



## **Nutreco Canada**

### **Employés salariés contractuels du Québec**

Numéro de groupe : 91726-006

Date d'émission : 1<sup>er</sup> juillet 2013

## TABLE DES MATIÈRES

---

VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF .....	1
VOS GARANTIES.....	6
COORDONNÉES DES BUREAUX DE CROIX BLEUE MEDAVIE.....	7
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	8
ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE.....	17
GARANTIE VIE.....	18
ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE.....	20
(souscrites auprès de AIG Insurance Company of Canada et administrées par cette dernière)	20
GARANTIE HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT.....	22
GARANTIE MÉDICAMENTS - AU CANADA SEULEMENT .....	23
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT.....	26
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE - PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA .....	34
GARANTIE VOYAGE.....	35
GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT .....	40
PORTAIL DES ADHÉRENTS .....	45
PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS .....	47

La présente brochure donne un aperçu du régime d'assurance à l'attention des employés admissibles de Nutreco Canada, en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2012. En cas de divergence entre les renseignements contenus dans cette brochure et le contrat, ce dernier a préséance. Nutreco Canada se réserve le droit de modifier en tout temps le contenu de la présente brochure ainsi que des contrats qui y sont reliés.

## VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

---

Nutreco Canada, ci-après appelé Nutreco, met à votre disposition un programme qui vous offre une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Les renseignements contenus dans cette brochure reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre Nutreco et Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Vous trouverez dans la présente section un sommaire des différentes garanties dont vous disposez ainsi que l'information dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre sécurité et celle de votre famille.

Cette brochure et votre certificat contiennent des renseignements importants, veuillez les garder dans un endroit sûr.

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et de toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez aussi demander, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie vous sera fournie sans frais. Des frais peuvent s'appliquer pour des copies subséquentes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Medavie inc.

Veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

### **Admissibilité à l'assurance**

Pour être admissible à l'assurance collective, vous devez être un employé salarié à contrat qui réside au Canada, être couvert par le régime gouvernemental d'assurance maladie de votre province, être activement au travail et travailler le nombre d'heures par semaine établi par votre employeur. La protection débute dès le premier jour de travail.

Pour adhérer à votre régime collectif, vous devez faire vos choix en ligne sur le site des avantages à la carte, et ce, dans les 31 jours suivant votre date d'admissibilité. Vous devez ensuite faire suivre les formulaires appropriés à votre administrateur de régime collectif.

Vos personnes à charge sont couvertes à compter de la date à laquelle vous devenez couvert, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous deviendriez autrement admissible aux garanties, vous le deviendrez à la date de votre retour au travail.

### **Définition de personnes à charge**

Vos personnes à charge sont :

- a) Votre conjoint, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an.
- b) Vos enfants célibataires entièrement à votre charge et
  - âgés de moins de 21 ans, ou
  - âgés de moins de 25\* ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire, ou
  - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 21 ans (ou 25\* ans s'ils étaient étudiants).

\* sous réserve des lois applicables

## VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

---

### ***Année de police***

L'année de police de votre groupe s'étend du 1<sup>er</sup> novembre d'une année au 31 octobre de l'année suivante.

### ***Exigences relatives aux déclarations de santé***

Vous devez soumettre une déclaration de santé si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est présentée à Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

### ***Droit de transformation***

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel émis par Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Ce droit de transformation est aussi offert au conjoint et aux enfants à charge lorsque requis par une loi provinciale.

### ***Faire une demande de règlement***

#### Hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge est hospitalisée, il vous suffit de présenter votre carte d'identification à l'hôpital au moment de l'admission. La demande de règlement sera directement acheminée à Medavie inc. par l'hôpital.

#### Médicaments

Remboursement des médicaments (ceux qui ne sont pas fournis par une pharmacie) - remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou à l'intérieur de la période établie par Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

Mode de paiement direct (médicaments fournis par une pharmacie) - vous n'avez qu'à présenter votre carte d'identification et le fournisseur s'occupe d'envoyer la facture directement à Medavie inc.

