

Régime collectif



**FIDUCIAIRES DU RÉGIME DE
BIEN-ÊTRE DE LA SECTION
LOCALE 7 DE IUBAC**

**Briqueteurs * Tailleurs de pierres
Tailleurs de marbres * Carreleurs
Poseurs de terrazzo**

La Great-West est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Great-West travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Great-West en ligne

Vous trouverez des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services, l'information aux investisseurs, les communiqués et les personnes-ressources à joindre sur le site Web de la Great-West au www.lagreatwest.com.

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre la Section locale 7, mais la **police collective n° 31702** établie par la Great-West en demeure le document officiel. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi.

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime a été établi par



et préparé par



Lee-Power & Associates
616, rue Cooper
Ottawa (Ontario) K1R 5J2
Téléphone : (613) 236-9007

30-05-12

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West et chez Lee-Power & Associates, nous reconnaissons et nous respectons le droit des personnes au respect de leur vie privée. Lorsque vous demandez une protection ou des prestations aux termes du régime collectif, nous ouvrons tous les deux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous relativement à votre protection aux termes du régime.

Nous nous servons tous les deux de ces renseignements pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de votre demande de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Nous limitons l'accès aux informations consignées à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West et de Lee-Power & Associates ou aux personnes autorisées par un de nous deux qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi.

La Great-West et Lee-Power & Associates peuvent l'un l'autre s'échanger des renseignements personnels ou peuvent échanger des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, les autres compagnies d'assurance et de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West ou Lee-Power & Associates lorsque ces renseignements sont nécessaires pour gérer le régime collectif.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que la Great-West et Lee-Power & Associates partagent entre eux des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Les renseignements personnels contenus dans votre dossier seront conservés dans les bureaux de la Great-West et les bureaux de Lee-Power & Associates ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par l'un ou l'autre. Vous pouvez demander d'examiner ou de rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit à la Great-West à l'adresse suivante :

Vérification de la conformité, Collective
La Great-West, compagnie d'assurance-vie
C.P. 6000
Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5

Toute demande d'examen ou de rectification de votre dossier chez Lee-Power & Associates doit être présentée par écrit et envoyée à :

Lee-Power & Associates
À l'attention du responsable de la protection
des renseignements personnels
616, rue Cooper
Ottawa (Ontario) K1R 5J2

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Barème des prestations	1
Modification du montant de l'assurance et des prestations	2
Admissibilité	3
Définition de personne à charge	4
Assurance-vie - membres	5
Assurance-vie - personnes à charge	5
Assurance mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)	6
Garantie soins médicaux supplémentaires	10
Garantie soins dentaires	13
Garantie soins oculaires	16
Les services d'optique PVS	17
Coordination des prestations	18
Restrictions générales	18
Prolongation du versement des prestations de maladie - personnes à charge	20
Comment faire une demande de règlement	21
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Service Best Doctors ^{MD})	22

BARÈME DES PRESTATIONS

POLICE COLLECTIVE N° 31702

MEMBRES

Assurance-vie

Membres actifs	30 000 \$
Membres retraités	10 000 \$
Conjoint	5 000 \$
Chaque enfant	2 000 \$

Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers - (capital assuré)

Membres actifs	40 000 \$
Membres retraités	aucun

MEMBRES ET PERSONNES À CHARGE

Garantie soins médicaux supplémentaires

Règlement proportionnel	
- membres actifs	90 %
- membres retraités	80 %
Montant maximum pour soins infirmiers donnés hors du milieu hospitalier	7 500 \$ par année civile
Montant maximum - soins paramédicaux (membres actifs et membres retraités)	
- Psychologues	50 \$ par consultation 10 consultations par année civile
- Tous les autres	40 \$ par consultation 20 consultations par année civile

À noter : Aucune prestation n'est payable aux termes du présent régime, relativement aux soins donnés par un praticien paramédical, avant le versement de l'indemnité maximum prévue aux termes du régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province, lorsque ces soins sont couverts en partie par le régime provincial.

Montant maximum pour appareils auditifs	750 \$ par période de 5 ans
Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité

Garantie soins dentaires

Règlement proportionnel	
Soins ordinaires	
- membres actifs	100 %
- membres retraités	80 %
Soins extraordinaires	50 %
Soins orthodontiques	50 %
Montant maximum – soins ordinaires	2 000 \$ par année civile
Montant maximum – soins extraordinaires	2 000 \$ par année civile
Montant maximum - soins orthodontiques (par série complète de soins)	2 000 \$

Garantie soins oculaires

Règlement proportionnel	100 %
Montant maximum pour lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie oculaire au laser	500 \$ par période de 24 mois
Lentilles cornéennes nécessaires dans des cas particuliers	250 \$ pendant toute la durée de la protection
Montant maximum pour examens de la vue (examens non couverts par le régime provincial d'assurance-maladie)	100 \$ par période de 24 mois
Rééducation visuelle et thérapie corrective	250 \$ pendant toute la durée de la protection

« Membre actif » désigne toute personne qui travaille et qui a autorisé le prélèvement de cotisations en son nom.

« Membre retraité » désigne toute personne qui reçoit une rente aux termes du régime de retraite de la section locale 7.

MODIFICATION DU MONTANT DE L'ASSURANCE ET DES PRESTATIONS

Toute modification du montant de l'assurance ou des prestations par suite d'une révision apportée au régime ou d'un changement d'âge, de classe d'assurés, d'échelon salarial ou de situation de famille, etc., prend effet à la date de la modification.

