas de perte de la vie couverte sera versé au bénéficiaire désigné par vous.

Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire ou s'il n'y a pas de bénéficiaire vivant au moment de votre décès, la compagnie d'assurance paiera le montant d'indemnité pour perte de la vie à la première partie survivante dans l'ordre suivant :

- 1) à votre conjoint;
- 2) en parts égales à vos enfants survivants;
- 3) en parts égales à vos parents survivants;
- 4) en parts égales à vos frères et sœurs survivants;
- 5) à votre succession.

GARANTIES ADDITIONNELLES

- **Brûlure**

Cette d'indemnité paiera jusqu'à 10 % du capital assuré pour brûlures si une blessure corporelle accidentelle vous entraîne à subir des brûlures. Le montant d'indemnité pour brûlures est déterminé en multipliant le pourcentage de la surface réellement brûlée du corps par le montant d'indemnité maximum pour brûlures. Le médecin traitant déterminera le pourcentage applicable à chaque brûlure.

- **Frais de garde d'enfants**

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'enfants jusqu'à 5 000 \$ par année pour chaque enfant à charge admissible si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte. La présente garantie s'applique uniquement si vous avez un ou des enfants à charge de moins de 13 ans à l'égard desquels des frais de garde d'enfants sont engagés dans les 365 jours suivant votre perte de la vie couverte.

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'enfants à l'égard de chaque enfant à charge admissible. Cependant, le paiement total n'excédera pas 25 000 \$ quel que soit le nombre d'enfants à charge pour lequel le versement est effectué.

Les frais de garde d'enfants sont payables à la personne physique qui a engagé de tels frais pour l'enfant à charge.

- **Frais d'études**

Cette indemnité remboursera les frais d'études jusqu'à 7 500 \$ par année pour chaque enfant à charge admissible si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte. La présente garantie s'applique uniquement si vous avez un ou des enfants à charge au moment de la perte de la vie couverte:

- 1) qui sont inscrits comme étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur à la date de votre perte de la vie couverte; ou
- 2) qui s'inscrivent ultérieurement comme étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur dans les deux (2) ans suivant la date de votre perte de la vie couverte; et
- 3) qui doivent engager des frais d'études.

Cette indemnité remboursera les frais de garde d'études à l'égard de chaque enfant à charge admissible. Cependant, le montant annuel total des paiements effectués pour chaque enfant à charge n'excédera pas 7 500 \$. La durée du versement de l'indemnité pour les frais d'études se limite à quatre (4) années consécutives pour chaque enfant à charge. En aucun cas le total versement n'excédera 50 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais d'études est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Frais de voyage familiaux**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 \$ pour les coûts réels engagés par un membre de la famille immédiate à des fins d'hébergement temporaire, de transport et de repas pour le trajet aller et retour lors des visites avec vous si, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle qui a entraîné le sinistre :

- 1) vous êtes confinés dans un hôpital situé à au moins cinquante kilomètres (50 km) de votre lieu de résidence habituel; et
- 2) le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate pour des soins personnels.

Le montant d'indemnité pour frais de voyage familiaux est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Frais funéraires**

Cette indemnité remboursera les frais funéraires jusqu'à 5 000 \$ si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte.

Le montant d'indemnité pour frais funéraires est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Maison adaptée ou véhicule adapté**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 \$ pour maison adaptée et jusqu'à 15 000 \$ pour véhicule adapté si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous engagiez des frais pour une maison adaptée ou un véhicule adapté. Les dépenses relatives à une maison adaptée ou un véhicule adapté doivent être engagées dans les trois (3) ans suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour maison adaptée ou véhicule adapté est payable si :

- 1) un médecin atteste que la maison adaptée ou le véhicule adapté est nécessaire afin d'accueillir votre incapacité physique;
- 2) les travaux relatifs à la maison adaptée ou au véhicule adapté sont effectués par des personnes compétentes dans la réalisation de tels travaux;
- 3) la maison adaptée ou le véhicule adapté est conforme à toute loi ou exigence visant l'approbation par l'autorité gouvernementale compétente à l'endroit où les services sont rendus; et
- 4) les coûts relatifs à la maison adaptée ou au véhicule adapté n'excèdent pas le niveau habituel de frais engagés pour des modifications ou aménagements semblables à l'endroit où les frais sont engagés.