#### Garantie Santé complémentaire

Remplissez le formulaire de demande de règlement, le cas échéant, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

#### Garantie Voyage

Veuillez appeler au numéro sans frais indiqué à l'endos de votre carte d'identification pour obtenir de l'aide en cas de maladie ou de blessure survenant au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

Medavie inc. fera tous les efforts possibles afin de vous orienter vers le traitement médical approprié et vous aider à payer les frais engagés auprès des fournisseurs de services et à les coordonner avec votre régime provincial d'assurance maladie. Toutefois, dans certains cas particuliers, Medavie inc. vous demandera de vous procurer et d'envoyer directement les reçus originaux et détaillés pour toutes les dépenses engagées à l'extérieur de votre province de résidence, à votre régime provincial d'assurance-maladie aux fins de considération et de remboursement. Veuillez vous assurer de conserver une copie de ces reçus car vous aurez ensuite besoin de les soumettre directement à Medavie inc. en incluant le relevé de la preuve de paiement du régime provincial d'assurance-maladie (voir les coordonnées des bureaux).

## **VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF**

---

### Garantie Voyage (suite)

Cette procédure doit être suivie pour l'achat de médicaments, pour des services médicaux qui ne sont pas approuvés au préalable par Medavie inc. (certaines exceptions peuvent s'appliquer) ainsi que pour des services médicaux reçus au Canada (qui seront couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie). Veuillez indiquer votre numéro d'identification lorsque vous soumettez une demande de règlement à Medavie inc.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par Medavie inc. en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où les services ont été rendus.

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard six mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

### Garantie Soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement peut s'effectuer électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre carte d'identification à votre dentiste au moment de chaque visite. Deux modes de remboursement sont possibles selon le choix de votre dentiste :

- a) vous ne payez que l'excédent des frais qui ne sont pas couverts par la coassurance. Le montant de la coassurance est payé directement au dentiste par Medavie inc.; ou
- b) vous payez la somme totale exigée par votre dentiste et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, vous devrez remplir le formulaire de demande de règlement, y joindre les reçus originaux et soumettre le tout à Medavie inc. (voir les coordonnées des bureaux). La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à Medavie inc. au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou à l'intérieur de la période convenue par Medavie inc. lorsque le contrat prend fin.

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime collectif, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence.

### Garanties Hospitalisation, Médicaments, Santé complémentaire, Voyage et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par la Croix Bleue située dans la province de résidence de l'adhérent.

### Assurance vie collective

Une preuve de sinistre doit être soumise dès que raisonnablement possible après la perte et en aucun cas plus d'un an après la date de l'événement.

## VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

---

### ***Limite de temps pour une action en justice***

Toute action ou procédure en justice contre un assureur, (c.-à-d. Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu du contrat, ne peut être intentée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période prescrite par la Loi sur les assurances.

### ***Coordination des prestations***

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes couvert par un autre régime de soins de santé, les prestations prévues en vertu du présent régime et de tout autre régime seront coordonnées de façon à ce que les revenus provenant de toutes sources n'excèdent pas le montant des frais réellement engagés. La coordination des prestations se fera conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

Les prestations payables à vous ou à une de vos personnes à charge suivent l'ordre de priorité ci-après :

- a) Les prestations payables en vertu d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du contrat.
- b) Les prestations payables en vertu de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont versées en suivant l'ordre de priorité ci-après :
  - le régime auquel vous vous qualifiez en tant d'employé
  - le régime auquel vous vous qualifiez en tant que personne à charge.

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge) vous qualifiez à titre d'employé en vertu de plus d'un régime d'assurance, les prestations sont payables en suivant l'ordre de priorité ci-après :

- le régime auquel vous vous qualifiez en tant qu'employé actif à temps plein,
- le régime auquel vous vous qualifiez en tant qu'employé actif à temps-partiel,
- le régime auquel vous vous qualifiez en tant que retraité.

