

choix

...pour un avenir en bonne santé

2022 – Votre guide des avantages sociaux visant la santé et le bien-être,
la sécurité financière et le mode de vie offerts par Teva



teva

table des matières

Le programme d'avantages sociaux de Teva Canada
– **choix** pour un avenir en bonne santé

Introduction au programme d'avantages sociaux de Teva Canada 3

UN APERÇU DE VOTRE RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX 4

Modalités du programme d'avantages sociaux	5
Vos choix – en un coup d'oeil	6
Ce dont vous avez besoin pour vous inscrire	7
Les termes que vous devez connaître	8
Les éléments dont il faut tenir compte	9
Coordination des avantages sociaux	10

ASSURANCE-VIE DE BASE, ASSURANCE DE BASE (DMA) EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT ET ASSURANCE-ACCIDENTS POUR VOYAGES D'AFFAIRES. 11

Assurance-vie de base des employés	11
Assurance DMA de base des employés	11
Assurance-accidents pour voyages d'affaires	11

ASSURANCE-INVALIDITÉ. 12

L'invalidité de courte durée	12
L'invalidité de longue durée	12-13

LES CHOIX – SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES. 14

Résumé de la protection soins médicaux	14
Médicaments d'ordonnance	15-16
Hospitalisation	16
Infirmière en service privé	16
Services paramédicaux	17
Soins de santé virtuels	17
Soins de la vue	17
Appareils, services médicaux et fournitures	18
Chaussures orthopédiques et orthèses	18
Services ambulanciers	18
Soins dentaires en cas d'accident	19
Urgence en dehors de la province ou du pays	19
Résumé de la protection soins dentaires	20
Soins préventifs de base et de restauration mineure	20
Soins de restauration majeure	20
Soins orthodontiques	20
Guide des frais dentaires	21
Compte pour dépenses de soins de santé (CDSS)	21-22
Compte de conditionnement physique	22-23

ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES 24

Assurance-vie facultative des employés	24
Assurance-vie facultative pour personnes à charge	25
Assurance DMA facultative des employés	26
Assurance DMA familiale facultative	26-27
Assurance facultative pour maladies graves	28-29

GUIDE DE DÉCISION. 30

L'invalidité à long terme	30
Les régimes de soins médicaux et dentaires	30
Comment s'inscrire	31-32
Contactez-nous	33

choix

...pour un avenir en bonne santé

Voici le régime d'avantages sociaux de Teva Canada

Teva Canada est fière de son régime d'avantages sociaux complet qui vise à procurer à ses employés une protection concurrentielle flexible et à leur offrir la possibilité d'épargner pour leur retraite. Les employés permanents peuvent adhérer dès leur entrée en fonction au régime d'avantages sociaux **choix**, qui comprend les régimes de soins médicaux et dentaires, d'assurance-invalidité, d'assurance-vie et d'épargne-retraite. Vous pourrez également modifier vos choix d'avantages sociaux pendant la période d'inscription annuelle de Teva Canada, qui a lieu tous les ans au mois de novembre.

Lorsque vous aurez passé en revue les différentes options du régime, vous serez en mesure d'en apprécier la supériorité par rapport à d'autres régimes. S'il est vrai que certains des avantages du régime sont financés par les employés eux-mêmes au moyen de retenues salariales, la majorité d'entre eux le sont par Teva Canada en votre nom, et non pas par une compagnie d'assurances. À ce titre, les coûts du régime sont gérés prudemment pour en maximiser la valeur; nous partons du principe qu'il s'agit de votre argent et de celui de Teva, et qu'il est de notre devoir d'en user à bon escient. Le régime est constamment réexaminé, ce qui nous permet de nous assurer qu'il demeure à la fois *complet et concurrentiel*.

DANS LE PRÉSENT GUIDE – RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX **choix**

Le présent guide présente les éléments suivants du régime :

- **Soins médicaux et dentaires** – Le régime d'avantages sociaux **choix** offre aux employés 3 régimes, dont les options Compte de dépenses de soins de santé et Compte de conditionnement physique.
- **Assurance-invalidité** – Dans le cadre du régime invalidité de courte durée, Teva Canada continue de verser 75 % de leur salaire aux employés pendant 26 semaines. Le régime invalidité de longue durée est financé par les employés, et il offre 3 niveaux de protection.
- **Assurance-vie** – Les primes d'assurance-vie de base et d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident sont versées par l'entreprise et la protection offerte est égale à quatre fois le salaire annuel (jusqu'à concurrence de 1 M\$). Teva Canada offre également de nombreux types de régimes facultatifs d'assurance-vie aux employés ainsi qu'à leurs personnes à charge, le tout à des taux de prime très avantageux.



AUTRES COUVERTURES – VERS LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE

En plus du régime d'avantages sociaux **choix**, Teva Canada propose deux régimes d'épargne-retraite d'envergure et un régime d'actionnariat des salariés :

- **Régime de retraite enregistré (RRE)**
Le régime de retraite à cotisation déterminée de Teva Canada prévoit une cotisation de contrepartie de 4 % (au minimum), de 5 % ou de 6 % (au maximum) de votre salaire de base et de votre prime.
- **Régime enregistré d'épargne-retraite (REER) collectif**
Les employés peuvent aussi contribuer au REER collectif à hauteur de la somme maximale prévue dans la loi de l'impôt sur le revenu (LIR) en vigueur dans leur province respective, abaissant ainsi leur revenu imposable et accroissant par la même occasion leur épargne-retraite.
- **Compte d'épargne libre d'impôt (CELI) collectif**
Le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) collectif complète nos régimes enregistrés actuels et vous offre un autre moyen d'économiser pour votre retraite en faisant fructifier votre épargne à l'abri de l'impôt. Les employés peuvent cotiser au CELI moyennant des retenues à la source prélevées après impôt, et ce, jusqu'à concurrence des limites annuelles fixées par l'Agence du revenu du Canada (ARC); le CELI leur offre aussi une certaine flexibilité dans le cas où ils auraient besoin d'accéder à leur compte.
Le RRE, le REER collectif et le compte d'épargne libre d'impôt (CELI) constituent d'excellents placements dont les frais de gestion sont très bas.
*>> Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour vous inscrire au RRE, au REER collectif ou au CELI, veuillez vous reporter au guide d'adhésion, que vous trouverez à l'adresse **Service Now > People > My Benefits > Retirement and Pension Planning**.*
- **Régime d'actionnariat des salariés**
Les employés sont invités à adhérer au régime d'actionnariat des salariés. Ils ont la possibilité d'acquérir des actions jusqu'à concurrence de 1 à 10 % de leur salaire de base, contribution à laquelle vient s'ajouter la contribution de contrepartie de Teva Canada, à hauteur de 15 %. Les actions peuvent être acquises à la fin de chaque trimestre.
*>> Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour adhérer au régime d'actionnariat des salariés, veuillez vous reporter au guide d'adhésion au régime d'actionnariat des salariés et au formulaire d'adhésion disponible à l'adresse **Service Now > People > My Benefits > Employee Stock Purchase Plan**.*

Le leadership que nous exerçons sur le marché des produits pharmaceutiques au Canada peut être attribué directement au dévouement de nos employés et le régime d'avantages sociaux **choix** reflète notre désir d'attirer uniquement les meilleurs employés et de les retenir. Nous vous remercions d'avoir contribué à notre succès.

choix

...pour un avenir en bonne santé

SURVOL DE VOTRE PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX choix

Bienvenue au programme d'avantages sociaux **choix**! Voici un bref survol du programme et de ses modalités :

- Les employés réguliers à temps plein et à temps partiel (qui travaillent l'équivalent de trois (3) jours complets par semaine) sont admissibles au programme d'avantages sociaux **choix** dès le premier jour de travail. Pour être admissibles au programme, les employés et les personnes à charge admissibles doivent être couverts par leur régime d'assurance-maladie provincial.
- Plutôt que d'offrir un programme identique pour tous les employés, le programme d'avantages sociaux **choix** vous permet de choisir entre trois (3) régimes de soins médicaux et dentaires ainsi qu'entre trois (3) niveaux de protection d'assurance-invalidité de longue durée. Tous ces régimes sont décrits dans le présent guide. Votre choix d'assurance demeure en vigueur du 1^{er} janvier (ou de la date d'embauche) au 31 décembre de chaque année. Par le biais du programme, vous pourrez également choisir des assurances complémentaires facultatives comme une assurance-vie pour vous et vos personnes à charge, une assurance-décès ou mutilation par accident (DMA) et une assurance pour maladies graves.
- Vous devrez choisir une protection *individuelle* ou *familiale*.
- Vous pouvez maximiser la protection disponible en coordonnant votre protection avec celle du régime de votre conjoint.
- Si vous optez pour le **choix 1** ou le **choix 2**, Teva fera une contribution à un Compte de dépenses de soins de santé (CDSS), qui peut servir à couvrir diverses dépenses de soins médicaux et dentaires pour vous et vos personnes à charge admissibles (voir la section *Les termes que vous devez connaître*).
- Si vous optez pour le **choix 1** ou le **choix 2**, vous pourrez transférer jusqu'à 50 % des fonds de votre Compte de dépenses de soins de santé à un Compte de conditionnement physique. Vous aurez également accès à un Compte de conditionnement physique si vous optez pour le **choix 3**. Vous pouvez utiliser les fonds dans votre Compte de conditionnement physique pour couvrir les dépenses associées à un mode de vie active pour vous et vos personnes à charge admissibles (voir la section *Les termes que vous devez connaître*).
- Si vous optez pour le **choix 1**, Teva Canada couvrira tous les coûts associés au régime de soins médicaux et dentaires. Si vous optez pour le **choix 2** ou le **choix 3**, vous devrez couvrir une partie des coûts de protection supplémentaires, sous forme de contributions régulières par retenue à la source.

- Dans le cas d'un événement admissible (mariage, naissance, etc.) pendant l'année des prestations, vous pourrez ajouter ou enlever une personne à charge (voir la section *Les éléments dont il faut tenir compte*).
- Il est important de vous inscrire au programme d'avantages sociaux **choix**, dans les 30 jours après être devenu admissible, sinon vous n'aurez que la protection par défaut d'assurance-vie, d'assurance-invalidité de soins médicaux et dentaires (voir la section *Comment s'inscrire*).

PASSEZ VOS **choix** EN REVUE ET INSCRIVEZ-VOUS D'ICI LA DATE LIMITE!

Veillez passer en revue les options offertes par le programme d'avantages sociaux **choix** et déterminez soigneusement les régimes les mieux adaptés pour vous et votre famille. N'oubliez pas de vous inscrire avant la date limite ! La période de réinscription annuelle a lieu en novembre de chaque année (ou dans les quinze (15) jours de votre date d'embauche).

VOTRE PRESTATAIRE D'AVANTAGES SOCIAUX – LA FINANCIÈRE MANUVIE

La Financière Manuvie est le prestataire de nos régimes de soins médicaux et dentaires, d'assurance-vie et d'assurance-invalidité de longue durée. Vous pouvez accéder à vos formulaires de demande de remboursement ainsi qu'à d'autres renseignements sur les demandes en visitant directement le site Web de la Financière Manuvie à l'adresse www.manulife.ca ou le site de **Service Now**. Les numéros de contrat sont les suivants :

Soins médicaux et dentaires • 86397

Compte de dépenses de soins de santé • 86398

Compte de conditionnement physique • 86399

Assurance-vie et assurance ILD • 38646

UN MOT AU SUJET DU GUIDE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME D'AVANTAGES SOCIAUX **choix**

Ce guide d'inscription est conçu pour vous donner un survol des choix d'avantages sociaux qui vous sont offerts et a été préparé par Teva Canada, Rémunération globale, 30 Novopharm Court, Toronto (Ontario) M1B 2K9. Pour les conditions particulières de protection, y compris une liste complète des exclusions et des restrictions des régimes, veuillez consulter le Livret d'avantages sociaux de Manuvie, disponible sur demande ou directement dans le site Web à l'adresse www.manuvie.ca.

Bien que tous les efforts aient été déployés pour fournir une information complète et exacte, ce document ne constitue pas une entente ni un contrat implicite relatif aux conditions d'emploi. Si le guide diffère des polices en vigueur actuellement, les polices ou les documents officiels des régimes régiront l'administration effective des régimes décrits dans les présentes. La compagnie entend maintenir ces régimes de façon permanente, mais se réserve le droit de les amender, de les modifier, d'y mettre fin ou de les révoquer.

**QUESTIONS POUR LE FOURNISSEUR
DE VOTRE RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX**
Contactez La Financière Manuvie
1.800.268.6195 ou visitez www.manuvie.ca

QUESTIONS AU SUJET DE CE GUIDE D'INSCRIPTION
Visitez AskHR sur le site de Service Now
ou envoyez un courriel à
AskHR@tevapharm.com

Modalités du programme d'avantages sociaux

Le programme d'avantages sociaux **choix** comprend quatre (4) composantes qui vous offrent une vaste gamme d'options de protection :

- La **première** composante comprend une assurance-vie de base, une assurance de base en cas de décès ou mutilation par accident (DMA) et une assurance-accidents pour voyages d'affaires.
- La **deuxième** composante couvre les régimes d'assurance-invalidité de courte et longue durée.
- La **troisième** composante appelée « **choix** » vous offre un choix de trois (3) niveaux de protection soins médicaux et dentaires (voir le survol à la page suivante).
- La **quatrième** composante est l'ensemble des régimes d'assurance complémentaires qui vous offrent l'occasion d'augmenter votre assurance-vie et votre assurance DMA et acquérir une assurance pour maladies graves.

VOS choix

ASSURANCE-VIE DE BASE, ASSURANCE DMA DE BASE ET ASSURANCE-ACCIDENTS POUR VOYAGES D'AFFAIRES

Assurance-vie de base des employés	2 fois le salaire annuel* (maximum de 1 M\$)
Assurance DMA de base des employés	2 fois le salaire annuel (maximum de 1 M\$)
Assurance-accidents pour voyages d'affaires	2 fois le salaire annuel (maximum de 500 000 \$)

*Reportez-vous à la section **Les termes que vous devez connaître** pour la définition de « salaire ».

PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Invalidité de courte durée	75 % du salaire hebdomadaire jusqu'à concurrence de 3 500 \$ par semaine payables à partir du 6 ^e jour de maladie après une période d'attente de 1 semaine ouvrable) ou du 1 ^{er} jour de l'accident ou de l'hospitalisation.
Invalidité de longue durée	Choix de 45 %, 50 % ou 60 % du salaire mensuel (prestation libre d'impôt) jusqu'à concurrence de 13 000 \$ par mois.

ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES (FACULTATIVES)

Assurance-vie des employés	Unités de 10 000 \$ jusqu'à 250 000 \$
Assurance-vie pour le conjoint	Unités de 10 000 \$ jusqu'à 250 000 \$
Assurance-vie pour les personnes à charge	10 000 \$ pour le conjoint 5 000 \$ pour chaque enfant
Assurance DMA	10 000 \$ jusqu'à 350 000 \$ Protection individuelle ou familiale
Assurance pour maladies graves	Employé et conjoint 10 000 \$ jusqu'à 100 000 \$, en unités de 5 000 \$

Les choix – Survol de la protection soins médicaux et dentaires

	choix 1	choix 2	choix 3
SOINS MÉDICAUX			
Médicaments d'ordonnance	Teva 100 % Autres 70 % (génériques seulement)	Teva 100 % Autres 80 % (génériques seulement)	Teva 100 % Autres 90 % (génériques seulement)
Franchise annuelle pour soins médicaux	Franchise médicaments Individuelle 500 \$ Familiale 1 000 \$	Franchise soins médicaux* Individuelle 25 \$ Familiale 50 \$	s.o.
Déboursé maximal pour les médicaments	1 500 \$ par an et par personne	1 500 \$ par an et par personne	1 500 \$ par an et par personne
Hospitalisation	Non couverte	Chambre semi-privée Maximum de 250 \$ par jour	Chambre semi-privée Maximum de 275 \$ par jour
Infirmière en service privé	10 000 \$ en 3 ans	15 000 \$ en 3 ans	25 000 \$ en 3 ans
Services paramédicaux	Non couverts	80 % Total combiné de 750 \$ par an pour : Acupuncteur Podologue Chiropraticien Naturopathe Ostéopathe Podiatre Orthophoniste	90 % Total combiné de 1 000 \$ par an pour : Acupuncteur Podologue Chiropraticien Naturopathe Ostéopathe Podiatre Orthophoniste Massothérapeute
Soins de santé virtuels	100 %	100 %	100 %
Physiothérapie	Non couverte	100 % – 1 000 \$ par an	100 % – 1 000 \$ par an
Services de santé mentale	100 % – 1 500 \$ par an	100 % – 1 500 \$ par an	100 % – 1 500 \$ par an
Soins de la vue	Non couverts	100 % – 300 \$ en 24 mois	100 % – 350 \$ en 24 mois
Examens des yeux	Non couverts	100 % – 50 \$ en 24 mois	100 % – 80 \$ en 24 mois
Appareils, services médicaux et fournitures	Non couverts	80 %	90 %
SOINS DENTAIRES			
Soins préventifs et de restauration de base	Non couverts	80 %	90 %
Soins de restauration majeure	Non couverts	50 %	50 %
Soins orthodontiques	Non couverts	50 %	50 %
Maximums pour régime de soins dentaires	s.o.	2 000 \$ par an Soins de base, restauration mineure et majeure combinés Soins orthodontiques – 1 500 \$ à vie	2 500 \$ par an Soins de base, restauration mineure et majeure combinés Soins orthodontiques – 2 500 \$ à vie
Guide de frais dentaires	s.o.	Actuel	Actuel
CDSS ET COMPTE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE			
CDSS et Compte de conditionnement physique	Individuelle 1 000 \$ par an Familiale 2 500 \$ par an	Individuelle 400 \$ par an Familiale 1 000 \$ par an	Conditionnement physique 200 \$ par an
Contributions de l'employé aux soins médicaux et dentaires	s.o.	Individuelle 132 \$ par an Familiale 402 \$ par an	Individuelle 362 \$ par an Familiale 880 \$ par an

*Ne s'applique pas aux médicaments et aux hospitalisations.

Ce dont vous avez besoin pour vous inscrire

En plus du présent guide d'inscription au programme d'avantages sociaux, vous aurez aussi besoin d'autres renseignements pour compléter votre inscription. Voici une liste des éléments que vous pourriez trouver utiles ainsi que l'endroit où vous pouvez les trouver.

ÉLÉMENT	OBJECTIF	OÙ LE TROUVER
Guide d'inscription	Fournir un survol de vos régimes d'avantages sociaux et préciser certains facteurs dont il est important de tenir compte au moment de faire votre choix. Assurez-vous de lire le guide pour vous familiariser avec les choix disponibles.	Vous y êtes! Ou rendez-vous à l'adresse Service Now > People > My Benefits > choices Benefit Plan
Site d'inscription	Faire votre choix d'avantages sociaux, indiquer les personnes à charge et désigner les bénéficiaires.	HelpDesk_Flexit360@Telus.com
Liste des dépenses CDSS admissibles	Passer en revue les dépenses qui vous sont remboursables avec le CDSS.	Visitez le www.cra-arc.gc.ca et utilisez la fonction Recherche.
Liste des dépenses de conditionnement physique admissibles	Passer en revue les dépenses qui vous sont remboursables avec le Compte de conditionnement physique	Le présent guide (voir la section <i>Compte de conditionnement physique</i>).
Formulaire de preuve d'assurabilité	À remplir si vous augmentez votre niveau de protection invalidité de longue durée (après le choix initial), demandez une assurance-vie ou l'augmentation de votre assurance-vie facultative (employé ou conjoint) ou demandez une assurance facultative pour maladies graves. La protection entrera en vigueur sur approbation de la compagnie d'assurance.	Sur le site d'inscription au programme choix : https://app.websinc.ca/teva/login



Les termes que vous devez connaître

À mesure que vous prenez connaissance du programme d'avantages sociaux **choix**, voici quelques termes et éléments importants que nous utilisons tout au long de ce guide d'inscription :

- **ANNÉE DE PRESTATIONS**

Le niveau de protection que vous choisissez est en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre. La période est appelée « année de prestations »

- **COASSURANCE**

Il s'agit du montant payé par le régime. C'est le pourcentage d'une dépense admissible remboursée par le régime. Par exemple, 90 % de coassurance signifie que le régime rembourse 90 % des dépenses admissibles et que vous couvrez le 10 % qui reste.

- **CATÉGORIE DE PROTECTION**

Vous pouvez choisir entre deux niveaux de protection soins médicaux et soins dentaires :

- > Individuelle – Qui ne couvre que vous
- > Familiale – Qui vous couvre ainsi que les personnes à charge admissibles

- **FRANCHISE**

Le montant que vous devez défrayer avant que le régime ne verse des prestations.

- **MONTANT DÉBOURSÉ POUR LES MÉDICAMENTS**

Le montant que vous devez défrayer (ou réclamer de votre CDSS) par année de prestations avant que le régime d'assurance-médicaments ne rembourse 100 % des dépenses de médicaments.

- **GUIDE DE FRAIS DENTAIRE**

Un guide des frais suggérés pour les services dentaires établis annuellement par l'association des dentistes de chaque province.

- **PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE – CONJOINT**

Une personne à laquelle vous êtes légalement marié. Le terme « conjoint » peut inclure un partenaire de même sexe ou du sexe opposé avec lequel vous trouvez dans une relation de fait et reconnu comme partageant votre domicile depuis au moins un (1) an.

- **PERSONNE À CHARGE ADMISSIBLE – ENFANTS**

Comprend les enfants à charge non mariés de moins de 21 ans, ou jusqu'à l'âge de 25 ans s'ils étudient dans une université ou un établissement similaire à temps complet (preuve requise). Les enfants à charge adoptés et ceux du conjoint sont admissibles à une protection par le régime. Les enfants à charge qui ont dépassé l'âge limite pendant la protection, mais qui présentent une incapacité mentale ou physique, peuvent être inclus avec l'approbation de l'assureur.

- **COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ (CDSS)**

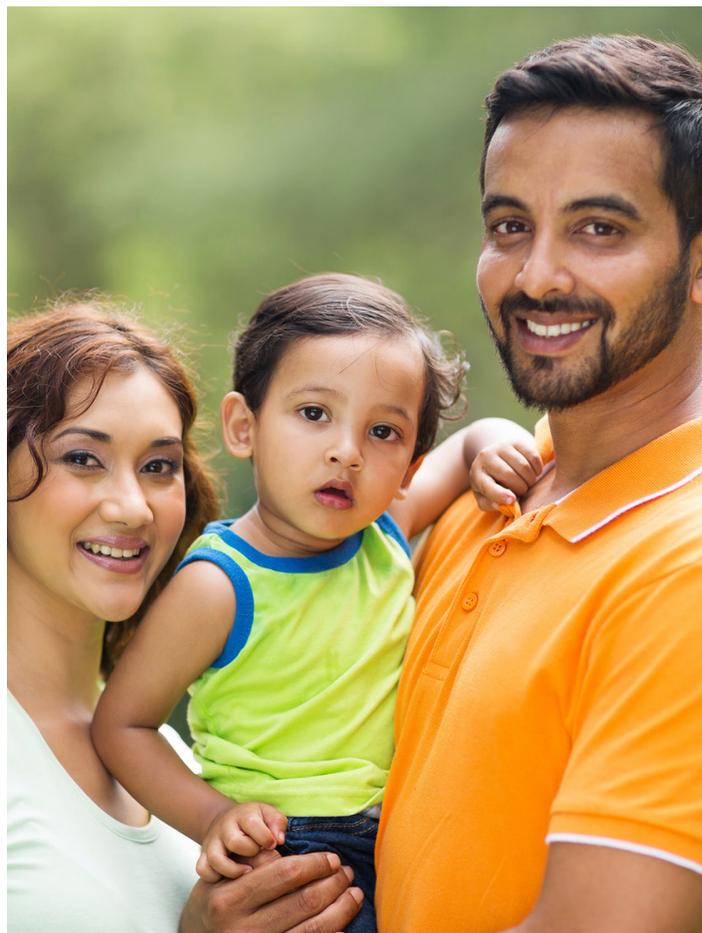
Si vous optez pour le **choix 1** ou le **choix 2**, Teva Canada déposera un montant dans un compte spécial avec l'assureur appelé Compte de dépenses de soins de santé. Vous pouvez utiliser les fonds dans votre CDSS pour payer les dépenses médicales ou dentaires qui ne sont pas prévues dans le cadre de votre couverture et qui sont admissibles en vertu de la Loi sur l'impôt comme dépense admissible. Veuillez consulter la liste des dépenses dont le paiement à partir du CDSS est actuellement admissible sur le site de l'Agence du revenu du Canada au www.cra-arc.gc.ca en utilisant la fonction Recherche.

- **COMPTE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE**

Si vous optez pour le **choix 1** ou le **choix 2**, vous pouvez transférer jusqu'à 50 % des fonds du Compte de dépenses de soins de santé à un compte spécial avec l'assureur appelé Compte de conditionnement physique. Si vous optez pour le **choix 3**, un Compte de conditionnement physique sera créé pour vous. Vous pouvez utiliser les fonds de votre compte de conditionnement physique pour couvrir toute dépense associée à un mode de vie actif. Les dépenses admissibles sont les frais d'adhésion liés aux activités sportives, les classes de conditionnement physique, l'équipement nécessaire pour aménager un gymnase chez soi et l'équipement de conditionnement physique en plein air, un club de santé et les entraîneurs personnels, les moniteurs d'activité physique portables, le coût des programmes de gestion du poids (comme Weight Watchers), à l'exclusion des produits alimentaires.

- **FORMULAIRE DE PREUVE D'ASSURABILITÉ**

Le processus par lequel vous fournissez une preuve de bonne santé pour vous et vos personnes à charge (le cas échéant), en remplissant un Questionnaire sur l'état de santé et en vous soumettant à un suivi si nécessaire. La compagnie d'assurance évalue et approuve les demandes.



Les éléments dont il faut tenir compte

Lorsque vous faites vos choix d'avantages sociaux, veuillez garder à l'esprit les éléments suivants :

INSCRIPTION ET MODIFICATION DE VOS CHOIX

Vous avez deux occasions de modifier vos choix et le nombre de personnes à couvrir :

- **Inscription annuelle**

En novembre de chaque année, vous aurez l'occasion de revoir et de modifier vos choix d'avantages sociaux au niveau suivant ou précédent. Si vous ne souhaitez pas faire de modification, vous conserverez votre protection actuelle.

- **Événement de la vie**

Vous pouvez également modifier vos choix entre les inscriptions annuelles (au niveau suivant ou précédent). Si vous vivez un événement admissible tel que décrit ci-dessous, vous pouvez accéder à votre compte d'avantages sociaux dans les 31 jours qui suivent pour modifier l'information relative à vos personnes à charge.

- > Mariage ou divorce
- > Naissance ou adoption d'un enfant
- > Décès d'une personne à charge
- > Perte ou gain de protection de conjoint
- > Perte ou gain d'admissibilité en raison de l'âge (21 ou 25 ans), mariage, etc.

POUR ACCÉDER À VOTRE COMPTE choix EN LIGNE...

<https://app.websinc.ca/teva/login>

Code d'identification : numéro de certificat du membre
(indiqué sur la carte d'assurance-médicaments).

- **Démarches habituelles et raisonnables**

Pour les services facturés par les professionnels de la santé, notre assureur évaluera les demandes de règlement suivant les démarches habituelles et raisonnables basées sur l'endroit où le service est fourni.