Le montant d'indemnité pour maison adaptée et pour véhicule adapté est payable à la personne physique qui a engagé de telles dépenses.

En aucun cas, le total des versements pour maison adaptée et pour véhicule adapté n'excédera 15 000 \$.

- **Soins à domicile**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 5 000 \$ si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous soyez confinée à résidence après un séjour à l'hôpital d'au moins (15) jours. Les dépenses faisant l'objet du montant d'indemnité pour soins à domicile doivent être engagées dans les (18) mois suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour soins à domicile est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les soins à domicile. Il réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime et paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité. En aucun cas la compagnie d'assurance ne versera plus que 5 000 \$.

Aucun montant d'indemnité pour soins à domicile ne sera versé si :

- 1) le traitement est éducationnel, expérimental ou de simple investigation, ou s'il ne constitue pas une pratique médicale acceptée; ou
- 2) les services sont rendus par un membre de la famille immédiate.

- **Frais d'identification**

Cette indemnité remboursera jusqu'à 15 000 \$ pour les frais raisonnables de transport et d'hébergement qui sont engagés par un membre de la famille immédiate si une blessure corporelle accidentelle entraîne votre perte de la vie couverte, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle et :

- 1) que la présence d'un membre de la famille immédiate est requise par les autorités policières ou un pouvoir public analogue ; et
- 2) que la perte de la vie est subite à plus de cent cinquante kilomètres (150 km) de votre lieu de résidence habituelle.

Le montant d'indemnité pour frais d'identification est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Hospitalisation**

Cette d'indemnité paiera 100 \$ par jour après un délai de carence de 3 jours pour chaque jour d'hospitalisation, si à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous subissez un sinistre couvert qui entraîne votre hospitalisation. Le montant d'indemnité pour hospitalisation sera versé jusqu'à concurrence de 30 jours.

Le versement du montant d'indemnité en cas d'hospitalisation cesse à la première des éventualités suivantes :

- 1) votre décès;
- 2) la fin de votre hospitalisation; ou
- 3) l'expiration du 30 jours.

Si vous obtenez votre congé de l'hôpital et que, en raison du même accident, vous êtes de nouveau hospitalisée dans les trois (3) jours suivant votre congé, les exigences relatives au délai de carence sont réputées être satisfaites et les versements de l'indemnité en cas d'hospitalisation reprennent. Cependant, en aucun cas, le total de nos versements pour l'hospitalisation n'excédera 30 jours.

- **Soins d'un parent**

Cette indemnité paiera jusqu'à 5 000 \$ en part égale à chacun de vos parents à charge qui reçoit de vous un soutien financier et des soins (comme en témoignent les déclarations d'impôt canadien sur le revenu déclarant qu'un tel parent est un parent à charge) jusqu'à concurrence de 20 000 \$ si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui entraîne une perte de la vie couverte.

- **Frais de psychothérapie**

Cette indemnité remboursera les frais raisonnables et courants jusqu'à 5 000 \$ pour une consultation médicalement nécessaire donnée par un médecin pour un trouble mental ou un désordre nerveux, que ce soit un traitement ambulatoire ou non, dans un hôpital ou un autre établissement de santé autorisé à fournir un tel traitement si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous subissez un sinistre couvert qui, de l'avis d'un médecin, rend nécessaire une psychothérapie pour :

- 1) vous ; ou
- 2) pour votre personne à charge.