En ce qui concerne la coordination des prestations des enfants à charge, la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année civile,
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

En tant qu'enfants à charge de parents séparés ou divorcés; la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant,
- le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant,
- le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant,
- le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

## VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

---

### ***Coordination des prestations (suite)***

Lorsque les prestations prévues en vertu du présent contrat sont payables après celles de tout autre régime, les prestations payables sont égales au moins :

- a) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence de la clause de coordination des prestations,
- b) du total des frais admissibles en vertu de votre propre régime, moins les prestations payables en vertu de tout autre régime d'assurance collective. Les prestations payables en vertu de tout autre régime incluent les prestations auxquelles vous ou une de vos personnes à charge étiez en droit de recevoir si vous aviez dûment soumis une demande de règlement.

« Régime » désigne toute protection qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures médicales en vertu de tout régime collectif, familial, des débiteurs et des épargnants, et de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires.

## VOS GARANTIES

---

Vous avez la possibilité de compléter toutes les informations relatives à votre adhésion en ligne.

### **Détails sur l'adhésion**

Vous êtes admissible aux garanties suivantes :

- Garantie Vie de base
- Assurance en cas de décès et mutilation accidentels de base (souscrite et administrée par **AIIG Insurance Company of Canada**)
- Garanties soins de santé et soins dentaires

L'adhésion aux régimes soins de santé et soins dentaires est obligatoire; vous pouvez ne pas y adhérer seulement si vous êtes couvert par le régime de votre conjoint. Une preuve de votre couverture par ledit régime doit être fournie.

Référez-vous au Sommaire des garanties pour de plus amples renseignements sur les garanties facultatives offertes

### **Système d'adhésion**

Le site d'adhésion est : convivial, accessible 24 heures par jour, 7 jours semaine et offre un environnement sécuritaire.

Votre administrateur de régime vous donnera l'information nécessaire pour ouvrir une session.

### **Première adhésion**

Vous pouvez vous inscrire une fois que vous débutez votre emploi. Vous devez faire vos choix dans les 31 jours de la date de votre admissibilité.

Si vous n'avez pas choisi votre type de régime pendant la période d'adhésion de 31 jours, vous serez automatiquement inscrit avec le statut de célibataire.

### **Modification de votre couverture**

Vous pouvez modifier vos choix de garantie entre deux réadhésions annuelles lorsqu'il survient un changement tel qu'un événement de vie.

Les événements de la vie sont :

- 1) Vous ajoutez votre première personne à charge admissible à votre régime ou vous n'avez plus de personne à charge admissible en raison d'une des situations suivantes :
  - a) mariage ou union de fait
  - b) naissance ou adoption d'un enfant
  - c) divorce ou séparation légale
  - d) la personne à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité d'une personne à charge
  - e) décès d'une personne à charge admissible
- 2) Vous perdez accès à la protection du régime de votre conjoint

Un changement de régime résultant d'un événement de vie doit être effectué dans les 31 jours dudit événement. Des preuves d'assurabilité seront exigées si vous n'avez pas fait votre demande de modification de régime dans ce délai.

Pour plus de renseignements concernant le site d'adhésion, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime.

## **COORDONNÉES DES BUREAUX DE CROIX BLEUE MEDAVIE**

---

Pour répondre à vos questions au sujet de votre protection collective ou pour soumettre une demande de règlement, Croix Bleue possède des bureaux aux endroits suivants.