- **Définition du salaire aux fins de l'assurance-vie de base, de l'assurance DMA de base, de l'assurance-accidents pour voyages d'affaires et de l'assurance-invalidité à long terme (ILD)**

Le salaire est votre taux de rémunération annuelle plus la prime cible ou la prime d'incitation à la vente. Les augmentations du salaire de base entrent en vigueur immédiatement, mais votre salaire n'est recalculé et communiqué à l'assureur qu'une fois par an.

- **Preuve d'assurabilité**

Les employés qui veulent augmenter leur protection ILD, s'inscrire à l'assurance-vie facultative (employés ou personne à charge), ou augmenter la protection correspondante, devront remplir un formulaire de preuve d'assurabilité pour évaluation par la compagnie d'assurance. Après embauche, les employés qui veulent s'inscrire à l'assurance pour maladies graves, ou augmenter la protection correspondante, devront remplir un formulaire de preuve d'assurabilité pour les maladies graves. Si vous ne remplissez pas le formulaire de preuve d'assurabilité lorsque requis, ou si vous n'êtes pas approuvé par l'assureur, vous ne serez pas inscrit à la protection que vous avez demandée. Quand votre admissibilité à la protection a été déterminée par l'assureur, vous en serez avisé.

- **Prévision de dépenses**

Nous vous recommandons vivement de soumettre une prévision de dépenses à l'assureur avant d'accepter un appareil ou service médical ou un plan de traitement dentaire coûteux. Pour ce faire, remplissez un formulaire de demande de remboursement de soins médicaux ou dentaires et soumettez-le à l'assureur avec une copie de la description des services et une estimation des dépenses. L'assureur passera en revue votre prévision de dépenses et vous avisera du remboursement possible en donnant, au besoin, d'autres instructions.

- **Assurance-maladie provinciale**

Le régime d'avantages sociaux **choix** est conçu comme complément à la protection de soins de santé offerte par votre régime d'assurance-maladie provincial. Toute protection du régime d'assurance-maladie provincial qui est supprimée ou limitée sera revue au cas par cas pour en déterminer l'admissibilité par le régime d'avantages sociaux **choix**.

- **Lorsque votre protection prend fin**

Votre protection en vertu du régime d'avantages sociaux **choix** prend fin en même temps que votre emploi avec Teva Canada ou lorsque vous prenez votre retraite, selon ce qui se produit en premier. L'assurance invalidité de longue durée et l'assurance pour maladies graves prennent fin à l'âge de 65 ans. L'assurance soins médicaux et dentaires, l'assurance-vie de base, l'assurance vie facultative et l'assurance DMA peuvent être prolongées jusqu'à l'âge de 70 ans.

- **Maintien de la protection pour les survivants**

Si vous venez à décéder alors que des personnes à charge sont couvertes en vertu du régime, votre protection soins médicaux et dentaires sera maintenue pour ces personnes à charges admissibles et elles n'auront pas à payer de primes. Le maintien de cette protection prend fin avec l'expiration de la police ou des prestations, ou douze (12) mois après la date du décès, selon ce qui se produit en premier.

Coordination des avantages sociaux

Le régime d'avantages sociaux **choix** peut être beaucoup plus avantageux si vous pouvez le coordonner avec un autre régime d'avantages sociaux.

Si votre conjoint participe à un autre régime d'avantages sociaux, vous pouvez soumettre les demandes de remboursement aux deux régimes et obtenir un remboursement allant jusqu'à 100 % pour chaque dépense admissible.

Pour ce faire, vous devez suivre certaines règles d'assurance relatives à la protection familiale :

- Vous devez d'abord soumettre vos dépenses à l'assureur de Teva Canada, puis au régime de votre conjoint.
- Votre conjoint doit d'abord soumettre ses demandes de remboursement à son régime collectif, puis à l'assureur de Teva Canada.

Si la date de votre anniversaire de naissance précède celle de votre conjoint dans l'année, soumettez d'abord les demandes de remboursement pour vos enfants à l'assureur de Teva Canada; sinon, soumettez-les d'abord au régime de votre conjoint.

COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ ET COORDINATION DES AVANTAGES SOCIAUX

La coordination des régimes d'assurance en utilisant votre Compte de dépenses de soins de santé nécessite une étape supplémentaire dans le processus de demande de remboursement, mais l'effort en vaut largement la peine!

- Vous devez d'abord soumettre vos dépenses à l'assureur de Teva Canada, puis au régime de votre conjoint.
- Votre conjoint doit d'abord soumettre ses demandes de remboursement à son régime collectif, puis à l'assureur de Teva Canada.
- Soumettez d'abord les demandes de remboursement pour vos enfants au régime principal puis au régime secondaire (s'il y a lieu).
- S'il reste un déboursé, vous pouvez en demander le remboursement par le biais de votre Compte de dépenses de soins de santé.

VOUS TROUVEREZ LES INSTRUCTIONS NÉCESSAIRES POUR MODIFIER VOS RENSEIGNEMENTS SUR LA COORDINATION DES AVANTAGES SOCIAUX EN VISITANT LE SITE DE SERVICE NOW > PEOPLE > MY BENEFITS > CHOICES BENEFIT PLAN > COB



ASSURANCE-VIE DE BASE, ASSURANCE DMA DE BASE ET ASSURANCE-ACCIDENTS POUR VOYAGES D'AFFAIRES

Cette section explique en détail les prestations d'assurance-vie et d'assurance-accidents dont vous bénéficiez automatiquement en tant qu'employé de Teva Canada :

- L'assurance-vie
- L'assurance décès ou mutilation par accident (DMA)
- L'assurance-accidents pour voyages d'affaires

Vous n'avez pas besoin de faire de choix pour ces assurances car elles sont couvertes à 100 % par Teva Canada.

ASSURANCE-VIE DE BASE

Grâce au programme d'avantages sociaux **choix**, vous bénéficiez automatiquement d'une protection assurance-vie égale à :

DEUX (2) FOIS LE SALAIRE ANNUEL
(maximum de 1 million de dollars)

Cette protection est automatique et débute le jour de votre embauche. Elle est arrondie à la tranche de 1 000 \$ supérieure si elle n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$. Si vous décédez, quelle qu'en soit la cause, les prestations seront versées nettes d'impôt au bénéficiaire que vous avez désigné et seront basées sur votre salaire annuel au moment du décès.

COÛT DE L'ASSURANCE-VIE DE BASE

Teva Canada défraie le coût total de la protection assurance-vie de base. L'Agence du revenu du Canada considère que le coût encouru par Teva Canada pour fournir cette assurance constitue pour vous un avantage social imposable. Lors de chaque paie, le montant de la prime pour fournir cette protection est inclus comme faisant partie de votre paie aux fins d'imposition seulement.

ET SI VOUS VOULEZ UNE PROTECTION ACCRUE?

Si vous avez besoin d'une protection assurance-vie supplémentaire pour vous ou vos personnes à charge admissibles, une protection facultative est offerte par le biais des assurances complémentaires du programme d'avantages sociaux **choix**. Veuillez vous reporter à la section Assurances complémentaires pour de plus amples informations.

ASSURANCE DMA DE BASE

Grâce au programme d'avantages sociaux **choix**, vous bénéficiez automatiquement d'une protection DMA de base égale à :

DEUX (2) FOIS LE SALAIRE ANNUEL
(maximum de 1 million de dollars)

L'assurance DMA de base vous offre une protection 24 heures par jour si vous décédez ou êtes gravement blessé dans un accident, au travail ou non lors d'un déplacement d'affaires, en vacances ou à la maison. Si vous décédez dans un accident, votre prestation sera 100 \$ de votre protection, soit deux (2) fois votre salaire annuel. Les prestations d'assurance DMA sont versées nettes d'impôt à votre bénéficiaire en supplément des prestations d'assurance-vie de base mais ne remplacent pas l'assurance-vie car elles ne sont payables qu'en cas d'accident. Si vous êtes gravement blessé, vos prestations seront un pourcentage de

vos prestations selon un tableau détaillé des prestations.

COÛT DE L'ASSURANCE DMA DE BASE

Teva Canada défraie le coût total de la protection assurance DMA de base des employés. Ce coût n'est pas actuellement un avantage imposable*.

*Sauf au Québec.

AUTRES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE DMA

Voici quelques-unes des prestations incluses dans la couverture d'assurance DMA de base :

- Réadaptation
- Formation professionnelle du conjoint
- Éducation des personnes à charge
- Port de la ceinture de sécurité
- Frais de garde d'enfants
- Transport familial
- Rapatriement
- Allocation pour frais d'hospitalisation
- Aménagement résidentiel et modification de véhicule
- Exposition aux éléments et disparition
- Invalidité totale permanente
- Accident de véhicule de transport collectif

ET SI VOUS VOULEZ UNE PROTECTION ACCRUE?

Si vous voulez une protection assurance DMA supplémentaire pour vous ou pour vos personnes à charge, une protection facultative est offerte par le biais des assurances complémentaires du programme d'avantages sociaux. Veuillez vous reporter à la section Assurances complémentaires pour de plus amples informations.

ASSURANCE-ACCIDENTS POUR VOYAGES D'AFFAIRES

Grâce à l'assurance-accidents pour voyages d'affaires, vous obtenez automatiquement une assurance-accidents supplémentaire en cas de décès accidentel pendant un voyage d'affaires pour le compte de la société. Les prestations d'assurance-accidents pour voyages d'affaires sont égales à :

DEUX (2) FOIS LE SALAIRE ANNUEL
(maximum de 500 000 dollars)

Elles sont payables à votre bénéficiaire désigné. Les prestations d'assurance-accidents sont versées nettes d'impôt en supplément des prestations d'assurance-vie mais ne sont pas un substitut pour l'assurance-vie puisqu'elles ne sont payables qu'en cas d'accident mortel se produisant pendant un voyage d'affaires. L'assurance-accidents pour voyages d'affaires ne couvre pas les déplacements quotidiens vers et depuis le lieu de travail. La protection démarre au début de votre voyage d'affaires, que vous partiez de chez vous ou du bureau (selon ce qui se produit en dernier) et se termine lorsque vous rentrez chez vous ou au bureau (selon ce qui se produit en premier). Le bénéficiaire de l'assurance-accidents pour voyages d'affaires est celui que vous désignez pour l'assurance-vie de base.

choix

...pour un avenir en bonne santé

ASSURANCE-INVALIDITÉ

Teva Canada offre deux types de protection invalidité pour vous procurer une sécurité financière si vous êtes dans l'impossibilité de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure non liée au travail :

- L'invalidité de courte durée (ICD)
- L'invalidité de longue durée (ILD)

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Les prestations d'invalidité de courte durée (ICD) peuvent assurer une certaine continuité de votre salaire pendant que vous êtes dans l'impossibilité de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure non liées au travail. Le régime d'ICD peut maintenir une partie de votre rémunération pendant une durée maximale de vingt-six (26) semaines.

Ces prestations sont égales à 75 % des revenus hebdomadaires de base jusqu'à concurrence de 3 500 \$ par semaine. Les prestations débutent le premier jour de l'invalidité due à un accident, le premier jour de l'invalidité due à une hospitalisation ou le sixième jour (ou après une période d'attente de 1 semaine ouvrable) de l'invalidité due à une maladie.

COÛT DE LA PROTECTION ICD

Teva Canada défraie le coût complet de la protection ICD. Par conséquent, les prestations payables en vertu du régime sont imposables à la source.

INVALIDITÉ RÉCURRENTÉ

Si après une période d'invalidité, vous reprenez un travail actif et devez vous arrêter de nouveau dans les trente (30) jours qui suivent, la récurrence sera considérée une prolongation de la demande initiale.

**Vous devez utiliser les jours de protection du revenu payés par Teva Canada, si disponibles, jusqu'à un maximum de cinq (5) jours par demande.*

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

Le montant payable en vertu de cette assurance est calculé en déduisant de vos prestations toutes les autres sources de revenu tel que stipulé dans la police principale, notamment tout autre régime d'invalidité ou de retraite de la société.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Veuillez noter que les conditions de la protection, y compris la liste complète des exclusions, figurent dans le Livret d'avantages sociaux de Manuvie, lequel est disponible sur demande ou en ligne à l'adresse www.manuvie.ca

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Si vous êtes invalide et que votre invalidité se prolonge au-delà des vingt-six (26) semaines couvertes par le régime d'invalidité de courte durée, ce régime d'invalidité de longue durée (ILD) peut vous procurer une sécurité financière jusqu'à ce que vous retourniez au travail (pourvu que vous soyez considéré invalide par la compagnie d'assurance). Les prestations peuvent continuer jusqu'à votre rétablissement, votre décès ou votre départ à la retraite, selon ce qui se produit en premier.

Vous avez le choix entre trois options d'ILD :

CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3
45 % du salaire jusqu'à un maximum de 13 000 \$ par mois	50 % du salaire jusqu'à un maximum de 13 000 \$ par mois	60 % du salaire jusqu'à un maximum de 13 000 \$ par mois

ADMISSIBILITÉ À L'ILD

Pour être admissible aux prestations d'ILD, vous devez satisfaire les exigences suivantes :

- Être totalement invalide. Une invalidité totale signifie une limite ou un manque de capacité en raison d'une maladie ou blessure qui vous empêche d'exercer les fonctions essentielles de :
 - » Votre propre poste pendant la période de qualification et les deux (2) années qui la suivent immédiatement.
 - » Tout poste pour lequel vous êtes qualifié, ou pourriez raisonnablement le devenir grâce à une formation, des études ou de l'expérience après deux (2) années mentionnées ci-dessus.
- Fournir de temps à autre des preuves de la continuation de votre invalidité jugées acceptables par l'assureur
- Ne pas occuper un poste rémunéré, à l'exception d'un programme de réhabilitation approuvé
- Être suivi par un médecin habilité
- Faire approuver les prestations d'ILD par la compagnie d'assurance au moment de l'invalidité
- Participer à l'un des régimes d'assurance ILD au moment de votre invalidité
- Suivre les conseils médicaux de votre médecin et participer aux efforts de réhabilitation qui vous sont suggérés par votre médecin traitant

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Si vous voulez augmenter le montant de protection ILD (après votre choix initial), vous devrez remplir un formulaire de preuve d'assurabilité. Lorsque vous faites une demande d'inscription à l'assurance ILD, vous devez avoir un emploi actif pour que la demande soit valide. Si vous ne remplissez pas le formulaire de preuve d'assurabilité lorsque requis, ou si vous n'êtes pas approuvé par l'assureur, vous ne recevrez pas la protection accrue que vous avez demandée. Lorsque votre protection accrue aura été approuvée, vous en serez avisé.