Dans le cas d'une augmentation du montant des garanties ou des prestations, la modification prend effet immédiatement si vous êtes alors en activité de service. Si vous êtes absent du travail à la date à laquelle l'augmentation aurait pris effet, la modification n'entre en vigueur qu'à la date de votre retour au travail. De même, toute augmentation du montant des garanties ou des prestations concernant une personne à charge qui se trouve hospitalisée à la date à laquelle l'augmentation aurait pris effet n'entre en vigueur qu'à la date de sa sortie de l'hôpital. Dans tous les cas, le remboursement des frais engagés pour des soins ou fournitures obtenus antérieurement à la date d'effet d'une augmentation du montant des garanties ou des prestations se fait toujours conformément aux conditions de la police en vigueur avant la date de modification.

ADMISSIBILITÉ

Date d'admissibilité

Vous et les personnes à votre charge êtes admissibles au régime le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous avez accumulé 360 heures de travail.

En plus d'avoir accumulé le nombre d'heures requis, vous devez être au travail ou être en disponibilité à la date à laquelle vous êtes admissible à l'assurance pour la première fois, sinon votre assurance n'entre en vigueur que le jour suivant la date à laquelle vous retournez au travail ou êtes disponible et avez suffisamment d'heures à votre crédit.

Régime fondé sur l'accumulation d'heures

Lorsque vous avez accumulé 360 heures et que vous participez au régime, on retranche de votre total d'heures 110 heures par mois afin que votre assurance soit maintenue en vigueur. Toutes les heures en supplément du nombre d'heures requis pour maintenir votre assurance en vigueur s'accumulent en réserve, jusqu'à concurrence de 1320 heures (soit 12 mois d'assurance). Lorsque vous avez une réserve de 1320 heures, les heures en supplément s'ajoutent au fonds collectif durant le mois en question.

Expiration de l'assurance

L'assurance du membre et de ses personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date d'expiration de la police;
- 2) le premier jour du mois suivant la date à laquelle le membre compte moins de 110 heures à son crédit;
- 3) la date à laquelle il ne fait plus partie du syndicat; ou
- 4) la date à laquelle le gestionnaire n'est plus partie à la convention collective.

À l'expiration de l'assurance, les garanties peuvent être prolongées. Le gestionnaire vous fournira les détails à ce sujet.

Acquittement des primes par l'assuré

Si l'assuré est en chômage et qu'il n'a pas une réserve minimale de 110 heures, il peut maintenir sa protection en vigueur en versant directement au fonds le montant des primes exigées, et ce pendant une période maximale de 12 mois.

Remise en vigueur de la protection

Le membre dont la protection prend fin parce qu'il n'a pas 110 heures à son crédit et qui n'a pas maintenu sa protection en vigueur en payant directement les primes peut obtenir une remise en vigueur de son assurance s'il accumule 240 heures de travail au cours d'une période de douze mois consécutifs. L'assurance prend alors effet le premier jour du mois qui suit la date à laquelle un total de 240 heures est accumulé, à condition que le membre soit au travail ou soit en disponibilité à la date de son admissibilité.

DÉFINITION DE PERSONNE À CHARGE

Par « personne à charge » on entend les personnes définies ci-dessous.

- Votre conjoint (légitime ou de fait).
- Vos enfants célibataires et les enfants célibataires de votre conjoint qui sont âgés :
 - de moins de 21 ans, ou
 - de 21 ans ou plus, s'ils fréquentent l'université ou tout autre établissement d'enseignement similaire à plein temps.

À noter :

Aux fins de l'assurance-maladie, « personne à charge » s'entend également de vos enfants célibataires ou des enfants célibataires de votre conjoint âgés de 21 ans ou plus qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental et qui étaient assurés aux termes du présent régime la veille de leur 21^e anniversaire.

L'assurance-vie des personnes à charge couvre tout enfant dès l'âge de 15 jours.

Tout enfant célibataire de votre conjoint est considéré comme une personne à charge uniquement dans les cas suivants :

- lorsque l'enfant est aussi votre enfant, ou
- lorsque votre conjoint habite avec vous et a la garde de l'enfant.

Le régime ne couvre pas :

- tout enfant qui travaille plus de 30 heures par semaine, à moins qu'il ne soit étudiant à plein temps, ou
- toute personne (conjoint ou enfant) qui est domiciliée ailleurs qu'aux États-Unis ou au Canada.

Vous ne pouvez être assuré à titre de personne à charge si vous êtes déjà couvert aux termes du régime à titre de salarié.

ASSURANCE-VIE - MEMBRES

- À votre décès, le montant de votre assurance-vie collective ira à votre bénéficiaire. (Voir le **Barème des prestations** au début du livret pour en connaître le montant.)
- Si vous devenez invalide et si cette invalidité dure au moins six mois, votre assurance-vie restera en vigueur sans autre paiement de prime de votre part. Vous devrez après ces six mois présenter les formules requises de demande de règlement à la Great-West. Il se peut que vous ayez à présenter chaque année une preuve de la persistance de votre invalidité.