<b>CANADA ATLANTIQUE</b>	644, rue Main C.P. 220 Moncton (N.B.) E1C 8L3
<b>QUÉBEC</b>	550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B9 Montréal (Qc) H3A 6T6
<b>ONTARIO</b>	185, The West Mall, bureau 1200 C.P. 2000 Etobicoke (Ont.) M9C 5P1
<b>Demande de renseignements</b>	<b>numéro sans frais : 1-800-355-9133</b>
<b>MANITOBA</b>	599, rue Empress C.P. 1046 Station Main Winnipeg (Man.) R3C 2X7
<b>SASKATCHEWAN</b>	516, av. Second N C.P. 4030 Saskatoon (Sask.) S7K 3T2
<b>ALBERTA</b>	10009, 108 <sup>th</sup> Street NW Edmonton (Alb.) T5J 3C5
<b>COLOMBIE-BRITANNIQUE</b>	Croix Bleue du Pacifique 4250, Canada Way C.P. 7000 Burnaby (C.-B.) V6B 4E1
<b>Demande de renseignements</b>	<b>1-888-873-9200</b>
<b>Pendant un voyage :</b>	<b>1-800-563-4444 (du Canada ou des États-Unis) 1-506-854-2222 (à frais virés d'ailleurs dans le monde)</b>

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

### GARANTIE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

---

<b>Montant assurable</b>	2 fois le salaire annuel
<b>Mode d'arrondissement</b>	Au 1 000 \$ supérieur
<b>Maximum</b>	750 000 \$
	Une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant supérieur à 750 000 \$
<b>Fin de la protection</b>	Cessation d'emploi, retraite ou à 70 ans, selon la première de ces éventualités

---

---

### ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS\*

---

<b>Montant assurable</b>	2 fois le salaire annuel
<b>Maximum</b>	1 000 000 \$

---

**\*Cette garantie est souscrite auprès d'un autre assureur et administrée par ce dernier. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour obtenir plus de renseignements sur cette garantie.**

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

### GÉNÉRALITÉS

#### Applicables à toutes les options santé et dentaire \* des régimes

---

<b>Année de police</b>	Elle s'échelonne du 1 <sup>er</sup> novembre au 31 octobre
<b>Franchise (par année de police)</b>	<b>Hospitalisation</b> : Aucune <b>Garantie médicaments</b> : 5 \$ par participant, par médicament prescrit <b>Garantie santé complémentaire</b> : Aucune <b>Garantie voyage</b> : Aucune <b>Garantie soins dentaires</b> : Aucune
<b>Type de paiement</b>	<b>Hospitalisation</b> : Paiement direct à l'hôpital <b>Garantie médicaments</b> : Paiement direct à la pharmacie (carte médicaments), ou remboursement pour les médicaments qui ne sont pas dispensés par une pharmacie <b>Garantie santé complémentaire</b> : Remboursement <b>Garantie voyage</b> : Paiement direct au fournisseur ou remboursement <b>Garantie soins dentaires</b> : Remboursement ou paiement direct (par l'entremise de CDAnet)
<b>Prestations aux survivants</b>	12 mois
<b>Fin de la protection</b>	Cessation d'emploi ou retraite, selon la première de ces éventualités

---

**\*\*Les garanties de soins de santé et de soins dentaires comprennent les garanties suivantes : hospitalisation, médicaments, soins de santé complémentaire, voyage et soins dentaires.**

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### HOSPITALISATION Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	DÉTAILS DE LA GARANTIE
<b>Pourcentage de remboursement</b>	100 %
<b>Type de chambre</b>	<p><b>Soins actifs :</b> Chambre à deux lits</p> <p><b>Soins de convalescence :</b> Chambre et pension</p> <p><b>Établissement hospitalier pour malades chroniques :</b> Chambre et pension</p> <p><b>Réadaptation physique :</b> Chambre à deux lits</p> <p><b>Centre de désintoxication (toxicomanie et alcoolisme) :</b> Chambre et pension</p>
<b>Maximum</b>	<p><b>Soins actifs :</b> jusqu'à concurrence de 125 \$ par jour</p> <p><b>Soins de convalescence :</b> 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité</p> <p><b>Établissement hospitalier pour malades chroniques :</b> 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité</p> <p><b>Réadaptation physique :</b> 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité, maximum combiné avec le centre de désintoxication (toxicomanie et alcoolisme)</p> <p><b>Centre de désintoxication (toxicomanie et alcoolisme) :</b> 20 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 180 jours par invalidité, maximum combiné avec la réadaptation physique</p>
<b>Maximum global</b>	illimité