COÛT DE LA PROTECTION ILD

Vous devez défrayer le coût du régime d'ILD sous forme de déductions salariales. Du fait que vous payez les coûts du régime, il convient de souligner que les prestations versées par l'assureur sont **exemptes d'impôt**.

CALCUL DU COÛT ACTUEL DE LA PROTECTION ILD – TAUX DES PRIMES D'ILD (Mensuels par 100 \$ de prestations)

choix 1 : (45 % du salaire) = 0,944 \$

choix 2 : (50 % du salaire) = 1,029 \$

choix 3 : (50 % du salaire) = 1,157 \$

Veillez vous servir de l'exemple suivant comme guide lors du calcul du coût de votre protection ILD. Les taux indiqués sont par 100 \$ de prestations mensuelles d'ILD. L'exemple repose sur un salaire annuel de 50 000 \$ et sur le **choix 2** – 50 %.

- Étape 1 : 50 000 \$ / 12 mois = 4 167 \$
- Étape 2 : 4 167 \$ X 50 % = 2 083,50 \$
- Étape 3 : 2 083,50 \$ X 1 029 \$ (taux d'ILD) = 2 143,92 \$
- Étape 4 : 2 143,92 \$ / 100 \$ = 21,44 \$ coût mensuel
- Étape 5 : (21,44 \$ x 12 mois) / 26 pays = 9,90 \$/paie

Les taux d'ILD et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec.

INVALIDITÉ RÉCURRENTÉ

Si une invalidité est récurrente et que la cause est la même ou connexe, elle sera considérée comme une invalidité continue et ne sera pas assujettie à la période de qualification aux prestations d'invalidité, à moins que vous n'ayez repris un emploi actif à temps complet pour une période de six (6) mois ou plus.

COMMENT FONCTIONNE LE RÉGIME?

Si la compagnie d'assurance estime que vous êtes admissible aux prestations d'ILD, elles débuteront après la période de vingt-six (26) semaines pendant laquelle vous recevez des prestations d'ICD. Les prestations d'ILD peuvent durer jusqu'à ce que vous soyez rétabli, atteigniez l'âge de 65 ans, preniez votre retraite ou décédiez, selon ce qui se produit en premier.

INTÉGRATION AVEC LES AUTRES PRESTATIONS

Le niveau de prestations d'invalidité auquel vous êtes admissible en vertu du régime d'ILD comprend tout revenu d'invalidité que vous avez le droit de percevoir d'autres sources, y compris les prestations d'invalidité primaire ou les prestations gouvernementales du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec (RPC ou RRQ) et tout régime provincial d'indemnités pour accident du travail. Si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité d'une de ces sources, les prestations d'ILD de Teva Canada seront réduites.

LE MAXIMUM TOUTES SOURCES CONFONDUES

Vos prestations mensuelles d'ILD peuvent être réduites encore plus pour empêcher le total des prestations de dépasser le maximum permis pendant votre ILD. La valeur combinée des prestations que vous recevez pendant que vous êtes en ILD ne peut pas dépasser 85 % de vos revenus mensuels nets avant invalidité. Les revenus suivants seront considérés comme contribuant au total de vos prestations mensuelles aux fins du calcul de vos prestations maximales :

- Les prestations d'invalidité gouvernementales du RPC ou RRQ
- Les prestations de tout régime gouvernemental (p. ex., indemnités pour accident du travail)

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Aucune prestation n'est payable à un employé assuré pour toute invalidité totale débutant dans les douze (12) mois de la date d'entrée en vigueur de son assurance si une maladie ou une blessure accidentelle, pour laquelle l'employé a reçu des traitements médicaux ou a pris un médicament prescrit dans les quatre-vingt-dix (90) jours qui précèdent la date d'entrée en vigueur de l'assurance, a causé l'invalidité ou y a contribué.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Veillez noter que les conditions de la protection, y compris la liste complète des exclusions, figurent dans le Livret d'avantages sociaux de Manuvie, lequel est disponible sur demande ou en ligne à l'adresse www.manuvie.ca.

SUBROGATION – ICD ET ILD

Si vous avez droit à une compensation pour perte de revenus d'une tierce partie à la suite de l'incident qui a causé l'invalidité ou qui y a contribué, pour laquelle des prestations sont payées ou payables, l'assureur demandera subrogation de tous vos droits de recours pour perte de revenus jusqu'à concurrence du montant des prestations payées ou payables par l'assureur. Vous devrez signer des documents dans ce sens tel que requis par l'assureur.

Le terme compensation inclut tout paiement forfaitaire ou périodique que vous pourriez recevoir ou auquel vous auriez droit en vertu d'une perte de revenus passée, présente ou future.

EMPLOI DE RÉADAPTATION

Si vous entreprenez un programme de réadaptation approuvé en vue du retour au travail comprenant un horaire réduit, vos prestations d'ILD seront coordonnées avec vos revenus d'emploi.

PROGRAMME DE PRISE EN CHARGE DE L'INVALIDITÉ

Teva Canada a élaboré un programme de prise en charge de l'invalidité avec les services de santé de Teva Canada et la Financière Manuvie. L'objectif du programme est de vous aider à retourner à un emploi productif si vous devenez totalement invalide et êtes admissible aux prestations. Notre équipe de prise en charge se compose de conseillers médicaux, d'agents d'indemnisation et les directeurs médicaux de nos services de santé. L'équipe travaillera avec vous et votre médecin pour vous aider dans votre rétablissement et réintégration au travail.

choix

...pour un avenir en bonne santé

LES choix – SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Cette section explique en détail la protection qui vous est offerte pour :

- Les soins médicaux
- Les soins dentaires
- Le Compte de dépenses de soins de santé
- Le Compte de conditionnement physique

Lorsque vous vous inscrivez au programme d'avantages sociaux **choix**, vous devez choisir l'un de trois (3) régimes de soins médicaux et dentaires offerts par le programme.

La protection de soins médicaux et dentaires est différente avec chaque **choix**, allant d'une protection minimale avec la souplesse d'un Compte de dépenses de soins de santé ou

d'un Compte de conditionnement physique avec le **choix 1**, à une protection étendue avec le **choix 3**, incluant un compte de Conditionnement physique.

Il faut noter que la protection offerte sous chaque **choix** ne peut pas être divisée. Par exemple, si vous optez pour le **choix 2**, vous recevrez nécessairement les protections soins médicaux et dentaires offertes sous ce régime.

Veuillez étudier cette section attentivement avant de choisir un régime. En prenant le temps de vous familiariser avec le programme d'avantages sociaux **choix**, vous serez en mesure de choisir les avantages sociaux qui répondent le mieux à vos besoins.

RÉSUMÉ DE LA PROTECTION SOINS MÉDICAUX

Pour vous aider à choisir le niveau de protection qui répond le mieux à vos besoins et à ceux de votre famille, le programme d'avantages sociaux **choix** propose trois (3) régimes :

SOINS MÉDICAUX	choix 1*	choix 2	choix 3
Médicaments d'ordonnance	Teva 100 % / Autres 70 % Génériques seulement	Teva 100 % / Autres 80 % Génériques seulement	Teva 100 % / Autres 90 % Génériques seulement
Franchise annuelle pour soins médicaux	Franchise médicaments Individuelle 500 \$ Familiale 1 000 \$	Franchise médicaments** Individuelle 25 \$ Familiale 50 \$	s.o.
Déboursé maximal pour les médicaments	1 500 \$ par an et par personne	1 500 \$ par an et par personne	1 500 \$ par an et par personne
Hospitalisation	Non couverte	Chambre semi-privée Maximum de 250 \$ par jour	Chambre semi-privée Maximum de 250 \$ par jour
Infirmière en service privé	10 000 \$ en 3 ans	15 000 \$ en 3 ans	25 000 \$ en 3 ans
Services paramédicaux	Non couverts	80 % Total combiné de 750 \$ par an pour : acupuncteur podologue chiropraticien naturopathe ostéopathe podiatre orthophoniste	90 % Total combiné de 1 000 \$ par an pour : acupuncteur podologue chiropraticien naturopathe ostéopathe podiatre orthophoniste massothérapeute
Soins de santé virtuels	100 %	100 %	100 %
Physiothérapie	Non couverte	100 % – 1 000 \$ par an	100 % – 1 000 \$ par an
Services de santé mentale	100 % – 1 500 \$ par an	100 % – 1 500 \$ par an	100 % – 1 500 \$ par an
Soins de la vue	Non couverts	100 % – 300 \$ en 24 mois	100 % – 350 \$ en 24 mois
Examens des yeux	Non couverts	100 % – 50 \$ en 24 mois	100 % – 80 \$ en 24 mois
Appareils, services médicaux et fournitures	Non couverts	80 %	90 %
CDSS / Compte de conditionnement physique	Individuelle – 1 000 \$ par an Familiale – 2 500 \$ par an	Individuelle – 400 \$ par an Familiale – 1 000 \$ par an	200 \$ par an Compte de conditionnement physique

*Il est important de souligner que le choix 1 donne droit à un niveau de protection minimal (il prévoit un remboursement suivant le paiement de votre franchise) et est principalement destiné à ceux qui estiment ne pas avoir besoin d'une protection étendue ou qui détiennent une protection soins médicaux et dentaires dans le cadre d'un autre régime (p. ex., par le biais du régime du conjoint). Si vous soumettez rarement une demande de remboursement de dépenses médicales ou dentaires, vous pourriez opter pour le choix 1 et utiliser le Compte de dépenses de soins de santé (CDSS) pour payer directement vos dépenses médicales ou dentaires. ** Ne s'applique pas aux médicaments et aux hospitalisations.

choix

...pour un avenir en bonne santé

MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE

Pour vous aider à prendre votre décision, nous fournissons ici une brève description des caractéristiques individuelles de la composante soins médicaux du programme d'avantages sociaux **choix**.

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Médicaments d'ordonnance	100 % Teva / 70 % Autres Génériques seulement	100 % Teva / 80 % Autres Génériques seulement	100 % Teva / 90 % Autres Génériques seulement
Franchise annuelle pour soins médicaux	Franchise médicaments Individuelle 500 \$ Familiale 1 000 \$	s.o.	s.o.
Déboursé maximal pour les médicaments	1 500 \$ par an et par personne	1 500 \$ par an et par personne	1 500 \$ par an et par personne

DÉPENSES ADMISSIBLES

Selon le choix que vous avez fait, vous pourriez avoir droit au remboursement des dépenses de médicaments d'ordonnance admissibles qui suivent :

- Les frais raisonnables et normaux encourus pour les médicaments nécessaires sur le plan médical et fournis par un médecin habilité ou un pharmacien légalement autorisé à fournir de tels médicaments et prescrits par un médecin ou autre professionnel autorisé par la législation provinciale à prescrire des médicaments pour traiter une maladie ou une blessure, conformément à la Loi sur les aliments et drogues au Canada, pourvu que ces médicaments ne puissent être obtenus en vente libre.
- Les préparations injectables identifiées par l'administrateur et les sérums antiallergiques.
- Les coûts de l'insuline, des aiguilles et des seringues pour l'administration d'insuline sauf lorsque ceci est couvert par le régime d'assurance-maladie provincial.
- Les médicaments et les aides pour le sevrage du tabagisme (jusqu'à concurrence de 300 \$ par an).
- Les médicaments pour la dysfonction érectile (p. ex. Viagra) jusqu'à concurrence de 500 \$ par an.
- La protection est assujettie au pourcentage de remboursement et aux maximums annuels indiqués pour le régime que vous choisissez.
- Le programme de remboursement des spécialités pharmaceutiques de Manulife est en place pour les personnes qui prennent des médicaments destinés à soigner des affections complexes, chroniques ou menaçant le pronostic vital. Si on vous inscrit à ce programme, un infirmier gestionnaire de cas communiquera avec vous et fera le nécessaire pour vous aider à obtenir vos médicaments et à prendre votre affection en charge.

Les éléments suivants **ne sont pas** considérés des dépenses admissibles :

- Les vitamines, les aliments pour bébé les formules, les suppléments alimentaires, les minéraux et les protéines.
- Les frais pour les médicaments, les sérums, les médicaments injectables ou les fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada, qui sont expérimentaux ou qui sont d'usage limité, qu'ils soient approuvés ou non.
- Les frais pour les médicaments, les sérums, les médicaments injectables ou les fournitures lorsqu'ils sont administrés en milieu hospitalier, qu'ils soient administrés à titre de patient interne ou externe (couverts par le régime d'assurance-maladie provincial).

Il y a plusieurs sources disponibles pour identifier les dépenses admissibles. Vous pouvez contacter la Financière Manuvie directement, en ligne ou au numéro sans frais **1.800.268.6195**. Vous pouvez également obtenir confirmation de l'admissibilité directement de votre pharmacie en utilisant votre carte de paiement direct des médicaments

RÉGIME D'ASSURANCE-MÉDICAMENTS LIMITÉ AUX VERSIONS GÉNÉRIQUES

Le régime d'assurance-médicaments de Teva Canada est un régime limité aux versions génériques. Cela signifie que vous serez remboursé en fonction du coût du médicament générique, que vous achetiez le médicament générique ou le médicament d'origine, sans exception (même si votre médecin précise « aucune substitution »). S'il n'y a pas d'équivalents génériques pour le médicament qui vous a été prescrit, vous serez remboursé pour le coût du médicament d'origine au montant de coassurance du régime que vous avez choisi.