Le montant d'indemnité pour frais de psychothérapie est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les frais de psychothérapie et réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime. La compagnie d'assurance paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité, mais en aucun cas ne versera plus que 5 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais de psychothérapie est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Les paiements du montant d'indemnité pour frais de psychothérapie cessent à la première des éventualités suivantes :

- 1) le moment où 5 000 \$ a été versée; ou
- 2) la fin d'une période de deux (2) ans après la date du sinistre couvert.

- **Frais de réadaptation**

Si, à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, vous subissez un sinistre couvert :

- 1) qui vous empêche de remplir les fonctions de votre profession habituelle; et
- 2) qui, de l'avis d'un médecin, rend nécessaire votre participation à un programme de réadaptation,

cette indemnité remboursera les frais raisonnables et courants jusqu'à 15 000 \$ pour le traitement, autre qu'une psychothérapie, destiné à vous préparer à exercer toute profession rémunérée, y compris votre profession habituelle :

- 1) donné par un thérapeute diplômé, dûment inscrit ou habilité à cette fin; ou
- 2) donné dans un hôpital ou dans un autre établissement autorisé à cette fin.

La réadaptation doit se faire sous la direction d'un médecin.

Le montant d'indemnité pour frais de réadaptation est payable sur une base excédentaire. La compagnie d'assurance déterminera le montant payable pour les frais de réadaptation et réduira ce montant de tout autre montant déjà payé ou payable par tout autre régime. La compagnie d'assurance paiera la somme restante à titre de montant d'indemnité, mais en aucun cas ne versera plus 15 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais de réadaptation est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Les paiements du montant d'indemnité pour frais de réadaptation cessent à la première des éventualités suivantes :

- 1) le moment où 15 000 \$ a été versée; ou
- 2) la fin d'une période de trois (3) ans après la date de la blessure corporelle accidentelle.

- **Frais de rapatriement**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 15 000 \$ pour les coûts réels de la préparation du défunt pour l'enterrement ou la crémation et l'envoi du corps à votre lieu de résidence habituelle si, en deçà d'une (1) année de la blessure corporelle accidentelle, vous subissez une perte de la vie couverte à plus de cinquante kilomètres (50 km) de votre lieu de résidence habituelle.

Le montant d'indemnité pour frais de rapatriement est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Ceinture de sécurité et dispositif de protection des occupants**

Cette indemnité paiera 10 % du capital assuré si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui entraîne une perte de la vie couverte, et que vous conduisez une voiture de tourisme ou prenez place à bord d'une telle voiture, et que vous portez une ceinture de sécurité. La ceinture de sécurité doit avoir été bouclée convenablement et utilisée conformément aux recommandations de son fabricant.

Cette indemnité aussi paiera 10 % du capital assuré si vous subissez une blessure corporelle accidentelle, telle que décrite ci-dessus, et que vous vous trouvez dans un siège protégé par un dispositif de protection des occupants convenablement utilisé. Dispositif de protection des occupants s'entend soit du coussin gonflable, qui se gonfle afin de protéger la tête et la région thoracique, soit de tout autre équipement de protection individuelle autre que la ceinture de sécurité. Le montant d'indemnité pour dispositif de protection des occupants ne sera versé que si le montant d'indemnité pour ceinture de sécurité est payé.

Le port effectif de la ceinture de sécurité au moment de l'accident et le bon fonctionnement du dispositif de protection des occupants doivent être attestés dans le rapport officiel dudit accident ou être certifié, par écrit, par le policier enquêteur.

En aucun cas, un montant d'indemnité pour ceinture de sécurité n'est versé si la personne assurée conduisait un véhicule engagé dans une course ou un concours de tout genre ou voyageait à bord d'un véhicule utilisé à une telle fin.

En aucun cas, le total des versements relatifs au montant d'indemnité pour ceinture de sécurité et au montant d'indemnité pour dispositif de protection des occupants n'excédera 20 % du capital assuré.