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE MÉDICAMENTS Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	DÉTAILS DE LA GARANTIE
<b>Pourcentage de remboursement</b>	90 %
<b>Services admissibles</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• médicaments</li><li>• fournitures pour diabétiques (seulement les aiguilles, les seringues, les bâtonnets réactifs et les lancettes)</li><li>• produits anti-tabagiques (médicaments prescrits seulement) - jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie</li><li>• vitamines injectables</li><li>• extraits d'allergène</li><li>• médicaments contre la stérilité – jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie</li><li>• médicaments pour le traitement de l'obésité – jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de police</li><li>• médicaments pour traiter les troubles de la fonction érectile (produits oraux seulement) - jusqu'à concurrence de 500 \$ par année de police</li><li>• vaccins</li></ul>
<b>Maximum</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• illimité</li><li>• pour les adhérents du Québec, ce maximum est conforme aux exigences de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)</li></ul>

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

#### SERVICES PARAMÉDICAUX\* :

Psychologue ou travailleur social, chiropraticien (incluant une radiographie par année de police), naturopathe, ostéopathe (incluant une radiographie par année de police), podologue ou podiatre (incluant une radiographie par année de police), orthophoniste, physiothérapeute, acupuncteur et massothérapeute.

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	90 %
Maximum par professionnel	400 \$ par professionnel, par année de police, à l'exception du physiothérapeute dont le maximum est de 600 \$ par année de police
Maximum global	illimité

\*Sous réserve, pour tous les professionnels, du maximum usuel et raisonnable par visite.

**Usuels et raisonnables :** désignent les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la localité ou la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Medavie inc. ou selon le guide d'honoraires établi par Medavie inc.

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

#### FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
<b>Pourcentage de remboursement</b>	90 %
<b>Soins infirmiers*</b>	20 000 \$ / année de police
<b>Service ambulancier</b>	1 000 \$ / année de police
<b>Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques</b>	Maximum combiné de 400 \$ / année de police
<b>Vêtements de compression</b>	4 paires / année de police (max. usuel et raisonnable)
<b>Prothèses (membres, prothèses oculaires)</b>	Une prothèse à vie pour chaque membre (max. usuel et raisonnable)
<b>Aides à la mobilité – béquilles et cannes</b>	Un achat à vie ; une location par mois (max. usuel et raisonnable)
<b>Aides à la mobilité – plâtres et attelles</b>	Achat : jusqu'à concurrence du coût usuel et raisonnable; location : une location par mois
<b>Équipement médical</b>	Max. usuel et raisonnable (voir Annexe A)
<b>Pompe pneumatique de compression</b>	Un achat par 5 années de police; une location par mois (max. usuel et raisonnable)
<b>Appareils pour diabétiques</b>	700 \$ à vie, maximum d'une pompe à insuline / 5 années de police
<b>Prothèses auditives</b>	600 \$ / 5 années de police
<b>TENS (achat ou location)</b>	Max. combiné de 300 \$ / 5 années de police
<b>Tests diagnostiques**</b>	1 000 \$ / année de police
<b>Radiothérapie / Coagulothérapie</b>	Max. usuel et raisonnable
<b>Plasma sanguin / Transfusion de sang</b>	Max. usuel et raisonnable
<b>Sérums en magistrale</b>	Max. usuel et raisonnable
<b>Injections sclérosantes</b>	Max. usuel et raisonnable
<b>Soins dentaires en raison d'un accident*</b>	Autorisation requise

\* Une autorisation préalable doit être obtenue.