ACHETEZ TEVA!

Veuillez garder à l'esprit ce qui suit lorsque vous faites remplir une prescription :

1. Signalez à votre médecin que votre régime d'assurance-médicaments est un régime limité aux versions génériques.
Demandez-lui de prescrire un médicament générique si possible.
2. Informez votre pharmacien que votre préférence pour tous les médicaments prescrits est la marque Teva. Si votre pharmacien remplit une prescription avec un médicament de marque Teva, le régime couvre le coût total sans déboursé de votre part (après la franchise dans le cas de **choix 1**).
3. Si votre prescription ne peut pas être remplie avec un médicament de marque Teva, demandez au pharmacien de vous fournir une version générique du médicament. Les médicaments génériques coûtent moins cher que les médicaments d'origine, ce qui réduit le montant que vous devez déboursé.

choix

...pour un avenir en bonne santé

QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE?

Un médicament générique est une copie d'un médicament d'origine précis dont les ingrédients actifs, la posologie et l'efficacité sont les mêmes que ceux du médicament d'origine, qui coûte plus cher.

LE NAVIGATEUR DES SERVICES MÉDICAUX

Avez-vous, ou l'une de vos personnes à charge admissibles, fait l'objet d'un diagnostic de trouble médical? Vous est-il arrivé d'avoir de la difficulté à trouver un médecin dans votre région? Existe-t-il des groupes d'entraide communautaires en mesure de vous venir en aide pour le trouble dont votre enfant est atteint? Le navigateur des services médicaux est une ressource intégrée de navigation des soins de santé et d'information sur la santé qui se double d'un service offrant un deuxième avis médical par l'intermédiaire de la Financière Manuvie. Vous pouvez obtenir des informations détaillées au sujet du navigateur des services médicaux en consultant le site sécurisé des participants aux régimes de Manuvie, au www.manulife.ca/groupebenefits, ou en appelant le centre de services aux membres, au **1-800-875-1264**.

DÉBOURSÉ MAXIMAL POUR LES MÉDICAMENTS

Pour les médicaments d'ordonnance qui ne sont pas de marque Teva, vous devrez payer une partie de votre demande de remboursement admissible en raison de la franchise pour médicaments du choix 1 au départ (500 \$ pour la protection individuelle et 1 000 \$ pour la protection familiale) et en raison de la coassurance (protection de 70 % avec le **choix 1**, 80 % avec le **choix 2** et 90 % avec le **choix 3**). Le montant que vous payez est votre déboursé.

Pour votre protection financière en cas de dépenses de médicaments inattendues, il y a un maximum de 1 500 \$ par personne et par an pour les frais déboursés. Ceci signifie que lorsque vous, ou la personne à charge, atteignez le maximum de frais déboursés au cours d'une année d'avantages sociaux, le régime vous versera 100 % des demandes de remboursement supplémentaires jusqu'à la fin de l'année. Votre total de frais déboursés est calculé à partir du début de chaque année d'avantages sociaux. Tous les frais déboursés pour vos personnes à charge entreront dans le calcul de leur maximum.

CARTE DE PAIEMENT DIRECT DES MÉDICAMENTS

Une carte de paiement direct des médicaments d'ordonnance émise par l'assureur de Teva Canada sera fournie à tous les employés. Avec cette carte, vos demandes de remboursement de médicaments admissibles seront réglées automatiquement à toute pharmacie qui honore le système de paiement direct. Vous ne payerez que votre part des coûts (s'il y a lieu).

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Veillez noter que les conditions de la protection, y compris la liste complète des exclusions, figurent dans le Livret d'avantages sociaux de Manuvie, lequel est disponible sur demande ou en ligne à l'adresse www.manuvie.ca.

HOSPITALISATION

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Hospitalisation	Non couverte	Chambre semi-privée Maximum de 250 \$ par jour	Chambre semi-privée ou privée Maximum de 275 \$ par jour

DÉPENSES ADMISSIBLES

La protection définie dans chaque choix réfère au séjour dans un hôpital habilité et enregistré, où une partie des frais sont couverts par le régime provincial.

CENTRE DE CONVALESCENCE

La protection est limitée à une chambre semi-privée pendant 120 jours par invalidité si le patient est admis pour soigner le même trouble que celui pour lequel il a été hospitalisé, immédiatement après un séjour minimal de trois (3) jours à l'hôpital.

INFIRMIÈRE EN SERVICE PRIVÉ

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Infirmière en service privé	10 000 \$ en 3 ans	15 000 \$ en 3 ans	25 000 \$ en 3 ans

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les frais pour les services d'une infirmière autorisée ou d'une infirmière praticienne autorisée pendant que le patient n'est pas hospitalisé, pourvu que l'infirmière en question ne réside pas normalement au domicile de l'employé et ne soit pas apparentée à l'employé ou à son conjoint. Ces frais seront considérés des dépenses admissibles seulement s'ils sont requis pour des soins recommandés par un médecin et que ces soins sont nécessaires sur le plan médical et sont préapprouvés par l'assureur.

choix

...pour un avenir en bonne santé

QU'EST-CE QU'UN MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE?

Un médicament générique est une **copie** d'un médicament de marque ayant les mêmes ingrédients actifs, la même teneur et la même efficacité que le médicament de marque plus cher.

SERVICES PARAMÉDICAUX

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Services paramédicaux	Non couverts	80 % Total combiné de 750 \$ par an pour : acupuncteur podologue chiropraticien naturopathe ostéopathe podiatre orthophoniste	90 % Total combiné de 1 000 \$ par an pour : acupuncteur podologue chiropraticien naturopathe ostéopathe podiatre orthophoniste massothérapeute
Physiothérapie	Non couverte	100 % – 1 000 \$ par an	100 % – 1 000 \$ par an
Services de santé mentale	100 % – 1 500 \$ par an	100 % – 1 500 \$ par an	100 % – 1 500 \$ par an

DÉPENSES ADMISSIBLES – SERVICES PARAMÉDICAUX

Les frais pour les services d'un orthophoniste/pathologiste, ostéopathe, chiropraticien, podiatre, podologue, acupuncteur (le choix 3 inclut également les massothérapeutes) ou physiothérapeute agréé exerçant dans son domaine d'expertise. Les frais de radiographie ne sont pas couverts. Les services d'un naturopathe sont également couverts, mais pas les produits.

DÉPENSES ADMISSIBLES – SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les frais pour les services de counseling, de psychothérapie et de psychologie non couverts par aucun régime d'assurance-maladie provincial. Professionnels inclus : psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes, travailleurs sociaux, conseillers cliniciens, thérapeutes matrimoniaux/familiaux agréés. Veuillez noter que la massothérapie est une dépense admissible sous le CDSS pour le **choix 1** et le **choix 2**.

SOINS DE SANTÉ VIRTUELS

Les soins virtuels Maple sont un service qui vous permet de consulter un médecin canadien en ligne instantanément en cas de besoin, et ce, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, tous les jours de l'année. Vous pouvez accéder aux médecins de Maple à partir de votre ordinateur, de votre téléphone intelligent ou de votre tablette pour recevoir un diagnostic, des conseils médicaux et un traitement. Une invitation à vous inscrire sera envoyée à votre adresse courriel de Teva. Pour en savoir plus, visitez le site **Service Now > People > My Benefits > Maple Virtual Healthcare**.

SOINS DE LA VUE

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Soins de la vue	Non couverts	100 % – 300 \$ en 24 mois	100 % – 350 \$ en 24 mois
Examens des yeux	Non couverts	100 % – 50 \$ en 24 mois	100 % – 80 \$ en 24 mois

DÉPENSES ADMISSIBLES

- Les lentilles et montures de lunettes, la chirurgie oculaire au laser ou les lentilles cornéennes.
- Les lentilles cornéennes prescrites pour un astigmatisme prononcé de la cornée, une taie cornéenne dense, un kératocône (cornée conique) ou une aphakie, pourvu que l'acuité visuelle puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 par des lentilles cornéennes et non par des verres correcteurs.
- Les examens des yeux pratiqués par un optométriste qualifié à moins que ce ne soit couvert par le régime provincial.
- L'assureur entame la période de 24 mois à compter de la date de la dernière demande de remboursement considérée.

choix

...pour un avenir en bonne santé

APPAREILS, SERVICES MÉDICAUX ET FOURNITURES

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Appareils, services médicaux et fournitures	Non couverts	80 %	90 %

DÉPENSES ADMISSIBLES

Sur prescription écrite d'un médecin habilité, les dépenses raisonnables et usuelles pour l'achat ou la location de matériel médical durable, conçu principalement pour utilisation en milieu hospitalier, utilisé principalement à de fins thérapeutiques et nécessaire sur le plan médical pour le traitement du trouble existant. Certains services ou fournitures sont assortis de maximums précis en vertu du régime tel qu'indiqué ci-dessous:

Appareils, services médicaux et fournitures	Maximum
Appareils auditifs (excluant réparations et piles) tel que prescrit par un audiologiste agréé	500 \$ en 5 ans
Inducteurs d'ovulation	15 000 \$ à vie
Analyses de laboratoire et radiographies (non couvertes par le régime provincial)	500 \$ par an

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET ORTHÈSES

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Chaussures orthopédiques et orthèses	Non couvertes	80 % 300 \$ par an	90 % 300 \$ par an

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les frais pour les chaussures orthopédiques et les orthèses qui ont été conçues et moulées précisément pour l'assuré et qui sont requises pour corriger un handicap physique diagnostiqué, pourvu que l'information suivante soit fournie :

- Un diagnostic incluant la liste des symptômes et la plainte principale
- La description des observations physiques découlant de l'examen clinique
- Une brève description de l'anomalie de la démarche associée au diagnostic
- La confirmation que le produit a été fait sur mesure

Pour être admissibles au remboursement, les chaussures orthopédiques et orthèses doivent être prescrites par des professionnels ayant les qualifications suivantes :

- Médecin omnipraticien ou spécialiste, podiatre (DMP), podologue (D CH ou D Pod M) et fournis par l'un des professionnels suivants :
 - » Médecin omnipraticien ou spécialiste, orthésiste Co (c) ou CPO (c), podo-orthésiste C Ped (C) ou C Ped (MC), podiatre (DPM) ou podologue (D CH ou D Pod M).



SERVICES AMBULANCIERS

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Ambulance terrestre ou ambulance aérienne approuvée	Non couverte	80 %	90 %

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les frais pour les services ambulanciers professionnels, autres que par compagnie aérienne, pour se rendre à l'hôpital le plus proche équipé pour administrer le traitement.

SOINS DENTAIRES SUITE À UN ACCIDENT

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Soins dentaires par suite d'un accident	Non couverts	80 % des dépenses admissibles	90 % des dépenses admissibles

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les frais pour les traitements dentaires requis à la suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles ou à la mâchoire. L'accident doit être dû à une force ou à un coup externe à la bouche et doit avoir eu lieu pendant que la personne était couverte pour ce genre d'incident. Les traitements doivent être reçus et leur paiement approuvé dans les douze (12) mois suivant l'accident. Les blessures subies en mordant ou en mâchant ne sont pas couvertes.

URGENCE EN DEHORS DE LA PROVINCE OU DU PAYS

SOINS MÉDICAUX	choix 1	choix 2	choix 3
Urgence en dehors de la province ou du pays	100 % des dépenses admissibles	100 % des dépenses admissibles	100 % des dépenses admissibles

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les dépenses admissibles pour la protection médicale d'urgence pendant que vous ou vos personnes à charge voyagez en dehors de la province ou du Canada pendant un maximum de soixante (60) jours. Le régime couvre 100 % des frais hospitaliers d'urgence et des honoraires de médecin qui dépassent le montant remboursé par le régime d'assurance-maladie provincial.

Cette protection comprend également une assistance-voyages d'urgence qui inclut des services d'assistance médicale, des soins médicaux d'urgence, des services de transport et des services personnels et juridiques. Veuillez appeler la Financière Manuvie si vous avez besoin d'aide ou désirez obtenir plus de détails sur ce régime.

Vous et vos personnes à charge admissibles devez avoir une protection d'assurance-maladie provinciale en règle.

De manière générale, vous êtes responsable du paiement des dépenses médicales d'un montant inférieur à 200 \$ CA. Lorsque vous rentrez de voyage, vous pouvez soumettre une demande de remboursement de ces dépenses selon le processus de demande de remboursement habituel.

Pour les frais dépassant 200 \$ CA, contactez le partenaire de service indiqué sur votre carte d'avantages sociaux dès que possible afin de faire le nécessaire pour un paiement direct au médecin ou à l'établissement traitant.

Voir http://groupbenefits.manulife.com/canada/GB_V2.nsf/public/pm_travelf pour de plus amples informations, une liste de numéros de téléphone pour les destinations de voyage courantes des Canadiens et pour les pays participants.

ASSISTANCE-VOYAGES D'URGENCE

En cas d'urgence lors d'un déplacement à l'extérieur de la province ou du Canada, vous devez appeler le 1 800 265-9977 (au Canada ou aux États-Unis). À l'extérieur du Canada ou des États-Unis, appelez un des numéros qui figurent au dos de votre carte de paiement direct des médicaments. Veuillez conserver cette carte sur vous lorsque vous voyagez en dehors du Canada.

