

RÉGIME COLLECTIF



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

Nous sommes heureux de vous servir. Veuillez noter que nous adhérons à des principes d'inclusion de tous les genres dans nos communications et que nous utilisons le genre masculin comme générique dans le seul but de faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Canada Vie^{MC} est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Canada Vie 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 Canada Vie en ligne

Visitez notre site Web au www.canadavie.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- la soumission de demandes de règlement en ligne.

GroupNet pour les participants de régime

À titre de participant de régime de la Canada Vie, vous pouvez vous inscrire à GroupNet^{MC} pour les participants de régime au www.canadavie.com ou sur l'application GroupNet Mobile. Pour vous inscrire, cliquez sur Ouvrir une session. Ensuite, cliquez sur GroupNet pour les participants de régime et suivez les directives affichées. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main lors de l'inscription.

Avec GroupNet et GroupNet Mobile, vous pouvez :

- soumettre vos demandes de règlement rapidement;
- consulter votre protection et les soldes;
- trouver des praticiens de la santé près de vous, comme des chiropraticiens et des massothérapeutes;
- enregistrer vos cartes de garanties dans votre application ou programme de service de paiement;
- recevoir un avis lorsque vos réclamations sont traitées.

Numéro sans frais de la Canada Vie

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 800 957-9777.

Plaintes de clients

Nous nous engageons à étudier votre dossier rapidement, équitablement et professionnellement. Voici de plus amples renseignements sur la façon de formuler une plainte.

- Sans frais :
 - téléphone : 1 866 292-7825
 - télécopieur : 1 855 317-9241
- Courriel : ombudsman@canadavie.com
- Par écrit :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'ombudsman, Bureau 1262
255 avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1

Pour plus de renseignements sur les moyens de nous acheminer votre plainte, consultez l'adresse www.canadavie.com/plaintes.

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions de la police collective n° 31702. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi (dans la mesure où la loi le permet).

**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

Le présent livret a été préparé le : 25 juin 2021

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Canada Vie à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Canada Vie d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Canada Vie d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Canada Vie. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Canada Vie à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Délai pour le paiement des prestations au Québec

Lorsque la loi du Québec s'applique, les prestations sont payées conformément aux termes du présent régime, dans le délai établi comme suit :

- Pour les prestations de décès, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.
- Pour toutes les autres garanties, 60 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.

Rôle de l'employeur

Le rôle de l'employeur consiste à fournir de l'information aux salariés et non pas à leur donner des conseils.

Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Canada Vie peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière 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. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels 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 vos demandes 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 création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la gestion et l'analyse de données internes par la Canada Vie et ses sociétés affiliées
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partageons 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.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Canada Vie ou à notre siège social.

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 Canada Vie ou consultez l'adresse www.canadavie.com.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Barème des prestations	1
Modification du montant de l'assurance et des prestations	5
Définition de personne à charge	8
Désignation de bénéficiaire	9
Assurance-vie – membres	10
Assurance-vie – personnes à charge	11
Assurance mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)	12
Garantie médicaments sur ordonnance	19
Garantie soins médicaux supplémentaires	28
Garantie soins dentaires	35
Garantie soins oculaires	40
Coordination des prestations	42
Restrictions générales	43
Prolongation du versement des prestations de maladie, de soins dentaires et de soins oculaires - personnes à charge	46
Comment faire une demande de règlement	47
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Réseau Best Doctors ^{MD})	51

BARÈME DES PRESTATIONS

POLICE COLLECTIVE N° 31702

MEMBRES ET PERSONNES À CHARGE

Assurance-vie

Membres actifs	30 000 \$
Membres retraités	15 000 \$
Conjoint	5 000 \$
Chaque enfant	2 000 \$

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

Membres actifs	40 000 \$
Membres retraités	aucune protection

Garantie Médicaments sur ordonnance

Franchise	aucune
Règlement proportionnel	
- membres actifs	90 %
- membres retraités	80 %
Médicaments utilisés pour le traitement de la dysérection	500 \$ par année civile
Montant maximum	illimité

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
Fournitures de pompes à perfusion d'insuline externe	\$1,000 par période de 12 mois

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.

Frais additionnels couverts	
Appareillages orthopédiques	400 \$ par période de 12 mois
Montant maximum pour appareils auditifs	2 000 \$ par période de 5 ans
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	4 000 \$ par année civile

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	2 500 \$ par année civile
Montant maximum – soins extraordinaires	2 500 \$ 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 18 mois
--	----------------------------------

Lentilles cornéennes nécessaires dans des cas particuliers	
- membres actifs	250 \$ pendant toute la durée de la protection
- membres retraités	200 \$ 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 18 mois
Rééducation visuelle et thérapie Corrective	
- membres actifs	250 \$ pendant toute la durée de la protection
- membres retraités	200 \$ 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 de l'assurance 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.