\*\* Les services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

#### FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	90 %
Stérilet	75 \$ par 2 années de police
Prothèses capillaires	300 \$ par année de police (référez-vous à la page 28 pour les conditions d'admissibilité)
Prothèse mammaire	200 \$ par prothèse par année de police (incluant les réparations et ajustements)
Lit d'hôpital manuel ou électrique (incluant le matelas et les côtés de sûreté)	Un achat par 5 années de police (max. usuel et raisonnable)
Fauteuil roulant (manuel ou électrique) ou triporteur ou quadriporteur	Un achat par 5 années de police; deux locations par mois (max. usuel et raisonnable)

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

#### SOINS DE LA VUE

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
Pourcentage de remboursement	100 %
Examen de la vue	un examen de la vue, (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables) par période de 24 mois consécutifs
Verres de contact requis en raison d'une maladie	150 \$ à vie
Entraînement visuel	150 \$ à vie
Verres / montures / verres de contact / Chirurgie oculaire au laser	200 \$ / 24 mois consécutifs
Verres/montures supplémentaires (lorsque requis en raison d'une chirurgie ou d'un traitement d'un kératocône)	Une paire de lunettes, maximum de 100 \$ à vie

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE Au Canada seulement

---

#### PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA

---

<b>Patients dirigés hors Canada</b>	<b>Pourcentage de remboursement : 100 %</b> <b>Maximum : 500 000 \$ à vie, approbation requise au préalable</b>
-------------------------------------	--

---

#### GARANTIE VOYAGE

---

<b>DESCRIPTION DE LA GARANTIE</b>	<b>MAXIMUM</b>
<b>Pourcentage de remboursement</b>	100 %
<b>Garantie Médico-hospitalière</b>	2 000 000 \$ / par participant par événement, couverture limitée aux premiers 60 jours du voyage,
<b>Assistance voyage</b>	Fournie par Canassistance inc.

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE SOINS DENTAIRES Au Canada seulement

DESCRIPTION DE LA GARANTIE	MAXIMUM
<b>Soins préventifs</b>	<b>Pourcentage de remboursement : 90 %</b> <b>Maximum : 2 000 \$* par année de police</b>
<b>Soins de base</b>	<b>Pourcentage de remboursement : 90 %</b> <b>Maximum : 2 000 \$* par année de police</b>
<b>Soins majeure</b>	<b>Pourcentage de remboursement : 50 %</b> <b>Maximum : 2 000 \$* par année de police</b>
<b>Soins d'orthodontie</b>	<b>Pourcentage de remboursement : 50 %</b> <b>Maximum : 1 500 \$* à vie</b>
<b>Année d'édition du guide des tarifs</b>	Année courante
<b>Nombre d'examens de rappel, polissage et application topique de fluorure</b>	1 par 6 mois consécutifs pour les enfants à charge de 15 ans et moins; 1 par 9 mois consécutifs pour tous les autres participants
<b>Instructions d'hygiène buccale</b>	deux instructions à vie
<b>Équilibrage de l'occlusion</b>	4 unités** par période de 12 mois consécutifs

\*Les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs (si applicable), sont assujettis à un maximum combiné

\*\* Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service



Profitez de nombreux rabais sur des soins médicaux et des soins de la vue ainsi que sur de nombreux autres produits et services. Visitez [www.avantagebleu.ca](http://www.avantagebleu.ca).

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

#### ***Applicable au Canada***

Prothèses : une à vie. Si la prothèse est requise en raison d'un changement physiologique ou pathologique du moignon, les documents médicaux pertinents au changement seront pris en considération, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.

Les réparations et/ou ajustements sont couverts sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année de police, à l'exception des prothèses mammaires dont le maximum est de 200 \$ par année de police, combiné avec les frais d'achat initial.

Équipement médical : une autorisation préalable est requise et l'achat est à la discrétion de Medavie inc.