EXCLUSIONS

Nous vous suggérons fortement de passer en revue le régime au complet avant de partir en voyage pour voir s'il y a des situations qui pourraient s'appliquer à vous ou à vos personnes à charge. Les dépenses qui suivent ne sont pas admissibles au remboursement :

- Les frais liés à un problème de santé préexistant qui n'est pas considéré comme stable d'un point de vue médical
- Les frais qui sont considérés un service assuré par le régime provincial
- Les frais pour les examens de santé générale et les examens requis par une tierce partie
- Les frais pour une procédure chirurgicale ou traitement pratiqué essentiellement pour des raisons cosmétiques ou les frais de séjour à l'hôpital pour un tel traitement ou une telle procédure chirurgicale
- Les frais de transport ou de compensation pour la durée du déplacement
- Les frais pour les services ou fournitures qui sont fournis sans la recommandation ni l'approbation d'un médecin agissant dans les limites qui lui sont permises
- Les autres frais figurant dans le document officiel du régime

choix

...pour un avenir en bonne santé

RÉSUMÉ DE LA PROTECTION SOINS DENTAIRES

SOINS DENTAIRES	choix 1	choix 2	choix 3
Soins de base et de restauration mineure	Non couverts	80 %	90 %
Soins de restauration majeure	Non couverts	50 %	50 %
Soins orthodontiques	Non couverts	50 %	50 %
Maximums pour régime de soins dentaires	s.o.	Soins de base et de restauration mineure et majeure combinés 2 000 \$ par an Soins orthodontiques Maximum de 1 500 \$ à vie	Soins de base et de restauration mineure et majeure combinés 2 500 \$ par an Soins orthodontiques Maximum de 2 500 \$ à vie
Guide de frais dentaires	s.o.	Actuel	Actuel

Veillez noter que la protection offerte par chaque régime ne peut pas être divisée. Par exemple, si vous optez pour le **choix 2**, vous bénéficierez automatiquement de la protection médicale et dentaire de ce régime.

Pour vous aider à prendre votre décision, nous vous fournissons une brève description des caractéristiques de la composante soins dentaires du programme d'avantages sociaux **choix**.

SOINS PRÉVENTIFS DE BASE ET DE RESTAURATION MINEURE

DÉPENSES ADMISSIBLES

Les frais pour les services et les fournitures qui suivent sont considérés des dépenses admissibles s'ils ne dépassent pas ceux du Guide des frais dentaires pour les dentistes généralistes :

- Diagnostics : limite de deux examens dentaires de rappel tous les douze (12) mois, examen dentaire complet et diagnostic une fois tous les vingt-quatre (24) mois. Radiographies : radiographie isolée de diagnostic, jeu complet ou l'équivalent une fois tous les vingt-quatre (24) mois. Empreinte d'observation : une fois par an. Consultations.
- Traitements préventifs : une unité de 15 minutes pour le polissage tous les six (6) mois, détartrage limité à 8 unités de 15 minutes tous les douze (12) mois à partir de l'âge de 13 ans (2 unités de détartrage de 15 minutes tous les douze (12) mois pour les enfants de moins de 13 ans), application de fluor tous les douze (12) mois et mainteneurs d'espace passifs pour les enfants à charge.
- Soins de restauration de base : obturations (non cosmétiques), extractions, extraction de dents incluses et anesthésie connexe, services d'endodontie (traitements de canal), soins paradontiques (traitement de maladies gingivales), chirurgie buccale.
- Réparation, remarginage et rebasage des prothèses dentaires.

SOINS DE RESTAURATION MAJEURE

DÉPENSES ADMISSIBLES

- Incrustations en profondeur et de surface, couronnes, prothèses dentaires, ponts; prothèses mobiles (installation initiale, remplacement des prothèses qui datent d'au moins 5 ans et qui ne sont plus utilisables); dentisterie de restauration majeure; prothèses fixes (installation initiale et remplacement de prothèses qui datent d'au moins 5 ans et qui ne sont plus utilisables).

SOINS ORTHODONTIQUES

Diagnostic des irrégularités de dentition et de malocclusion des mâchoires chez les adultes et les enfants à charge.

DÉPENSES ADMISSIBLES

- Examens orthodontiques
 - Examens diagnostiques
 - Empreintes orthodontiques diagnostiques
 - Appareils fixes et mobiles, y compris les frais connexes pour observation, réglages, réparations, modifications, enlèvement et rétention.
- Les maximums à vie sont par assuré.

choix

...pour un avenir en bonne santé

GUIDE DES FRAIS DENTAIRES

Le guide des frais dentaires est un guide des frais suggérés pour les soins dentaires établis annuellement par votre association dentaire provinciale. Les dépenses pour les choix 2 et 3 seront prises en considération en fonction du guide de frais pour l'année en cours.

Les montants remboursés sur les dépenses admissibles seront basés sur des frais raisonnables et habituels pour les services et fournitures fournis, assujettis au pourcentage de protection, mais ne dépassant pas les montants spécifiés dans le Guide des frais dentaires mentionné précédemment.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Veuillez noter que les conditions de la protection, y compris la liste complète des exclusions, figurent dans le Livret d'avantages sociaux de Manuvie, lequel est disponible sur demande ou en ligne à l'adresse www.manuvie.ca.

COMPTE DE DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ (CDSS)

Si vous optez pour le **choix 1** ou **2**, un solde sera créé dans votre Compte de dépenses de soins de santé avec l'assureur. Le CDSS fonctionne comme un compte en banque, vous soumettez des demandes de remboursement pour des dépenses admissibles et vous êtes remboursé jusqu'à concurrence du montant disponible dans le compte.

QUEL EST L'AVANTAGE?

En utilisant le CDSS pour payer des dépenses de soins médicaux et dentaires, vous vous servez en fait de contributions avant impôts de Teva Canada au lieu de vous servir de vos revenus après impôts. Au Québec, les contributions de Teva au CDSS sont assujetties aux impôts provinciaux lorsqu'elles servent à rembourser des dépenses. Dans toutes les autres provinces, les contributions au CDSS ne sont pas imposables. Avec le CDSS, vos dépenses médicales et dentaires sont remboursables tout en bénéficiant d'économies d'impôts!

COMMENT LE CDSS PEUT-IL ÊTRE UTILISÉ?

Vous pouvez utiliser le CDSS pour payer des dépenses de soins médicaux et dentaires pour vous et vos personnes à charge, qui ne sont pas couvertes, ou qui ne sont pas couvertes en totalité par le programme d'avantages sociaux **choix** ou votre assurance-maladie provinciale. Par exemple :

- Les dépenses médicales et dentaires non couvertes par le régime d'avantages sociaux ou un autre régime
- Les franchises du régime et les montants dépassant les remboursements maximaux du régime
- Les dépenses médicales et dentaires pour les membres de la famille qui dépendent financièrement de vous, mais qui ne sont pas des personnes à charge admissibles selon le régime d'avantages sociaux tel qu'approuvé par l'Agence du revenu du Canada
- Les montants de coassurance
- Les primes versées pour le choix 1 ou le choix 2 (ou pour le régime d'assurance soins médicaux et dentaires collective du conjoint)
- Les primes d'assurance-voyages et d'assurance médicale
- Les médicaments disponibles en vente libre (prescrits par un médecin)
- Les examens des yeux
- Les lunettes, les lentilles cornéennes, la chirurgie oculaire au laser

Une liste plus complète et plus actuelle des dépenses admissibles est disponible dans le site Web de l'Agence du revenu du Canada à l'adresse www.cra-arc.gc.ca/; effectuez une recherche à l'aide des mots clés « frais médicaux admissibles ».

L'AGENCE DU REVENU

L'Agence du revenu du Canada vous accorde un avantage scal pour ce compte, sous réserve de certaines règles :

- Vous avez deux (2) années civiles pour utiliser les fonds déposés dans votre CDSS ou vous en perdez l'usage. Si les demandes de remboursement à partir de votre CDSS dépassent le solde du compte, le montant excédentaire sera refusé.
- Vous ne pouvez pas reporter de dépenses à l'année suivante
- L'Agence du revenu du Canada se réserve le droit de modifier en tout temps la liste des dépenses remboursables à partir d'un CDSS

choix

...pour un avenir en bonne santé

QUAND PUIS-JE COMMENCER À UTILISER MON CDSS?

Si vous optez pour le **choix 1** ou le **choix 2**, les contributions sont dirigées vers votre CDSS pour l'année civile en cours et sont déposées dans votre compte au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), ou bien un montant proportionnel est déposé à la date de votre embauche. Pour utiliser le compte, soumettez vos factures ou le relevé de paiement d'un régime de soins médicaux et dentaires collectif pour les dépenses encourues avec un formulaire de demande de remboursement à partir du CDSS.

DE COMBIEN DE TEMPS EST-CE QUE JE DISPOSE POUR FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX OU DENTAIRE?

Les demandes de remboursement de frais médicaux et dentaires doivent être soumises le plus rapidement possible et pas plus tard qu'un (1) an à partir de la date à laquelle la dépense a été encourue. Pour les demandes de remboursement à partir de votre compte de dépense de soins de santé, vous avez jusqu'au dernier jour de janvier pour faire une demande de remboursement au titre de l'année civile précédente.

LES SOLDES SONT AFFICHÉS SUR VOTRE PAGE D'ACCUEIL DU SITE DE MANUVIE

Veillez adresser vos questions à la Financière Manuvie au numéro **1.800.268.6195**
ou visiter **www.manuvie.ca** | Police numéro **86398**

COMPTE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

Si vous optez pour le **choix 1** ou **2**, vous pouvez choisir de transférer tout montant jusqu'à 50 % des fonds de votre Compte de dépenses de soins de santé à votre Compte de conditionnement physique. Si vous optez pour le **choix 3**, un Compte de conditionnement physique est créé automatiquement pour vous.

Le Compte de conditionnement physique vous permet d'utiliser les fonds pour couvrir les dépenses en rapport avec une vie active, que vous défraieriez autrement de votre propre poche. Le Compte de conditionnement physique fonctionne comme un compte en banque. Vous soumettez des demandes de remboursement pour des dépenses admissibles et obtenez un remboursement jusqu'à concurrence des fonds disponibles dans le compte.

QUEL EST L'AVANTAGE?

En utilisant le Compte de conditionnement physique pour les dépenses liées à une vie active, vous utilisez en fait les contributions avant impôts de Teva Canada plutôt que votre propre revenu après impôts. Au Québec, les contributions de Teva au Compte de conditionnement physique sont assujetties à l'impôt provincial sur le revenu quand elles servent à rembourser des dépenses. Dans toutes les autres provinces, les contributions au Compte de conditionnement physique ne sont pas assujetties à l'impôt sur le revenu. Le Compte de conditionnement physique vous donne droit au remboursement des dépenses liées au conditionnement physique que vous paieriez de votre poche en temps normal et vous permet de réaliser par la même occasion des économies d'impôt.

COMMENT LE COMPTE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE PEUT-IL ÊTRE UTILISÉ?

Vous pouvez vous servir du Compte de conditionnement physique pour couvrir les dépenses suivantes liées au conditionnement physique pour vous et vos personnes à charge :

- Les frais d'adhésion à un club de santé
- Les frais d'adhésion liés aux activités sportives
- Équipement de conditionnement physique nécessaire pour aménager un gymnase chez soi (tapis roulant, vélo d'intérieur, exerciceur elliptique, etc.)
- Équipement de conditionnement physique en plein air
- Les entraîneurs personnels
- Les moniteurs d'activité physique portables
- Le coût des programmes de gestion du poids (p. ex. Weight Watchers), à l'exclusion des produits alimentaires
- Les coûts associés aux classes de conditionnement physique (p. ex., yoga, exercice aérobique, pilates, etc.)

LES RÈGLES DU COMPTE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

- Contrairement au Compte de dépenses de soins de santé, les fonds déposés dans le Compte de conditionnement physique seront perdus si vous ne les dépensez pas pendant l'année en cours.
- Si les demandes de remboursement à partir de votre Compte de conditionnement physique dépassent le solde du compte, le montant excédentaire sera refusé.
- Vous ne pouvez pas reporter de dépenses à l'année suivante

choix

...pour un avenir en bonne santé

QUAND PUIS-JE COMMENCER À UTILISER MON COMPTE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE?

Les contributions affectées à votre Compte de conditionnement physique pour l'année civile en cours sont déposées dans le compte au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), ou bien un montant proportionnel est déposé à la date de votre embauche. Pour utiliser le compte, soumettez vos factures ou le relevé des dépenses encourues avec un formulaire de demande de remboursement à partir du Compte de conditionnement physique.

DE COMBIEN DE TEMPS EST-CE QUE JE DISPOSE POUR FAIRE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE?

Les demandes de remboursement au Compte de conditionnement physique doivent être soumises le plus rapidement possible. Vous avez jusqu'au dernier jour de janvier pour faire une demande de remboursement au titre de l'année civile précédente.



LES SOLDES SONT AFFICHÉS SUR VOTRE PAGE D'ACCUEIL DU SITE DE MANUVIE

Veuillez adresser vos questions à la Financière Manuvie au numéro **1.800.268.6195**
ou visiter **www.manuvie.ca** | Police numéro **86399**

ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

Cette section explique en détail les assurances complémentaires suivantes que vous pourriez choisir dans le cadre du programme d'avantages sociaux choix :

- L'assurance-vie facultative des employés
- L'assurance-vie facultative pour conjoint/personne à charge
- L'assurance DMA facultative des employés
- L'assurance DMA familiale facultative
- L'assurance facultative pour maladies graves

Votre participation aux régimes mentionnés est totalement volontaire. Les assurances complémentaires sont offertes en plus de la protection de base offerte par Teva Canada. Vous défrayez le coût des assurances complémentaires sous forme de déductions salariales.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

En plus de l'assurance-vie de base des employés offerte par Teva Canada dans le cadre des avantages sociaux de base, le programme d'avantages sociaux **choix** offre le régime d'assurance-vie facultative des employés, laquelle procure une protection supplémentaire en cas de décès. Le régime d'assurance-vie facultative des employés vous permet de choisir le niveau de protection qui répond à vos besoins. Vous pouvez choisir une protection de 10 000 \$ à 250 000 \$, par tranches de 10 000 \$.