- **Frais de formation professionnelle du conjoint**

Si vous subissez une blessure corporelle accidentelle qui entraîne votre perte de la vie couverte, cette indemnité remboursera les dépenses réellement engagées par votre conjoint relativement aux droits de scolarité, aux frais de pension, au coût des livres et fournitures scolaires requis facturés par un établissement d'enseignement supérieur, dans le but d'obtenir des compétences nécessaires à l'exercice d'un emploi ou de se recycler à cette fin.

La présente garantie s'applique uniquement si votre conjoint survivant engage des frais de formation professionnelle dans les trois (3) années suivant la date de votre perte de la vie couverte. En aucun cas le total versement n'excédera 15 000 \$.

Le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle du conjoint est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

- **Frais de formation professionnelle**

Si vous subissez un sinistre couvert en raison d'une blessure corporelle accidentelle, cette indemnité remboursera les dépenses réellement engagées relativement aux droits de scolarité, aux frais de pension, au coût des livres et fournitures scolaires requis facturés par un établissement d'enseignement supérieur pour la formation visant à vous préparer au travail dans toute profession rémunérée.

Le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle est payable à la personne physique qui a engagé de tels frais.

Nous verserons le montant d'indemnité pour frais de formation professionnelle jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- 1) le moment où 15 000 \$ a été versée; ou
- 2) la fin d'une période de trois (3) ans après la date de la blessure corporelle accidentelle.

- **Modifications/Adaptations au lieu de travail**

Cette indemnité remboursera les frais jusqu'à 5 000 \$ pour modifications/adaptations au lieu de travail si une blessure corporelle accidentelle entraîne un sinistre couvert nécessitant que vous engagiez des frais pour les modifications/adaptations au lieu de travail. Les dépenses relatives aux modifications/adaptations au lieu de travail doivent être engagées dans les trois (3) ans suivant la blessure corporelle accidentelle. Le montant d'indemnité pour modifications/adaptations au lieu de travail est payable si :

- 1) un médecin atteste que les modifications/adaptations au lieu de travail sont nécessaire afin d'accueillir votre incapacité physique;
- 2) les travaux relatifs aux modifications/adaptations au lieu de travail sont effectués par des personnes compétentes dans la réalisation de tels travaux;

- 3) les modifications/adaptations au lieu de travail adapté est conforme à toute loi ou exigence visant l'approbation par l'autorité gouvernementale compétente à l'endroit où les services sont rendus; et
- 4) les coûts relatifs aux modifications/adaptations au lieu de travail n'excèdent pas le niveau habituel de frais engagés pour des modifications ou aménagements semblables à l'endroit où les frais sont engagés.

Le montant d'indemnité pour modifications/adaptations au lieu de travail est payable à la personne physique qui a engagé de telles dépenses.

En aucun cas, le total des versements pour modifications/adaptations au lieu de travail n'excédera 5 000 \$.

CESSATION DE L'ASSURANCE

Votre assurance expire automatiquement à la première des dates suivantes :

- 1) la date d'expiration de la police;
- 2) l'expiration de la période pour laquelle votre prime requise a été payée;
- 3) la date à laquelle vous ne satisfaites plus les critères d'admissibilité.

En ce qui concerne les employés actifs, à la date d'expiration, votre assurance peut être prolongée, selon la politique d'emploi de votre employeur, de la manière suivante :

- 1) si vous êtes temporairement licenciée, alors l'assurance pourrait se prolonger durant toute la période de mise à pied temporaire, jusqu'à un maximum de 365 jours suivant la date à laquelle commence le licenciement;
- 2) si vous êtes en congé autorisé, alors l'assurance pourrait se prolonger durant toute la période du congé autorisé, jusqu'à un maximum de 365 jours suivant la date à laquelle commence le congé;
- 3) si vous êtes absente de votre travail en raison d'une absence autorisée pour raison familiale ou médicale, alors l'assurance pourrait se prolonger pendant toute la période de l'absence, jusqu'à un maximum de 365 jours après la date à laquelle une telle absence débute, à moins qu'une période plus longue ne soit convenue.

La prolongation de l'assurance est sous réserve du paiement de la prime.