Si vous n'avez pas droit à l'exonération des primes, votre assurance-vie restera en vigueur moyennant le versement des primes exigibles, jusqu'à la première à survenir des éventualités suivantes :

- 1) la date à laquelle le gestionnaire met fin à votre assurance; ou
 - 2) la date d'expiration normale de votre assurance indiquée à la partie intitulée Expiration de l'assurance.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec le gestionnaire du régime pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE-VIE - PERSONNES À CHARGE

- En cas de décès d'une personne à votre charge, la Great-West vous verserait la somme assurée prévue sur la tête de cette personne. (Voir le **Barème des prestations** au début du livret pour en connaître le montant.)
- Si l'assurance de votre conjoint prend fin, il ou elle peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous ou votre conjoint doit présenter la demande de police individuelle et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Communiquez avec le gestionnaire du régime pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS (MMA)

Si vous subissez l'un des sinistres énumérés ci-dessous à la suite d'un accident survenu en cours de garantie, la Great-West versera jusqu'à concurrence de deux fois le capital assuré. Les prestations ne sont payables que si la perte survient dans les 365 jours suivant l'accident et si, dans le cas de perte de l'usage, celle-ci dure de façon continue pendant au moins 365 jours. Si vous subissez plusieurs pertes à un même membre à la suite d'un même accident, les prestations sont payables uniquement pour la perte offrant le montant payable le plus élevé.

Le capital assuré est le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident. En cas de paraplégie, d'hémiplégie ou de quadriplégie, le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres couverts attribuables à un même accident correspond à deux fois le capital assuré.

En cas de perte :	Montant à recevoir :
--------------------------	-----------------------------

de la vie	capital assuré
des deux mains ou des deux pieds	capital assuré
de la vision des deux yeux	capital assuré
d'une main et d'un pied	capital assuré
d'une main et de la vision d'un oeil	capital assuré
d'un pied et de la vision d'un oeil	capital assuré
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	capital assuré
d'un bras ou d'une jambe	3/4 du capital assuré
d'une main ou d'un pied ou de la vision d'un oeil	1/2 du capital assuré
de la parole	1/2 du capital assuré
de l'ouïe des deux oreilles	1/2 du capital assuré
du pouce et de l'index ou d'au moins 4 doigts de la main	1/4 du capital assuré
de tous les orteils d'un pied	1/8 du capital assuré

En cas de perte de l'usage :

des deux bras et des deux jambes (quadriplégie)	2 X le capital assuré
des deux jambes (paraplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe du même côté du corps (hémiplégie)	2 X le capital assuré
des deux bras ou des deux mains	capital assuré
d'une jambe ou d'un bras	3/4 du capital assuré
d'une main	1/2 du capital assuré

Réimplantation

S'il y a réimplantation d'un membre, la Great-West verse 50 % de la prestation qui aurait été payable si la perte avait été permanente, peu importe le degré d'usage recouvré. L'autre moitié de la prestation est versée si la réimplantation ne réussit pas et que la partie du corps réimplantée est enlevée dans l'année qui suit la réimplantation.

Transport du corps

Si vous mourez par suite d'un accident qui survient à au moins 150 kilomètres de votre domicile, la Great-West rembourse jusqu'à concurrence de 2 500 \$ pour la préparation du corps et son transport jusqu'à l'endroit de l'inhumation ou de la crémation.

Allocation pour études à l'égard des enfants à charge

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Great-West rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement supérieur. L'enfant à charge n'est admissible à cette allocation pour études que s'il était inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès ou il doit avoir été inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès et il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur dans les 365 jours de cet accident.

La Great-West verse le moins élevé d'entre 5 % du capital assuré, ou 5 000 \$ pour chaque année d'études dans un établissement d'enseignement. La Great-West verse l'allocation pour études chaque année pendant au plus quatre années consécutives sur réception de la preuve de l'inscription à plein temps de l'enfant en question.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais scolarité engagés avant l'accident ou des frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Frais de transport engagés par la famille

Si vous êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre lieu de résidence par suite d'une blessure à l'égard de laquelle des prestations sont prévues en vertu de la présente garantie, la Great-West paie jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour les frais de transport d'un membre de la famille afin qu'il puisse vous rejoindre, ainsi que les frais d'hébergement de cette personne.

Le remboursement pour frais d'hébergement se limite aux frais exigibles dans un hôtel jugé de confort moyen dans la région où la personne couverte est hospitalisée. Les appels téléphoniques ainsi que les courses en taxi et les coûts de location de voiture sont également couverts. Le prix des repas n'est cependant pas remboursable.

Le remboursement pour frais de transport se limite au coût d'un billet aller-retour, tarif classe économique. Si un véhicule privé est utilisé, le remboursement se limite à 0,44 \$ par kilomètre parcouru.

Formation professionnelle du conjoint

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Great-West rembourse les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle reconnu. Le programme de formation doit avoir pour but de donner au conjoint les compétences minimales nécessaires pour exercer une profession qu'il n'aurait pu exercer autrement.

La Great-West verse le moins élevé d'entre 10 % du capital assuré ou 10 000 \$.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais engagés plus de trois ans après l'accident qui a causé votre décès ou frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Allocation pour études

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations relativement à une blessure qui vous oblige à changer de profession, la Great-West rembourse les frais de scolarité que vous engagez pour fréquenter, comme étudiant, un établissement d'enseignement postsecondaire en vue d'y recevoir une formation dans une nouvelle profession. Pour être admissible à l'allocation pour études, vous devez vous inscrire dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. La Great-West paiera jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant la date de l'accident, des frais engagés plus de deux ans après la date de l'accident ayant causé la blessure et frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Allocation pour fauteuil roulant

Si aux termes de la présente garantie des prestations sont payables pour une blessure et que par suite d'une telle blessure, vous devez vous servir d'un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Great-West rembourse les frais engagés pour les modifications apportées à votre résidence principale afin que vous puissiez y accéder et vous déplacer en fauteuil roulant; et les modifications apportées à votre véhicule automobile afin que vous puissiez y monter et en descendre ou le conduire.