TAUX DES PRIMES D'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DES EMPLOYÉS ET POUR CONJOINT

TRANCHE D'ÂGE	HOMME NON FUMEUR	HOMME FUMEUR	FEMME NON FUMEUSE	FEMME FUMEUSE
20 – 29	0,45 \$	0,90 \$	0,25 \$	0,40 \$
30 – 34	0,50 \$	0,95 \$	0,35 \$	0,60 \$
35 – 39	0,55 \$	1,10 \$	0,50 \$	0,80 \$
40 – 44	0,95 \$	1,85 \$	0,75 \$	1,20 \$
45 – 49	1,70 \$	3,30 \$	1,20 \$	1,90 \$
50 – 54	3,05 \$	5,30 \$	1,95 \$	3,00 \$
55 – 59	5,00 \$	8,70 \$	3,20 \$	4,50 \$
60 – 64	7,30 \$	12,50 \$	4,65 \$	6,70 \$
65 – 69	17,20 \$	30,90 \$	9,60 \$	17,30 \$

*Taux mensuel par 10 000 \$ de protection (montant maximal de 250 000 \$)

PAIEMENT DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

Vous défrayez le coût de l'assurance-vie facultative des employés sous forme de déductions salariales. Le coût de la protection est basé sur l'âge, le sexe et le statut de non-fumeur ou fumeur. Les non-fumeurs bénéficient de taux préférentiels. Pour être admissible aux taux des non-fumeurs, vous devez vous être abstenu de fumer ou de consommer toute forme de produit du tabac pendant les douze (12) mois consécutifs qui précèdent la date de la demande de protection et devez vous abstenir pour la durée du contrat d'assurance. Si, en cas de demande de règlement, il est établi que vous n'avez pas maintenu votre statut de non-fumeur, la valeur nominale de l'assurance sera refusée.

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Veillez vous reporter à la section *Les termes que vous devez connaître* en ce qui a trait aux procédures à suivre pour demander une protection accrue d'assurance-vie facultative des employés.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

Vous devez désigner un bénéficiaire.

CALCUL DU COÛT DE LA PROTECTION D'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

Veillez utiliser les taux des primes d'assurance-vie facultative des employés et pour conjoint pour calculer le coût annuel de l'assurance-vie facultative des employés.

choix

...pour un avenir en bonne santé

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR LES CONJOINTS/PERSONNES À CHARGE

Le programme d'avantages sociaux **choix** de Teva Canada vous offre également l'occasion d'acquies une assurance-vie pour votre conjoint et vos enfants à charge.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR CONJOINT

Le régime d'assurance-vie facultative pour conjoint vous permet de choisir le niveau de protection qui répond à vos besoins personnels.

Vous pouvez choisir une protection de 10 000 \$ à 250 000 \$, en tranches de 10 000 \$.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR CONJOINT

Vous défrayez le coût de l'assurance-vie facultative pour conjoint sous forme de déductions salariales. Le coût de la protection est basé sur l'âge, le sexe et le statut de non-fumeur ou fumeur de votre conjoint. Les non-fumeurs bénéficient de taux préférentiels. Pour être admissible aux taux des non-fumeurs, votre conjoint doit s'être abstenu de fumer ou de consommer toute forme de produit du tabac pendant les douze (12) mois consécutifs qui précèdent la date de la demande de protection et doit s'abstenir pour la durée du contrat d'assurance. Si, en cas de demande de règlement, il est établi que votre conjoint n'a pas maintenu son statut de non-fumeur, la valeur nominale de l'assurance de votre conjoint sera refusée.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR PERSONNES À CHARGE

Ce régime donnera droit à une prestation en cas de décès de votre conjoint ou d'un enfant à charge. La protection du régime est la suivante :

- Conjoint: 10 000 \$
- Chaque enfant: 5 000 \$

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Veillez vous reporter à la section *Les termes que vous devez connaître* en ce qui a trait aux procédures à suivre pour vous inscrire à l'assurance-vie facultative pour personnes à charge.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR CONJOINT OU POUR PERSONNE À CHARGE

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire de l'assurance-vie pour conjoint ou pour personne à charge.

CALCUL DU COÛT DE LA PROTECTION D'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR CONJOINT OU POUR PERSONNE À CHARGE

Veillez utiliser la table des taux des primes d'assurance-vie facultative des employés et pour conjoint pour calculer le coût annuel de l'assurance-vie facultative pour conjoint.

EXEMPLE :

Supposons que vous soyez un homme non fumeur de 38 ans qui a choisi une protection de 100 000 \$. Voici comment calculer le coût annuel de la protection :

ÉTAPE 1 : $100\ 000\ \$ \times 0,55\ \$ / 10\ 000\ \$ = 5,50\ \$$ par mois

ÉTAPE 2 : $5,50\ \$ \times 12\ \text{mois} = 66\ \$$ par an

**L'assurance-vie facultative pour employés et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec.*

EXEMPLE :

Supposons que votre conjoint soit une femme fumeuse de 45 ans et que vous ayez choisi une protection de 100 000 \$ pour votre conjoint. Voici comment calculer le coût annuel de la protection :

ÉTAPE 1 : $100\ 000\ \$ \times 1,90\ \$ / 10\ 000\ \$ = 19\ \$$ par mois

ÉTAPE 2 : $19\ \$ \times 12\ \text{mois} = 220\ \$$ par an

Le coût de la protection d'assurance-vie pour personne à charge est 1,25 \$ par mois et demeure le même quel que soit le nombre d'enfants.

**L'assurance-vie facultative pour employés et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec.*



choix

...pour un avenir en bonne santé

ASSURANCE DMA FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

En plus de l'assurance DMA de base des employés offerte par Teva Canada dans le cadre des avantages sociaux de base, le programme d'avantages sociaux choix offre le régime d'assurance DMA facultative des employés qui apporte une protection supplémentaire en cas de décès ou de blessure grave lors d'un accident. Le régime d'assurance DMA facultative des employés vous permet de choisir le niveau de protection qui répond à vos besoins.

Vous pouvez choisir une protection de 10 000 \$ à 350 000 \$, par tranches de 10 000 \$.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE DMA FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

Vous défrayez le coût de l'assurance DMA facultative sous forme de déductions salariales. Le coût de la protection est basé sur un taux fixe par 1 000 \$ de protection.

CALCUL DU COÛT DE L'ASSURANCE DMA FACULTATIVE DES EMPLOYÉS

Veillez utiliser le taux qui suit (et l'exemple plus bas) pour calculer le coût annuel de l'assurance DMA facultative des employés :

Taux d'assurance DMA facultative des employés*

0,016 \$ par mois par 1 000 \$ de protection

EXEMPLE :

Supposons que vous ayez opté pour une protection d'assurance DMA facultative pour employés de 100 000 \$. Voici comment calculer le coût annuel de la protection :

ÉTAPE 1 : 100 000 \$ x 0,016 \$ / 1 000 \$ = 1,60 \$ par mois

ÉTAPE 2 : 1,60 \$ x 12 mois = 19,20 \$ par an

**Les primes d'assurance DMA facultative pour employés et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec*

POUR PLUS D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE DMA

Veillez vous reporter à la section Assurance-vie de base des employés pour plus de détails sur les prestations d'assurance DMA

ASSURANCE DMA FAMILIALE FACULTATIVE

En plus de l'assurance DMA pour vous, le programme d'avantages sociaux choix vous donne la possibilité d'acquérir une assurance DMA pour votre conjoint et vos enfants à charge. La protection de vos personnes à charge est un pourcentage des prestations de votre assurance DMA facultative. Le pourcentage dépend de votre profil familial tel qu'indiqué ci-dessous :

PROFIL DE PROTECTION	PRESTATIONS
Conjoint seulement	60 % de vos prestations d'assurance DMA facultative des employés
Conjoint et enfants	CONJOINT : 50 % de vos prestations d'assurance DMA facultative des employés CHAQUE ENFANT : 15 % de vos prestations d'assurance DMA facultative des employés
Enfants seulement	CHAQUE ENFANT : 20 % de vos prestations d'assurance DMA facultative des employés

PAIEMENT DE L'ASSURANCE DMA FAMILIALE FACULTATIVE

Vous défrayez le coût de l'assurance DMA facultative sous forme de déductions salariales. Le coût de la protection est basé sur un taux fixe par 1 000 \$ de protection.

choix

...pour un avenir en bonne santé



QUELQUES PRÉCISIONS AU SUJET DES PRESTATIONS D'ASSURANCE DMA

Si votre conjoint ou enfant décède dans un accident, vos prestations seront un pourcentage des prestations de votre assurance DMA facultative tel qu'indiqué ci-dessus. Les prestations de DMA sont versées en plus des prestations d'assurance-vie, mais ne remplacent pas l'assurance-vie puisqu'elles ne sont payables qu'en cas de mort accidentelle. Si votre conjoint ou enfant est gravement blessé, vos prestations seront un pourcentage des prestations indiquées ci-dessus, conformément aux mêmes tables détaillées de blessures admissibles et de prestations utilisées pour l'assurance DMA des employés.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE DMA FAMILIALE

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire de l'assurance DMA familiale.

CALCUL DU COÛT DE L'ASSURANCE DMA FAMILIALE FACULTATIVE

Veillez utiliser le taux qui suit (et l'exemple plus bas) pour calculer le coût annuel de l'assurance DMA familiale facultative :

Taux d'assurance DMA familiale facultative*
0,0270 \$ par mois par 1 000 \$ de protection

EXEMPLE :

Supposons que vous ayez opté pour une protection d'assurance DMA familiale facultative de 100 000 \$.
Voici comment calculer le coût annuel de la protection :

ÉTAPE 1 : $100\,000 \$ \times 0,0270 \$ / 1\,000 \$ = 2,70 \$$ par mois

ÉTAPE 2 : $2,70 \$ \times 12$ mois = 32,40 \$ par an

**Les primes d'assurance DMA familiale et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec.*

POUR PLUS D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE DMA

Veillez vous reporter à la section Assurance-vie de base des employés pour plus de détails sur les prestations d'assurance DMA.

NOTE

Vous devez vous inscrire à l'assurance DMA facultative des employés pour être admissible à participer au régime d'assurance DMA familiale facultative

choix

...pour un avenir en bonne santé

ASSURANCE FACULTATIVE POUR MALADIES GRAVES

En plus des prestations d'invalidité et d'assurance-vie, le programme d'avantages sociaux choix vous offre l'occasion d'acquies une assurance facultative pour maladies graves. Le régime est conçu pour verser un montant forfaitaire prédéterminé de 10 000 \$ à 100 000 \$ si vous recevez un diagnostic d'une des maladies spécifiées. La protection est disponible pour l'employé et son conjoint admissible.

Le régime d'assurance maladies graves couvre les diagnostics suivants :

- Maladie d'Alzheimer
- Tumeur cérébrale bénigne
- Cancer (potentiellement mortel)
- Pontage coronarien
- Perte de membres
- Remplacement des valves du cœur
- Défaillance d'un organe vital ou insuffisance médullaire et inscription sur la liste des candidats en attente d'une greffe
- Maladie du neurone moteur
- Infection professionnelle par VIH
- Maladie de Parkinson
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Chirurgie aortique
- Cécité
- Coma
- Insuffisance rénale (insuffisance rénale chronique au stade ultime)
- Surdité
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- Perte de la parole
- Greffe d'organe vital ou de moelle osseuse
- Sclérose en plaques
- Paralysie
- Brûlures graves

CHOIX GARANTI SANS PREUVE

Lorsque vous devenez admissible, vous pouvez choisir une protection pour maladies graves de 10 000 \$, 15 000 \$, 20 000 \$ ou 25 000 \$ sans avoir besoin de fournir de preuve de bonne santé. Tout choix supérieur à 25 000 \$ requiert une approbation de l'assureur. Veuillez vous reporter à la section Preuve d'assurabilité en ce qui a trait à la procédure à suivre.

DISPOSITION RELATIVE AUX CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Si vous avez demandé une consultation ou des conseils pour une maladie dans les 24 mois qui pr c dent la date d'entrée en vigueur de l'assurance pour maladies graves et que ceci a mené à un diagnostic dans les 24 mois suivant le début de la protection, la maladie est considérée préexistante et n'est pas couverte par le régime. Veuillez vous reporter à la brochure Maladies graves pour de plus amples détails.

LIMITES DE PROTECTION

- Pour toutes les maladies couvertes, la prestation n'est payable que s'il s'agit du premier diagnostic de votre vie
- Pour tout diagnostic de cancer, la prestation ne sera prise en considération que si le diagnostic est fait plus de 90 jours après l'entrée en vigueur de la protection.

Veuillez vous reporter à la brochure Maladies graves de l'assureur pour de plus amples détails sur le régime.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE POUR MALADIES GRAVES

Vous défrayez le coût de l'assurance pour maladies graves sous forme de déductions salariales. Le coût de la protection est basé sur l'âge, le sexe et le statut de non-fumeur ou fumeur. Les non-fumeurs bénéficient de taux préférentiels. Pour être admissible aux taux des non-fumeurs, vous devez vous être abstenu de fumer ou de consommer toute forme de produit du tabac pendant les douze (12) mois consécutifs qui pr c dent la date de la demande de protection et devez vous abstenir pour la durée du contrat d'assurance.

TAUX DE L'ASSURANCE FACULTATIVE POUR MALADIES GRAVES

de 10 000 \$ à 100 000 \$, par tranches de 5 000 \$

ÂGE	HOMME NON FUMEUR	HOMME FUMEUR	FEMME NON FUMEUR	FEMME FUMEUR
	Taux mensuel par unité de 5 000 \$ de garantie			
Moins de 25 ans	0,515 \$	0,595 \$	0,525 \$	0,575 \$
25 – 29	0,570 \$	0,680 \$	0,600 \$	0,670 \$
30 – 34	0,685 \$	0,895 \$	0,795 \$	0,935 \$
35 – 39	0,870 \$	1,365 \$	1,100 \$	1,405 \$
40 – 44	1,295 \$	2,335 \$	1,580 \$	2,175 \$
45 – 49	2,140 \$	3,980 \$	2,355 \$	3,395 \$
50 – 54	3,555 \$	6,715 \$	3,435 \$	5,240 \$
55 – 59	5,680 \$	11,015 \$	4,795 \$	7,930 \$
60 – 64	8,835 \$	16,455 \$	6,495 \$	11,210 \$

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Veillez vous reporter à la section *Les termes que vous devez connaître* en ce qui a trait aux procédures à suivre pour vous inscrire à l'assurance pour maladies graves ou augmenter la protection.