Autres fournitures et services médicaux prescrits :

- L'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration nécessitent une autorisation au préalable; l'achat est à la discrétion de Medavie inc.
- Les coussins et insertions pour un fauteuil roulant, y compris un triporteur ou un quadriporteur : un par période de 5 années de police.
- Les orthèses crâniennes pour plagiocéphalie (limite de deux à vie).
- Un lève-personne (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables).
- Les fournitures pour personnes stomisées et pour l'incontinence, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Un larynx artificiel : un à vie, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Les frais de réparation d'un larynx artificiel : 300 \$ par année de police.
- Les vêtements compressifs pour brûlures majeures : 500 \$ par année de police.
- Soutiens-gorge chirurgicaux : deux par année de police.
- Les aides orthophoniques : 500 \$ à vie.
- Les tubes d'espacement pour inhalateur : jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Le matériel pour le dépistage des allergies : 50 \$ par année de police.
- Les manchons pour lymphoedème : deux par année de police.

## **GARANTIE VIE**

---

La garantie Vie vous offre une couverture qui vous permet d'obtenir les montants de protection dont vous avez besoin.

### ***Garantie Vie de base***

Le montant assurable de base est indiqué au Sommaire des garanties.

La protection prend fin à la cessation d'emploi, à la retraite ou à 70 ans, selon la première échéance.

### ***Désignation du bénéficiaire***

Vous devez désigner un bénéficiaire pour vos garanties vie.

Si vous désignez votre « succession », assurez-vous d'avoir un testament, autrement l'impôt sur les successions s'appliquera. Si vous nommez un enfant de moins de 18 ans, les prestations ne peuvent être versées directement à cet enfant. Vous devez indiquer sur le formulaire de désignation du bénéficiaire que le bénéficiaire est « en fiducie », si une prestation devient payable, le paiement se fera alors au fiduciaire désigné. Assurez-vous de fournir le nom complet et votre lien avec le fiduciaire.

Si vous êtes un résident du Québec : La désignation de votre conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, ce qui veut dire que vous ne pouvez changer de bénéficiaire sans le consentement de votre conjoint, à moins que vous n'indiquiez sur le formulaire que cette désignation est révocable.

Lorsque deux bénéficiaires ou plus ont été désignés (autre qu'un bénéficiaire subrogé), et que la répartition de la prestation de décès n'a pas été précisée, la prestation sera alors payable à parts égales aux bénéficiaires.

Si le bénéficiaire prédécède l'adhérent et que ce dernier n'a pas indiqué la part de la prestation de la garantie vie du bénéficiaire décédé, la part du bénéficiaire décédé est payable :

- au bénéficiaire survivant,
- aux bénéficiaires survivants en parts égales, s'il y a plus d'un bénéficiaire survivant; ou
- au représentant successoral de l'adhérent, s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps (sauf si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable) en remplissant le formulaire de changement de bénéficiaire disponible sur l'outil d'adhésion en ligne ou en le demandant à votre administrateur de régime.

### ***Versement des indemnités***

En cas de décès, la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada versera le montant de votre garantie Vie de base à votre bénéficiaire désigné..

## **GARANTIE VIE**

---

### ***Droit de transformation***

Si votre emploi prend fin avant que vous n'ayez atteint l'âge de 65 ans, vous pouvez demander, dans les 31 jours suivant la fin de votre emploi, de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, jusqu'à concurrence de 200 000 \$, ou plus là où la législation le requiert, et ce sans avoir à présenter de preuve de santé. La prime de la couverture individuelle sera calculée selon l'échelle en vigueur à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada à la date à laquelle la couverture entre en vigueur, selon le montant de protection, votre âge et la catégorie de risques à laquelle vous appartenez à ce moment.

Votre conjoint peut également demander la transformation de sa protection collective en couverture individuelle, dans les 31 jours de la fin de votre couverture ou dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjoint cesse d'y être admissible à titre de conjoint à charge.

Ce droit de transformation s'applique également à la résiliation des garanties qui prend effet à des âges précis.

**ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE**  
 (souscrites auprès de AIG Insurance Company of Canada et administrées par cette dernière)

L'assurance en cas de décès et mutilation accidentels de base n'est pas souscrite auprès de Medavie inc. ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour plus de renseignements sur cette garantie.