L'allocation pour les modifications apportées à la maison est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications est spécialisée dans ce genre de travaux et a été recommandée par un organisme reconnu garantissant des services d'aide et de soutien aux personnes en fauteuil roulant.

L'allocation pour les modifications apportées au véhicule est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications est spécialisée dans ce genre de travaux; et si les modifications ont été approuvées par les autorités provinciales délivrant les permis des véhicules automobiles.

La Great-West paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires du régime jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour les modifications apportées à la résidence et au véhicule.

Aucune allocation n'est versée relativement aux frais engagés plus de 365 jours après l'accident ou aux réparations subséquentes apportées à votre résidence ou à votre véhicule après qu'une première demande d'allocation ait été faite aux termes de la présente garantie.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou de blessures résultant des faits suivants.

- Blessure intentionnelle ou suicide.
- Infection virale ou bactérienne, sauf s'il s'agit d'une infection pyogénique consécutive à une blessure accidentelle faisant l'objet d'une demande de règlement.
- Toute forme d'affection ou d'infirmité physique ou mentale.
- Traitement médical ou chirurgical, sauf dans le cas de la réimplantation d'une partie du corps.
- Guerre, insurrection, ou participation volontaire à une émeute.
- Service dans les forces armées d'un pays quel qu'il soit.
- Accident subi en exerçant des fonctions en qualité de membre de l'équipage d'un aéronef, en voyageant à bord d'un appareil appartenant à l'employeur ou affrété par celui-ci ou encore en

voyageant à bord d'un aéronef mal immatriculé ou dont le pilote n'est pas titulaire du brevet valable pour l'appareil utilisé.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

La garantie Soins médicaux supplémentaires vise l'indemnisation des frais de soins et fournitures médicalement nécessaires lorsque le régime provincial d'assurance-maladie ne prévoit qu'un remboursement partiel ou aucun remboursement à ce titre. Cette garantie couvre jusqu'à concurrence des frais jugés raisonnables et courants compte tenu des soins et services obtenus et de la région où les soins et services sont donnés.

Règlement proportionnel

- La Great-West rembourse 90 % de tous les frais couverts pour les membres actifs et 80 % de tous les frais couverts pour les membres retraités.

Frais couverts

La garantie Soins médicaux supplémentaires couvre les frais engagés dans les cas ci-dessous, **dans la mesure où le remboursement de ces frais est permis par la loi et où les frais en question ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province.**

- Soins médicaux reçus hors de la province de résidence.
- Soins donnés par un physiothérapeute (qui ne soit pas membre de votre famille).
- Traitement par substances radioactives.
- Oxygène.
- Transfusions sanguines.
- Service d'ambulance (service d'ambulance aérienne autorisée y compris) jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins voulus.
- Préparations injectables, lorsqu'elles sont administrées par le médecin et qu'une autre thérapeutique est impossible.
- Soins apportés hors du milieu hospitalier aux dents naturelles endommagées au cours d'un accident et terminés dans les six mois qui suivent l'accident.
- Location ou, au choix de la Great-West, achat des fournitures, appareils et dispositifs suivants, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
 - Fauteuil roulant ordinaire, et dans le cas de tétraplégie, fauteuil roulant électrique.
 - Lit d'hôpital ordinaire (lit électrique exclu), barrière de lit, trapèze.
 - Attelles (attelles dentaires exclues), cannes, ambulateurs, béquilles et plâtres.
 - Appareils orthopédiques spécialement conçus pour le patient.
 - Manches Jobst pour le traitement d'un lymphoedème par suite de mastectomie, vêtements de soutien Jobst pour le traitement de brûlures et bas à varices Jobst.
 - Attelles à armatures rigides (lombostats exclus).
 - Chaussures orthopédiques faisant partie d'une attelle.

- Bas pour moignons, attelles pour les épaules, minerve, appareil de traction et collier cervical.
- Nécessaire de colostomie et d'iléostomie, cathéters.
- Fournitures nécessaires au traitement de l'énurésie.
- Puvathérapie nécessaire au traitement du psoriasis, effectuée par un dermatologue.
- Respirateur à pression positive intermittente.
- Appareils d'aérosolthérapie, tentes à brouillard et nébuliseurs nécessaires au traitement de la fibrose kystique, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique.
- Instruments de surveillance pour l'arythmie respiratoire.
- Poumon d'acier.
- Yeux artificiels, y compris la réparation de ces prothèses.
- Lunettes ou lentilles cornéennes par suite d'une opération de la cataracte (une paire).
- Prothèses orthopédiques (à l'exclusion des prothèses myoélectriques), y compris la réparation et le remplacement de ces prothèses.
- Prothèses mammaires externes nécessaires par suite d'une mastectomie (une fois par année civile).
- Neurostimulateur percutané pour une période maximale de six mois.
- Stimulateurs de consolidation de fractures.
- Stimulateur cardiaque.
- Insuline et seringues à insuline nécessaires aux diabétiques ainsi que fournitures servant à l'analyse diabétique.
- Soins donnés par un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire autorisé ou un aide-infirmier autorisé hors du milieu hospitalier. Le remboursement à ce titre est limité à 7 500 \$ par année civile. Aucune prestation n'est payable lorsque les soins sont donnés par un membre de votre famille ou lorsque les soins ne nécessitent pas les compétences spéciales de l'infirmier autorisé, de l'infirmier auxiliaire autorisé ou de l'aide-infirmier autorisé.
- Médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une autre personne autorisée par la loi à les prescrire et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence hors du pays.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les contraceptifs oraux.
 - Préparations injectables et seringues pour auto-injection. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

Le régime couvre les frais de vaccins servant à prévenir la maladie.