Droit de transformation

Dans le cas où votre assurance sur la police cesse pour une raison autre que la résiliation de la police, vous êtes admissible à acheter une police d'assurance accident individuelle.

Afin de transformer cette assurance en une police d'assurance accident individuelle, vous devez soumettre à nous, ou à notre représentant autorisé :

- 1) une proposition écrite complète ; et
- 2) la prime requis

pour la police d'assurance accident individuelle dans les trente et un (31) jours après la cessation de votre assurance.

La police d'assurance accident individuelle :

- 1) sera émise sans avoir à fournir une preuve d'assurabilité;
- 2) fournira l'assurance uniquement pour la perte de la vie et de mutilation comparable, mais non supérieur à l'assurance résilié;
- 3) ne paiera pas pour la même perte pour laquelle des indemnités ont déjà été versées en vertu de la police;
- 4) fournira un montant d'indemnité qui sera égale à votre montant d'indemnité selon la police, jusqu'à concurrence du montant d'indemnité maximum de 250 000 \$; et
- 5) sera soumis aux modalités et conditions de la police individuelle.

Renonciation à la prime

Nous renoncerons la prime exigible et continuerons l'assurance en vertu de la police si vous êtes approuvé pour l'exonération des primes en vertu de la police assurance-vie. Cette renonciation à la prime prend fin à la première des éventualités suivantes: a) la date à laquelle vous cessez d'être approuvé pour l'exonération des primes en vertu de la police assurance-vie; b) la date à laquelle la police prend fin; ou c) votre décès.

EXCLUSIONS

Il existe certaines situations que nous ne couvrons pas dans notre police, notamment les suivantes :

Aéronef propre, aéronef affrété ou aéronef mis en service

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé se trouve à bord, monte à bord ou descend d'un aéronef propre, loué ou mis en service par le titulaire de la police ou au nom du titulaire de la police; ou mis en service par un employé du titulaire de la police ou au nom du titulaire de la police.

Pilote ou membre de l'équipage d'un aéronef

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé voyage à titre de passager à bord d'un aéronef, qu'il y monte ou en descend, alors qu'il exerce des fonctions de pilote ou de membre de l'équipage, ou qu'il reçoit une formation dans ce sens.

Maladie

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à un choc émotionnel, un trouble mental ou physique, une maladie, une grossesse, un accouchement ou une fausse couche, une infection virale ou bactérienne, ou une déficience corporelle attribuable à la défaillance cardiaque ou circulatoire de l'employé, ou des traitements médicaux ou chirurgicaux qui en suivent. La présente exclusion ne s'applique pas à l'infection bactérienne causée par un accident ou par la consommation accidentelle d'une substance contaminée par une bactérie.

Incarcération

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à toute circonstance alors que l'employé est incarcéré après sa condamnation.

Service dans les forces armées

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au fait que l'employé participe à une action militaire alors qu'il est en service militaire actif dans les forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale établie. Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas les

premiers soixante (60) jours consécutifs d'un service militaire actif dans les forces armées de tout pays ou de toute autorité internationale établie.

Suicide ou blessure volontaire

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, au suicide ou à la tentative de suicide de l'employé ou à une blessure volontaire qu'il s'inflige intentionnellement.

Sanctions commerciales

- Un sinistre lorsque le gouvernement du Canada impose toute sanction commerciale ou économique interdisant l'assurance pour tout accident, blessure corporelle accidentelle ou sinistre; ou d'autres lois existent interdisant de procurer une assurance pour tout accident, blessure corporelle accidentelle ou sinistre.

Guerre

- Un sinistre imputable, directement ou indirectement, à une guerre déclarée ou non. La guerre, qu'elle soit déclarée ou non, n'inclut pas les actes de terrorisme.

Les renseignements contenus dans le présent document constituent un résumé des principales caractéristiques du régime, qui est soumis aux dispositions du contrat d'assurance établi par Chubb du Canada Compagnie d'assurance en vertu de la police 9907-47-49.