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 120 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 1440 heures (soit 12 mois d'assurance). Lorsque vous avez une réserve de 1440 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 120 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 120 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 120 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 360 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 360 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.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par loi. Toute désignation de bénéficiaire que vous avez effectuée aux termes de l'ancienne police de votre employeur antérieurement à la date d'effet de la présente police s'applique à la présente police jusqu'à ce que vous changiez cette désignation. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre employeur.

ASSURANCE-VIE - MEMBRES

- À votre décès, le montant de votre assurance-vie collective ira à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement 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 Canada Vie. 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 Canada Vie 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 à son 65^e anniversaire ou avant, votre conjoint peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous ou votre conjoint devez 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 votre gestionnaire de 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, on vous versera le multiple ou la fraction du capital assuré figurant en regard de la perte en question au tableau ci-dessous. La prestation n'est payable 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 plus d'une perte touchant le même membre au cours d'un même accident, une prestation ne sera versée qu'à l'égard de la perte correspondant au montant à recevoir le plus élevé.

Si vous décédez à la suite d'un accident, la Canada Vie versera le capital assuré à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

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 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 (hémiparaplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe des côtés opposés du corps	capital assuré
des deux bras ou des deux mains	capital assuré
d'une main et d'une jambe	capital assuré
d'une jambe ou d'un bras	3/4 du capital assuré
d'une main	1/2 du capital assuré

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 Canada Vie rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire. 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 postsecondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès;
- à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès, et s'il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours de cet accident.

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

Restrictions

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant l'accident ayant causé votre décès, des frais de logement ou des autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des 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 Canada Vie 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 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.

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Formation professionnelle du conjoint

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Canada Vie 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 Canada Vie verse le montant le moins élevé correspondant à 10 % du capital assuré ou à 10 000 \$.

Restrictions

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais engagés plus de trois ans après l'accident qui a causé votre décès, des frais de logement, des autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des 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 Canada Vie 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 Canada Vie paiera jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Restrictions

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 des frais de logement ou autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des 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 Canada Vie 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 sont spécialisées 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 sont spécialisées dans ce genre de travaux; et si les modifications ont été approuvées par les autorités provinciales délivrant les permis des véhicules automobiles.

La Canada Vie 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.

Restrictions

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 générales

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

- Blessure intentionnelle ou suicide, quel que soit votre état d'esprit, et que vous soyez en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de vos actes.
- 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.
- 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 MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Barème des prestations**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Barème des prestations** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Frais couverts

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi.
 - 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 médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.

- Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
- Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé lui soit présentée, la Canada Vie peut limiter les frais couverts au coût du médicament de remplacement le moins cher.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance-médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à la franchise et à votre part du règlement proportionnel prévus aux termes du régime provincial.

Autres soins ou fournitures

La Canada Vie peut, selon les modalités qu'elle détermine, couvrir des soins, des services ou des fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Frais non couverts

La Canada Vie peut refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par la Canada Vie.

La Canada Vie peut limiter les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Outre les frais exclus indiqués à la partie intitulée **Restrictions générales** à la fin du présent livret, aucune prestation n'est payable sous la section des médicaments sur ordonnance de ce régime dans les cas ci-dessous :

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.
- 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.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.

- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par la Canada Vie comme étant des soins, services et fournitures couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si la Canada Vie aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables s'ils avaient été reçus dans votre province de résidence.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que la Canada Vie a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, la Canada Vie peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
 - lignes directrices de la pratique clinique;
 - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
 - renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
 - évaluations de l'efficience des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

- Médicaments ou fournitures qui figurent sur la liste des exclusions de la Canada Vie. La Canada Vie se réserve le droit de refuser tous les frais relatifs à un médicament ou à une fourniture, ou uniquement les frais associés au traitement, à certains stades ou à l'évolution de certaines maladies ou blessures. La Canada Vie peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions ou l'en retirer en tout temps.

Il est entendu que la Canada Vie peut ajouter un médicament ou une fourniture à la liste des exclusions pour toute raison, y compris, mais sans s'y limiter, les suivantes :

- la Canada Vie a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou
- la Canada Vie a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Produits anti-tabagiques.
- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Quotes-parts et franchises payables en vertu du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO).

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, fournitures ou services sont couverts, la Canada Vie conserve une liste limitée de soins, fournitures et services qui nécessitent une autorisation préalable.