- Soins donnés par un psychologue, jusqu'à concurrence de 50 \$ par consultation. Le remboursement maximum par année civile et par catégorie de soins est fixé aux frais engagés relativement à 10 consultations tout au plus.
- Soins donnés par un chiropraticien, un ostéopathe, un podologue (podiatre), un naturopathe, un massothérapeute ou un acupuncteur, jusqu'à concurrence de 40 \$ par consultation. Le remboursement maximum par année civile et par catégorie de soins est fixé aux frais engagés relativement à 20 consultations tout au plus.
- Appareils auditifs (à l'exception des piles et des réparations) prescrits par un oto-rhino-laryngologiste. Le remboursement maximum est fixé à 750 \$ par période de cinq ans.

Frais non couverts par la garantie Soins médicaux supplémentaires

Outre les frais exclus indiqués à la partie intitulée **Restrictions générales** à la fin du présent livret, aucune prestation n'est payable en remboursement des frais engagés dans les cas ci-dessous.

- Quotes-parts et franchises payables en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO).
- Soins et fournitures non énumérés dans la liste des frais couverts.
- Frais de transport ou de livraison.
- Soins et fournitures nécessaires aux divertissements et aux activités sportives, mais qui ne sont pas médicalement nécessaires à l'exercice des activités ordinaires.
- Soins et fournitures reçus au cours d'une hospitalisation ayant commencé avant la date d'effet de votre assurance.
- Frais d'hospitalisation.
- Examens de l'audition.
- Tests pulmonaires.
- Médicaments ou autres articles n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Préparations homéopathiques, sauf lorsqu'elles doivent être délivrées sur ordonnance en vertu d'une loi fédérale ou provinciale.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

La garantie Soins dentaires vise l'indemnisation des frais de soins dentaires, frais souvent coûteux ou imprévus. Ne font partie des « frais couverts » que les frais jugés raisonnables et courants compte tenu des soins et de la région où ces soins sont donnés et ils se limitent aux honoraires maximums du barème de l'association dentaire de l'Ontario, en vigueur en à la date des soins.

La garantie Soins dentaires couvre les soins dentaires nécessaires donnés par un dentiste, un médecin, ou toute personne autorisée sous la direction d'un dentiste ou d'un médecin (comme les assistants et hygiénistes dentaires); elle couvre également les soins donnés par les spécialistes en art dentaire, les denturologistes, les hygiénistes dentaires et autres personnes de même compétence dûment autorisées par la loi à la pratique. S'il n'existe pas de barème d'honoraires à l'intention de ces praticiens dans votre province, l'indemnité sera fonction du barème des dentistes généralistes.

Règlement proportionnel

- La Great-West rembourse 100 % des frais de soins ordinaires couverts à l'égard des membres actifs, 80 % des frais de soins ordinaires couverts à l'égard des membres retraités et 50 % des frais de soins extraordinaires et orthodontiques couverts.

Montant maximum

- Le montant maximum payable par année civile à l'égard des frais de soins ordinaires couverts est fixé à 2 000 \$ et à l'égard des frais de soins extraordinaires est fixé à 2 000 \$. Ces maximums s'appliquent à chaque membre de la famille.

Ces maximums sont réduits à 1 000 \$ la première année au cours de laquelle un membre de votre famille est couvert, si sa protection entre en vigueur le 1^{er} juillet de l'année civile ou après cette date.

- Le montant maximum payable relativement à une série complète de soins orthodontiques est fixé à 2 000 \$.

Plan de traitement

- Avant que votre fournisseur de soins dentaires n'entreprenne un traitement, il établit sur demande un « plan de traitement », c'est-à-dire un rapport écrit énonçant ses recommandations quant aux soins à donner et ses honoraires.
- Il est préférable de présenter un plan de traitement à la Great-West, avant le début du traitement, pour les soins ordinaires pouvant coûter plus de 200 \$ et pour tous les soins orthodontiques.
- Le plan de traitement vous permet de connaître à l'avance la part que vous aurez à payer pour les soins en question. L'estimation donnée des prestations n'est valable que pour une période de 90 jours.

Frais couverts

L'assurance dentaire couvre les frais engagés dans les cas ci-dessous.

Soins ordinaires

- Examens buccaux, polissage des dents, fluoruration des dents, conseils d'hygiène bucco-dentaire et radiographies péricoronaires, à raison de deux fois par année civile, mais d'une fois seulement tous les cinq mois.