CALCUL DU COÛT DE L'ASSURANCE DMA FAMILIALE FACULTATIVE

Veillez utiliser la table des taux d'assurance pour maladies graves pour calculer le coût annuel de l'assurance pour maladies graves des employés.

ASSURANCE POUR MALADIES GRAVES DU CONJOINT

En plus de l'assurance maladies graves pour vous, le programme d'avantages sociaux **choix** vous donne l'occasion d'acquérir une assurance pour maladies graves à l'intention de votre conjoint. Vous pouvez choisir une protection assurance pour maladies graves à l'intention de 10 000 \$ à 100 000 \$, par tranches de 5 000 \$.

PAIEMENT DE L'ASSURANCE POUR MALADIES GRAVES DU CONJOINT

Vous défrayez le coût de l'assurance pour maladies graves du conjoint sous forme de déductions salariales. Le coût de la protection est basée sur l'âge, le sexe et le statut de non-fumeur ou fumeuse de votre conjoint. Les non-fumeurs bénéficient de taux préférentiels. Pour être admissible aux taux des non-fumeurs, votre conjoint doit s'être abstenu de fumer ou de consommer toute forme de produit du tabac pendant les douze (12) mois consécutifs qui précèdent la date de la demande de protection et doit s'abstenir pour la durée du contrat d'assurance.

POUR PLUS D'INFORMATION SUR L'ASSURANCE POUR MALADIES GRAVES

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assurance pour maladies graves, veuillez vous reporter à la brochure de l'assureur ou vous rendre à l'adresse **Service Now > People > My Benefits > choices Benefit Plan**.

EXEMPLE :

Supposons que vous soyez un homme non fumeur de 41 ans qui a choisi une protection de 60 000 \$. Voici comment calculer le coût annuel de la protection :

ÉTAPE 1 : 60 000 \$ x 1,295 \$ / 5 000 \$ = 15,54 \$ par mois
ÉTAPE 2 : 15,54 \$ x 12 mois = 186,48 \$ par an

**Les taux d'assurance maladie graves et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec.*

EXEMPLE :

Supposons que votre conjointe soit une femme de 45 ans non fumeuse et que vous choisissiez une protection de 25 000 \$ (admissibilité garantie). Voici comment calculer le coût annuel de la protection :

ÉTAPE 1 : 25 000 \$ x 2,355 \$ / 5 000 \$ = 11,78 \$ par mois
ÉTAPE 2 : 11,78 \$ x 12 mois = 141,36 \$ par an

**Les taux d'assurance maladie graves et l'exemple ci-dessus excluent le coût de la taxe de vente provinciale (TVP) applicable en Ontario et au Québec.*

GUIDE DE DÉCISION

Ce guide a été élaboré pour vous aider à choisir un régime d'invalidité de longue durée et de soins médicaux et dentaires. Nous vous conseillons d'étudier l'information fournie ainsi que vos besoins particuliers et ceux de votre famille.

INVALIDITÉ À LONG TERME

Trois niveaux de protection d'invalidité à long terme vous sont offerts :

- 45 % du salaire mensuel préexistant
- 50 % du salaire mensuel préexistant
- 60 % du salaire mensuel préexistant

EXEMPLES DE PROTECTION

60 000 \$		45 %	50 %	60 %
Revenus nets* 42 000 \$	Prime annuelle	254,88 \$	308,70 \$	416,52 \$
	Prime par paie (26 paies)	9,80 \$	11,87 \$	16,02 \$
	Imposition	Net d'impôts	Net d'impôts	Net d'impôts
	Prestations nettes	27 000 \$	30 000 \$	36 000 \$
	Revenu de remplacement net	64 %	71 %	86 %

*Sur la base d'un taux d'imposition marginal de 30 %

CE DONT IL FAUT TENIR COMPTE AU MOMENT DE CHOISIR VOTRE PROTECTION D'INVALIDITÉ LONGUE DURÉE :

- De quel niveau de revenu de remplacement aurez-vous besoin advenant une période inattendue d'invalidité à long terme? N'oubliez pas que le régime verse des prestations nettes d'impôts.
- Avez-vous d'autres sources de revenus (un conjoint qui détient un emploi, par exemple)?
- En l'absence de programmes collectifs ou privés de gestion de l'invalidité, les demandes présentées aux programmes gouvernementaux comme les programmes de prestations de maladie de l'assurance-emploi ou d'invalidité du RPC, si elles sont approuvées, procurent des avantages financiers très limités.

RÉGIMES DE SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

CE DONT IL FAUT TENIR COMPTE AU MOMENT DE CHOISIR VOTRE RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Vous avez le choix entre deux types de protection :

1. Individuelle – Qui ne couvre que vous
 2. Familiale – Qui vous couvre vous et vos personnes à charge admissibles (reportez-vous à la section *Les termes que vous devez connaître* pour la définition de « personne à charge admissible ».
- Êtes-vous couvert par le régime d'avantages sociaux de votre conjoint? Si oui, le **choix 1** peut être le plus approprié pour vous (reportez-vous à la section *Coordination des avantages sociaux* pour de plus amples détails). Pour une meilleure coordination, il faut que vous et votre conjoint déteniez une protection familiale.
 - Si vous optez pour le **choix 1** ou **2**, vous pouvez utiliser votre Compte de dépenses de soins de santé (CDSS) pour rembourser des dépenses médicales et dentaires qui ne sont pas couvertes, ou couvertes en partie seulement par le régime que vous choisissez.
 - Passez en revue les demandes de remboursement de dépenses médicales et dentaires que vous avez faites par le passé. Quelles dépenses prévoyez-vous cette année ou la suivante?
 - Vous n'êtes pas limité au niveau que vous avez choisi. Vous pouvez modifier votre choix d'un niveau en novembre de chaque année lors de la réinscription pour l'année des prestations à venir.

choix

...pour un avenir en bonne santé

COMMENT S'INSCRIRE

L'inscription au programme d'avantages sociaux **choix** est facile et rapide. Voici les étapes à suivre :

1. Prenez connaissance du guide d'inscription au programme d'avantages sociaux choix.

- Veuillez prendre le temps de vous familiariser soigneusement avec ce guide afin de bien comprendre les options qui vous sont offertes avant de faire vos choix. Reportez-vous au Guide de décision pour quelques conseils sur comment choisir la protection qui répond le mieux à vos besoins.

2. Connectez-vous à l'outil en ligne du programme d'avantages sociaux choix pour indiquer vos préférences.

- Vous aurez besoin du nom d'utilisateur et du mot de passe temporaire pour accéder à votre compte.
- Il est important de nous fournir de l'information sur vos personnes à charge lorsque vous vous inscrivez. Par exemple, si vous n'entrez pas cette information lorsque vous vous inscrivez, vous recevrez automatiquement une protection « individuelle ».
- Vous devez vous inscrire avant la date limite, sinon vous recevrez la protection par défaut : 50 % du salaire en cas d'invalidité à long terme, le **choix 2** pour les soins médicaux et dentaires avec une protection individuelle et aucune assurance complémentaires.

3. Remplissez et renvoyez tous les formulaires requis.

- Veuillez imprimer, signer et téléverser le formulaire de désignation de bénéficiaire et confirmer le tout conformément aux instructions fournies sur le site d'inscription au régime d'avantages sociaux.
- Vous pourriez également devoir remplir un formulaire de preuve d'assurabilité. Reportez-vous à la section *Les termes que vous devez connaître* pour de plus amples détails.

4. Formulaire de confirmation

- Une fois votre inscription terminée, vous aurez la possibilité d'imprimer un formulaire de confirmation résumant vos choix d'avantages sociaux pour l'année à venir et indiquant vos désignations de bénéficiaires. Veuillez le vérifier soigneusement. Si vous avez la moindre question, veuillez composer le **1.855.463.8382** ou envoyer un courriel au centre d'assistance des avantages sociaux à l'adresse HelpDesk_Flexit360@Telus.com.

MODIFICATION DE VOS CHOIX À L'AVENIR

Vous ne pouvez modifier vos choix d'avantages sociaux que pendant la période de réinscription annuelle. Dans les trente et un (31) jours d'un événement de la vie admissible (soit une modification de statut familial), vous pouvez aussi modifier le statut de vos personnes à charges et celui de la coordination de vos avantages sociaux. Veuillez consulter la liste des événements de vie admissible dans la section *Les éléments dont il faut tenir compte*.

- Pour les conditions et détails du régime, ses limites et conditions relatives à la couverture, veuillez contacter la Financière Manuvie au www.manuvie.ca.

ET SI VOUS RATEZ L'ÉCHÉANCE D'INSCRIPTION?

Il est très important de vous inscrire au programme d'avantages sociaux choix et de dresser la liste de vos personnes à charge admissibles. Si vous ne vous inscrivez pas, vous serez inscrit aux régimes par défaut :

- Assurance-vie de base
- ILD – 50 %
- **choix 2** – Soins médicaux et dentaires, protection individuelle.

Assurez-vous de vous inscrire avant la date limite pour avoir la garantie d'obtenir la protection que vous désirez et dont vous avez besoin!

choix

...pour un avenir en bonne santé



Voici quelques exemples de scénarios qui peuvent vous aider à déterminer la protection qui vous convient le mieux.

1. Joe est un employé célibataire, gagnant 60 000 \$ par an. Historiquement, Joe a fait appel au régime d'avantages sociaux pour deux (2) examens dentaires de rappel par an (environ 250 \$). Joe est membre d'un club de santé et ses frais d'adhésion annuels sont de 400 \$. Le remplacement de revenu est important pour Joe.

Joe pourrait choisir l'option d'ILD de 60 % qui lui apportera un revenu de remplacement généreux. Pour les frais médicaux et dentaires, Joe a opté pour le **choix 1** et demandera le remboursement de ses dépenses dentaires à partir de son Compte de dépenses de soins de santé ce qui lui laissera suffisamment de fonds pour ses frais d'adhésion annuels.

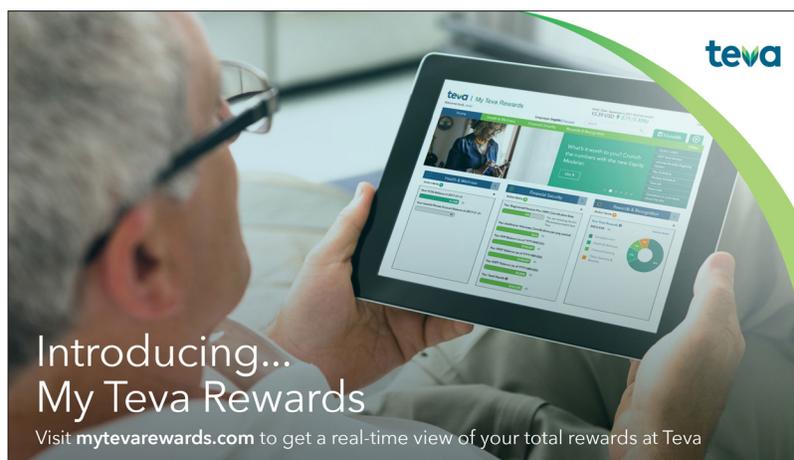
2. Phyllis détient une protection pour elle-même, son conjoint et ses deux enfants en vertu du programme de Teva Canada. La famille n'a pas d'autre protection d'avantages sociaux. La famille a des dépenses de médicaments substantielles qui entraîneront un déboursé de 500 \$ pour l'année. Une des personnes à charge s'apprête à prendre une protection pour soins orthodontiques. Une protection améliorée de soins médicaux et dentaires est importante pour Phyllis. Elle a choisi une protection invalidité à long terme de 50 %. Pour les soins médicaux et dentaires, elle a opté pour le **choix 3** car son déboursé anticipé est supérieur aux déductions salariales pour la protection offerte par le **choix 3**.

3. David et Marie travaillent tous deux pour Teva Canada. Marie gagne plus que David. Ils ont 2 enfants. L'anniversaire de Marie vient en premier dans l'année (ce qui est important pour la coordination des avantages sociaux). Ils coordonnent leurs régimes. Ils ne s'attendent pas à avoir de grosses dépenses, mais veulent avoir une protection pour parer à tout imprévu. Marie a choisi le régime d'ILD de 60 % et David celui de 50 %. Pour les soins médicaux et dentaires, David opte pour le **choix 1** et Marie pour le **choix 3**. David et Marie bénéficieront des avantages suivants :

- David et Marie utiliseront la protection soins médicaux et dentaires de base du **choix 2** ou du **choix 3**.
- Le compte de dépenses de soins de santé de David peut être utilisé pour financer les déductions salariales de Marie pour le **choix 2**.
- David et Marie peuvent utiliser le Compte de conditionnement physique du **choix 3** pour couvrir l'adhésion au centre de culture physique de Marie.
- David et Marie ont une protection élargie sous le **choix 2** ou le **choix 3** pour parer à tout imprévu.

NOTE

N'oubliez pas que vous pouvez modifier votre choix d'avantages sociaux d'un niveau en novembre de chaque année pour la prochaine année civile, la période de réinscription annuelle de Teva Canada.



DES QUESTIONS POUR VOTRE PRESTATAIRE D'AVANTAGES SOCIAUX?



Veillez adresser vos questions à La Financière Manuvie

1.800.268.6195

ou visitez :

www.manuvie.ca

Si vous avez des questions au sujet de ce guide d'inscription, veuillez contacter



Visitez **ASKHR** sur le site de **Service Now**

Vous pouvez également nous joindre par téléphone du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h (HE)

en composant le **844-84-AskHR**

ou le **1004500**, le numéro de notre poste interne

choix
...pour un avenir en bonne santé