Pour obtenir la liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, allez au www.canadavie.com.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des fournitures ou des services constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de fournitures ou de services moins chers représente un traitement raisonnable, la Canada Vie pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les fournitures ou les services prescrits, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les fournitures ou les services moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les fournitures ou les services prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Canada Vie; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie pourrait tenir compte de facteurs tels que les soins, le service ou la fourniture, l'état de santé et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, du service ou de la fourniture dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Canada Vie ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformés au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux

La Canada Vie peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Canada Vie.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels la Canada Vie a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, la Canada Vie peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci, et

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par la Canada Vie ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Canada Vie ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients pourrait vous offrir, à vous ou à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, la Canada Vie peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel la Canada Vie exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, la Canada Vie peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous ou vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

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.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure.

Les soins, services et fournitures décrites sous la garantie Soins médicaux supplémentaires sont assujetties aux dispositions suivantes décrites sous la garantie Médicaments sur ordonnance :

- Programme d'autorisation préalable;
- Gestion des dossiers médicaux;
- Restrictions relatives aux fournisseurs désignés;
- Programme d'aide aux patients;
- Autres soins, services ou fournitures;
- Restrictions relatives aux fournitures, soins et services de remplacement moins chers;
- Restrictions relatives aux fournisseurs autorisés.

Règlement proportionnel

- La Canada Vie 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 Canada Vie, 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, jusqu'à un maximum de 400 \$ par période de 12 mois.
 - 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.
 - Fournitures de pompes à perfusion d'insuline externe, jusqu'à un maximum de \$1,000 par période de 12 mois.
- Soins donnés par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé hors du milieu hospitalier. Le remboursement à ce titre est limité à 7 500 \$ par année civile.

Restrictions

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 d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé.

- Séjour dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers ou soins infirmiers à domicile, à condition que les soins reçus soient des soins de convalescence.

On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou les traitements de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.

- Frais de séjour dans un hôpital qui dépassent le coût en salle commune et frais de séjour une maison de soins infirmiers, lorsque l'établissement est situé au Canada.

Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, le régime couvre la différence entre les frais en chambre à deux lits et les frais en salle commune. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Le régime couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et de fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province du malade et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence.

Dans le cas d'un séjour en maison de soins infirmiers, le remboursement est limité à la partie des frais autorisée par l'État.

Restriction

Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

- 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 2 000 \$ par période de cinq ans.
- Appareils flash de surveillance du glucose.
- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs. Le remboursement maximum est fixé à 4 000 \$ par année civile.

Restrictions

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, services et fournitures liés à des soins, services et fournitures couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des Frais couverts ou s'ils sont désignés par le gestionnaire de régime comme étant des soins, services et fournitures 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.
 - Tests auditifs
 - Tests pulmonaires

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 Canada Vie 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 2 500 \$ et à l'égard des frais de soins extraordinaires est fixé à 2 500 \$. Ces maximums s'appliquent à chaque membre de la famille.

Ces maximums sont réduits à 1 250 \$ la première année au cours de laquelle un membre de votre famille est assuré, si son assurance 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

- Sur demande, votre fournisseur de soins dentaires préparera un « plan de traitement ». Il s'agit là d'un rapport écrit énonçant les recommandations du fournisseur de soins dentaires quant aux soins à donner et aux honoraires facturés. Un tel plan est préparé avant le début du traitement.
- Il est préférable de présenter un plan de traitement à la Canada Vie, 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, fluoration des dents, conseils d'hygiène bucco-dentaire et radiographies péri-coronaires, 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.

Restrictions

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 Canada Vie.
- 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.

Les soins, services et fournitures décrites aux termes de la garantie soins oculaires sont assujetties aux dispositions suivantes décrites aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance :

- Programme d'autorisation préalable;
- Gestion des dossiers médicaux;
- Restrictions relatives aux fournisseurs désignés;
- Programme d'aide aux patients;
- Autres soins, services ou fournitures;
- Restrictions relatives aux fournitures, soins et services de remplacement moins chers;
- Restrictions relatives aux fournisseurs autorisés.

Frais couverts

La Canada Vie rembourse 100 % des frais couverts ci-dessous.

- Rééducation visuelle et thérapie correctrice 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 18 mois.
- Verres et montures (ou lentilles cornéennes choisies à la place de verres et montures) et chirurgie oculaire au laser lorsqu'elle est nécessaire pour corriger la vision. Le remboursement maximum est fixé à 500 \$ par période de 18 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.
- 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.

Restrictions

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.

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.

- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que la Canada Vie a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, la Canada Vie peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :
 - lignes directrices de la pratique clinique;
 - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
 - renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
 - évaluations de l'efficience des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.
- 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 services nécessaires par suite d'une blessure volontaire ou d'une maladie contractée intentionnellement, quel que soit l'état d'esprit de la personne, et que celle-ci soit en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de ses actes.

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 Canada Vie 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 MALADIE, DE SOINS DENTAIRES ET DE SOINS OCULAIRES - PERSONNES À CHARGE

À votre décès, le versement des prestations de maladie, de soins dentaires et de soins oculaires 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.

Médicaments sur ordonnance

- Votre employeur vous remettra une carte d'identité pour médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit remplie, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept contrôles électroniques effectués sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles de vos personnes à charge. Les contrôles effectués portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée de la thérapie, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des contrôles, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

Assurance-maladie supplémentaire

- Les demandes de règlement de soins paramédicaux peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les autres frais médicaux non présentées en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez le formulaire M635D (f) auprès de votre gestionnaire. Remplissez-le en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus au formulaire d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie.

Soins dentaires

- Afin de présenter des demandes de règlement de soins dentaires en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez un exemplaire du formulaire M445D (f), auprès de votre gestionnaire ou en ligne, et faites-le remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Ce formulaire contient les informations nécessaires pour accéder aux demandes de règlement en ligne. Si vous voulez utiliser ces services électroniques, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- Concernant les demandes de règlement pour tous les autres frais dentaires non présentées en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez le formulaire M445D (f) auprès de votre gestionnaire. Faites-le remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Canada Vie.

Soins oculaires

- Les demandes de règlement pour les frais de soins oculaires peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- Concernant les demandes de règlement pour tous les autres frais de soins oculaires non présentées en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez le formulaire M635D (f) auprès de votre gestionnaire. Faites-le remplir par votre médecin ou optométriste et retournez-la au Service des indemnités de la Canada Vie.

À noter :

- Aucune prestation n'est payable relativement à toute demande de règlement aux termes de l'assurance-maladie qui est présentée sur papier plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.
- Aucune prestation n'est payable relativement à toute demande de règlement aux termes de l'assurance-maladie qui est présentée en ligne plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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

Ce service est conçu pour permettre l'accès à l'avis de spécialistes, à des ressources, à des renseignements ainsi qu'à des directives cliniques.

Vous, une personne à votre charge, un parent ou un beau-parent (ci-après « la personne ») pouvez généralement accéder à ce service. Le Réseau Best Doctors propose une démarche unique et méthodique afin de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à une maladie ou à une affection physique grave. Cette démarche peut inclure la confirmation du diagnostic et la proposition du plan de traitement le plus efficace par un professionnel inscrit dans la base de données mondiale du Réseau Best Doctors, laquelle compte plus de 50 000 spécialistes renommés et reconnus dans leur domaine.

Fonctionnement du service

- Pour accéder aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement, il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-BEST (2378).
- L'appelant est alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de son dossier et lui apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement aux antécédents médicaux de la personne et répond à toutes les questions de l'appelant. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements fournis, le conseiller détermine le niveau optimal de service à offrir.
- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre aux besoins de la personne en matière de santé, et trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans la collectivité.

- Lorsqu'il le juge approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux de la personne afin d'aider à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la synthèse des dossiers médicaux, la reprise des tests de spécimens pathologiques et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à l'appelant. 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 à évaluer.
- Si la personne choisit de recevoir un traitement d'un autre médecin, le conseiller peut l'aider à trouver un spécialiste en mesure de répondre à ses besoins particuliers en matière de soins médicaux. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.
- Si la personne décide de se faire traiter à l'extérieur du pays, le conseiller peut lui obtenir les recommandations médicales dont elle a besoin et effectuer les réservations pour l'hébergement. Il peut aussi l'aider à avoir accès à des services hospitaliers et médicaux à des prix réduits, s'occuper de la transmission des renseignements médicaux et suivre de près le processus de traitement.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste du Réseau Best Doctors en mesure de répondre à des questions de base sur les problèmes de santé et les possibilités de traitement. L'appelant recevra les réponses dans un rapport écrit qui lui sera envoyé par courriel.

Restrictions

- L'accès à ce service peut être limité aux personnes ayant reçu de leur médecin un diagnostic de maladie ou d'affection physique ou psychologique grave avec preuves objectives à l'appui, ou aux personnes suspectées d'être atteintes d'une maladie ou affection physique ou psychologique grave.
- Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.

Ces services ne sont pas assurés. La Canada Vie n'est donc pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.



Canada Vie et le symbole social, ainsi que GroupNet sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.