- Détartrage des dents.
- Série buccale complète de radiographies, à raison d'une fois par période de 24 mois.
- Extraction, et alvéolectomie au moment de l'extraction d'une dent.
- Obturations au moyen d'amalgame, de ciment silicate, de résine acrylique ou composite.
- Chirurgie dentaire.
- Anesthésie générale, radiodiagnostic et analyses de laboratoire indispensables en cas de chirurgie dentaire.
- Soins endodontiques (traitement du canal radiculaire de la dent).
- Soins parodontaux.
- Soins nécessaires au soulagement de la douleur.
- Médicaments administrés par injection chez le dentiste; frais et honoraires correspondants.
- Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Consultations demandées par le dentiste traitant.
- Ajustement, réparation et rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles existantes.
- Couronnes en acier inoxydable.

Soins extraordinaires

- Couronnes.
- Mise en place d'une première prothèse (pont, prothèse amovible partielle ou totale) si la prothèse est devenue nécessaire par suite de l'extraction inévitable d'une ou de plusieurs dents naturelles après l'entrée en vigueur de la protection couvrant la personne devant porter la prothèse.
- Remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants dans les cas suivants :
 - a) la nouvelle prothèse amovible ou le nouveau pont sont devenus nécessaires par suite de l'extraction d'une ou de plusieurs dents naturelles après l'entrée en vigueur de la protection couvrant le patient, et il est impossible de réparer la prothèse amovible ou le pont existants.

Si la prothèse amovible ou le pont existants peuvent être réparés, seuls les frais engagés pour la partie de la prothèse ou du pont remplaçant les dents qui ont été extraites sont remboursés;
 - b) la prothèse amovible ou le pont existants ont au moins cinq ans et ne peuvent plus servir;
 - c) la prothèse amovible ou le pont existants ont été mis en place temporairement après l'entrée en vigueur de la protection couvrant le patient et sont remplacés par une prothèse permanente;
 - d) la nouvelle prothèse amovible ou le nouveau pont sont nécessaires par suite de la mise en place en cours de garantie d'une première prothèse amovible antagoniste;

- e) la nouvelle prothèse amovible ou le nouveau pont sont devenus nécessaires par suite de blessures accidentelles subies en cours de garantie.
- Ajustement d'une prothèse amovible ou d'un pont après une période de trois mois suivant la mise en place.
- Traitements nécessitant l'usage de l'or lorsqu'un substitut moins coûteux, d'usage courant en dentisterie, n'a pu être utilisé.

Soins orthodontiques

- Soins orthodontiques (correction de malposition dentaire) à l'égard de vos enfants à charge âgés d'au moins 6 ans mais de moins de 18 ans à la date du début des soins.

Frais non couverts par la garantie Soins dentaires

Outre les frais exclus indiqués à la partie intitulée **Restrictions générales** à la fin du présent livret, aucune prestation n'est payable en remboursement des frais engagés dans les cas ci-dessous.

- Soins donnés à des fins d'esthétique ou à titre d'expérience, établissement d'un régime alimentaire, correction de malformations congénitales ou liées à la croissance.
- Remplacement de prothèses amovibles égarées ou volées.
- Frais de soins dentaires nécessitant l'usage de l'or, en excédent de ceux qui auraient été normalement demandés si un substitut raisonnable avait pu être utilisé.
- Honoraires demandés par le dentiste dans le cas où le client ne s'est pas présenté au rendez-vous, ou pour remplir les formules demandées par la Great-West.
- Soins et fournitures nécessaires à la reconstitution de l'arcade dentaire, à la correction de la dimension verticale ou à la correction d'un dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Frais couverts engagés par suite de blessures accidentelles aux dents naturelles lorsque le traitement se termine plus de douze mois après l'accident.

GARANTIE SOINS OCULAIRES

La garantie Soins oculaires vise l'indemnisation des frais de soins et fournitures oculaires donnés ou prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste. Cette garantie couvre jusqu'à concurrence des frais jugés raisonnables et courants compte tenu des soins et fournitures nécessaires et de la région où ils sont obtenus.

Frais couverts

La Great-West rembourse 100 % des frais couverts ci-dessous.

- Rééducation visuelle et thérapie corrective pour corriger les troubles de la vision **concernant uniquement une personne domiciliée dans une province où le régime d'assurance-maladie en vigueur ne couvre pas ces soins, même en partie**. Le remboursement maximum est fixé à 250 \$ pendant toute la durée de l'assurance de la personne nécessitant les soins.
- Examens de la vue (y compris la réfraction de l'oeil) **concernant uniquement une personne domiciliée dans une province où le régime d'assurance-maladie en vigueur ne couvre pas ces soins, même en partie**. Le remboursement maximum est fixé à 100 \$ par période de 24 mois.
- Verres et montures (ou lentilles cornéennes choisies à la place de verres et montures) lorsque ces articles sont requis par suite d'une première ordonnance ou d'un changement d'ordonnance et chirurgie oculaire au laser lorsqu'elle est nécessaire pour corriger la vision. Le remboursement maximum est fixé à 500 \$ par période de 24 mois pour les frais de ces articles prescrits, y compris les frais facturés pour protéger les verres contre les égratignures, pour les durcir ou pour les rendre sécuritaires.

Le remplacement de montures et de verres brisés, perdus ou volés est couvert, à condition que votre assurance oculaire ait été en vigueur pendant au moins 24 mois et que 24 mois se soient écoulés depuis la dernière demande d'indemnisation à l'égard de la personne nécessitant ces articles.

- Lentilles cornéennes prescrites dans les cas d'altération de la surface régulière du cristallin (la cornée) alors que l'acuité visuelle de l'oeil le plus sain ne peut être portée au niveau 20/40 au moins avec des verres ordinaires. Le remboursement maximum est fixé à 250 \$ pendant toute la durée de l'assurance de la personne nécessitant les lentilles.

Frais non couverts par la garantie Soins oculaires

Outre les frais exclus indiqués à la partie intitulée **Restrictions générales** à la fin du présent livret, aucune prestation n'est payable en remboursement des frais engagés dans les cas ci-dessous.

- Examens de la vue demandés par l'employeur, une école ou l'État à des fins de dépistage.
- Yeux artificiels, lunettes de soleil ou lunettes de protection.

LES SERVICES D'OPTIQUE PVS

Le programme PVS est un service que la Great-West fournit à ses clients par l'entremise du réseau de fournisseurs privilégiés PVS.

Le programme PVS vous permet de réaliser des économies sur un vaste éventail de produits d'optique de qualité et les ajouts (traitement contre les rayures, coût pour teinter le verre) relatifs aux soins de la vue, et ce, lorsque vous faites appel à un opticien ou à un optométriste membre du réseau PVS. Vous pouvez obtenir une réduction du coût de la chirurgie oculaire au laser au sein du réseau PVS.

Le programme PVS vous permet d'obtenir une réduction du coût des appareils auditifs (piles, raccords et embouts auriculaires) lorsque vous achetez ces articles chez un fournisseur du réseau PVS.

Vous êtes admissible aux tarifs réduits PVS que vous soyez ou non inscrit à la garantie Soins médicaux supplémentaires décrite dans le présent livret. Vous et vos personnes à charge admissibles avez la possibilité d'utiliser le réseau PVS autant de fois que vous le désirez.

Pour profiter des services PVS, il vous suffit de procéder comme suit :

- Afin d'obtenir des renseignements sur le réseau PVS et sur le fonctionnement du programme, utilisez la **ligne téléphonique de renseignements PVS** en composant le **1 800 668-6444** ou visitez le site Web du réseau à l'adresse **www.pvs.ca**.
- Prenez un rendez-vous pour un essai, un examen de la vue, une évaluation audiolologique ou un test auditif, au besoin.
- Lorsque vient le temps de régler l'achat des produits d'optique ou d'un appareil auditif ou lors de la consultation initiale pour la chirurgie oculaire au laser, présentez la carte d'identité de votre régime d'avantages sociaux afin de confirmer que vous êtes bénéficiaire des services PVS par l'entremise de la Great-West.
- Payez les tarifs réduits PVS. Si vous bénéficiez de la garantie pour soins de la vue ou pour les appareils auditifs à l'égard des produits et services en cause, demandez un reçu et soumettez-le à votre assureur accompagné d'un formulaire d'indemnisation comme vous le faites habituellement.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais

- 1) aux termes du présent régime et de tout autre régime d'assurance collective,
- 2) aux termes du présent régime et de tout régime d'assurance de l'État,
- 3) aux termes du présent régime et de tout régime d'assurance-automobile, ou
- 4) à titre de personne à charge des deux parents aux termes du présent régime,

il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.

RESTRICTIONS GÉNÉRALES

Votre assurance-maladie ne couvre pas les frais engagés dans les cas ci-dessous.

- Maladie ou blessure pour lesquelles vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par un régime d'indemnisation des accidents du travail de l'État ou par un régime analogue.
- Soins et fournitures reliés à une hospitalisation ayant pour but principal la garde du malade ou le traitement d'une maladie chronique.
- Soins et fournitures obtenus dans un hôpital public (à moins qu'ils ne vous soient facturés).
- Soins et fournitures pour lesquels il n'y aurait pas de frais en l'absence d'une assurance.
- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Toute partie des soins et fournitures obtenus dans le cadre d'un programme de soins médicaux ou hospitaliers de l'État.
- Chirurgie plastique, à des fins purement esthétiques.
- Soins et fournitures obtenus gratuitement ou payés directement ou indirectement par l'État, ou pour lesquels l'État interdit toute indemnisation.
- Soins et fournitures reçus au service médical ou dentaire offerts par l'employeur, une société mutuelle, un syndicat, un fiduciaire ou tout autre groupement analogue.

- Soins et fournitures reçus pendant le service, y compris le service temporaire ou à temps partiel, dans les forces armées d'un pays quel qu'il soit.
- Soins et fournitures nécessités par suite de la guerre (déclarée ou non), d'une insurrection ou de la participation à une émeute.
- Soins et fournitures nécessités par suite d'une blessure volontaire ou d'une maladie contractée intentionnellement, que la personne couverte soit saine d'esprit ou non.

Prolongation de l'assurance après expiration de l'assurance

Garantie Soins médicaux supplémentaires - Si votre protection aux termes de cette garantie prend fin pendant que vous ou une personne à votre charge souffrez d'invalidité totale, vous continuerez à recevoir les prestations prévues pendant cette période d'invalidité, et ce, jusqu'à la première à survenir des dates suivantes :

- la fin de l'invalidité;
- 90 jours après l'expiration de la police collective;
- la fin d'une période d'indemnisation égale à celle pour laquelle vous étiez assuré; ou
- la fin de l'année civile qui suit celle de l'expiration de votre assurance ou de l'assurance de la personne à votre charge.

Si votre protection aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires prend fin par suite de l'expiration de la garantie en question, le versement des prestations prévues aux termes du régime en cas de blessures accidentelles aux dents naturelles se poursuivra après l'expiration si l'accident s'est produit pendant que la garantie Soins médicaux supplémentaires était en vigueur.

Garantie Soins dentaires - Si votre protection prend fin par suite de l'expiration de la garantie en question, le versement des prestations prévues aux termes du régime en cas de blessures accidentelles aux dents naturelles se poursuivra après l'expiration si l'accident s'est produit pendant que la garantie soins dentaires était en vigueur.

Si la Great-West a commencé à verser des prestations pour soins orthodontiques et qu'expire l'assurance du patient, le versement des prestations prévues pour ces soins se poursuivra pendant une période de trois mois à partir de la date d'expiration de l'assurance.

**PROLONGATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS
DE SOINS MÉDICAUX ET DE SOINS DENTAIRES –
PERSONNES À CHARGE**

À votre décès, le versement des prestations de maladie et d'assurance dentaire prévues à l'égard des personnes à charge se poursuivrait pendant deux ans.

- La prolongation du versement des prestations de maladie à l'égard des enfants à charge survivants prend fin d'office le jour où ils perdent leur qualité de personnes à charge admissibles (voir définition au début du présent livret).
- Si une personne à charge était invalide à l'expiration de son assurance aux termes de la présente disposition, le versement des prestations se poursuivrait à son égard jusqu'à la première à survenir des dates suivantes :
 - la fin de son invalidité;
 - 90 jours après l'expiration de son assurance.

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Assurance-vie

- À votre décès, le gestionnaire du régime communiquerait avec votre bénéficiaire pour lui expliquer les formalités de règlement.
- Pour bénéficier d'une exonération des primes en cas d'invalidité, adressez-vous au gestionnaire du régime. Il vous remettra les formules et vous expliquera la marche à suivre.

Assurance MMA

- Si vous avez subi un sinistre, demandez la formule d'indemnisation appropriée à votre gestionnaire et renvoyez-la-lui dûment remplie.
- Si vous mourez par suite d'un accident, votre gestionnaire se chargera d'expliquer les formalités de règlement à votre bénéficiaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date de l'accident ou du sinistre.

Soins médicaux supplémentaires, Soins dentaires et soins oculaires

- Procurez-vous auprès du gestionnaire, les formulaires de demande de règlement pour soins médicaux supplémentaires, soins dentaires ou soins oculaires. Renvoyez les formulaires à :

Lee-Power & Associates Inc.
616, rue Cooper
Ottawa (Ontario) K1R 5J2
Téléphone : (613) 236-9007

Procurez-vous auprès de votre gestionnaire, un formulaire de demande de règlement pour soins dentaires (les formulaires sont également disponibles en ligne à : www.lee-power.ca). Faites-le remplir par le dentiste et retournez-le à Lee-Power & Associates Inc. dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins dentaires.

Il est possible que votre dentiste soit en mesure de soumettre votre demande de règlement par voie électronique à Lee-Power & Associates Inc. (Ident. de l'assureur : 627585).

À noter :

- Aucune prestation n'est payable relativement à toute demande de règlement aux termes de l'assurance-maladie qui est présentée plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE SOUTIEN LIÉ AU TRAITEMENT (SERVICE BEST DOCTORS^{MD})

Ce service est conçu pour vous donner – à vous, aux personnes à votre charge et à votre médecin traitant ou aux spécialistes – l'accès à l'avis de spécialistes de premier ordre, à des ressources, à des renseignements ainsi qu'à des directives cliniques.

Si vous ou une personne à votre charge recevez le diagnostic d'une affection grave pour laquelle il y a des preuves objectives, ou si votre médecin traitant, vous ou la personne à votre charge soupçonnez en être atteint, vous pouvez vous prévaloir de ce service. Celui-ci consiste en un processus unique, étape par étape, permettant de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à un état de santé. Grâce à ce service, il est possible d'obtenir la confirmation du diagnostic qui a été posé et le plan de traitement le plus efficace en consultant un des professionnels faisant partie d'une base de données mondiale comptant jusqu'à 50 000 spécialistes considérés par leurs collègues comme des chefs de file dans leur domaine.

Fonctionnement du service

- Vous ou une personne à votre charge pouvez avoir accès aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement. Il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-BEST (2378).
- Vous êtes alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de votre dossier et vous apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement à vos antécédents médicaux et répond à toutes vos questions. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements et des questions, le conseiller détermine quels sont les services les plus appropriés pour vous ou la personne à votre charge.
- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre à vos besoins en matière de santé. Il peut également trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans votre collectivité.
- Lorsque c'est approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux qui permet de confirmer le diagnostic et de déterminer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la reconstitution des dossiers médicaux, la reprise des tests des spécimens de pathologie et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à vous et à votre médecin traitant. En général, le processus prend de six à huit semaines. Les échéanciers peuvent varier selon la complexité du cas et le nombre de dossiers médicaux.
- Si vous choisissez de recevoir un traitement d'un autre médecin, le conseiller peut aider à trouver le spécialiste le plus en mesure de répondre à vos besoins particuliers en matière de soins médicaux. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service.
- Si vous décidez de vous faire traiter à l'extérieur du pays, le conseiller peut s'occuper des recommandations et effectuer les réservations à l'hôtel. Il peut avoir accès à des prix réduits pour les hôpitaux et les honoraires des médecins, s'occuper de transmettre vos renseignements médicaux et suivre le processus de traitement. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service.

À noter : Ces services ne sont pas assurés. La Great-West n'est pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.