Le montant pour lequel chaque personne admissible est assurée est connu sous le nom de capital d'assurance. Le capital d'assurance total est payable en cas de décès accidentel. Un pourcentage du capital d'assurance est payable en cas d'autres pertes admissibles, conformément au barème des prestations suivant.

<b>Perte</b>	<b>Pourcentage du capital d'assurance</b>
Perte de la vie	100%
Perte des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte de la vue complète des deux yeux	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main ou d'un pied et perte totale de la vue d'un œil	100%
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100%
Perte de l'usage des deux bras	100%
Perte de l'usage des deux mains	100%
Perte d'une main ou d'un pied	75%
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75%
Perte de la parole ou de l'ouïe	75%
Perte totale de la vue d'un œil	75%
Perte du pouce et de l'index de la même main	33 1/3%
Perte de quatre doigts de la même main	33 1/3%
Perte de l'ouïe d'une oreille	66 2/3%
Perte de tous les orteils d'un pied	25%
Perte d'un bras ou d'une jambe	80%
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	80%
Quadriplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs)	200%
Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	200%
Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un seul côté du corps)	200%

**Remarque :** Si vous ou une personne à charge assurée subissez des pertes multiples dans un même accident, le maximum payable est égal à 100 % du capital d'assurance (sauf en cas de paraplégie, quadriplégie ou hémiplégie, pour lesquelles le montant payable ne sera pas supérieur à 200 % du capital d'assurance).

## **ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE** (souscrites auprès de **AIG Insurance Company of Canada** et administrées par cette dernière)

---

### ***Autres prestations d'assurance D et MA***

Dans le cadre de votre assurance D et MA de base, vous pourriez également être admissible à des prestations dans les cas suivants :

- hospitalisation : prestation en espèces si vous êtes hospitalisé suite à un accident
- rapatriement de votre dépouille si vous décédez dans un accident
- réadaptation (formation en milieu de travail) pour vous, pendant un maximum de trois ans à compter de la date de l'accident
- formation professionnelle pour votre conjoint, si vous décédez dans un accident
- études de vos enfants à charge qui sont inscrits à des études postsecondaires si vous décédez dans un accident
- transport d'un membre de la famille auprès de vous, si vous êtes hospitalisé suite à un accident
- frais de garderie pour vos enfants à charge de moins de 13 ans, si vous décédez dans un accident
- prestation additionnelle pour le port de la ceinture de sécurité, si vous avez subi des blessures dans un accident d'automobile
- adaptation de votre domicile ou véhicule en fonction d'handicaps résultant d'un accident
- privilège de transformer votre assurance collective en une assurance individuelle dans les 30 jours suivant son expiration

Des maximums spécifiques peuvent s'appliquer à ces prestations.

Vous bénéficiez automatiquement d'une assurance-accident pendant un voyage d'affaires payée par la Compagnie, qui prévoit le versement d'une prestation égale à trois fois votre salaire de base annuel dans l'éventualité de votre décès ou d'autres pertes admissibles suite à un accident au cours d'un voyage effectué dans le cadre de vos fonctions pour le compte de la Compagnie.

### ***Restrictions et exclusions***

Les prestations d'assurance D et MA ne sont pas payables pour les pertes résultant des situations suivantes :

- suicide ou tentative de suicide, tandis que la personne était saine d'esprit, aut destructrice ou déséquilibrée
- blessure cause du fait que la personne était à bord de tout véhicule ou appareil de navigation aérienne, à titre de passager ou autrement, sauf dans le cas d'avions commerciaux ou militaires nolisés
- guerre déclarée ou non déclarée, ou tout acte s'y rapportant
- service actif à temps plein dans les forces armées de tout pays
- subir un traitement médical ou chirurgical pour une maladie, une affection ou une infirmité physique ou mentale.

D'autres restrictions et exclusions peuvent s'appliquer. Veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour de plus amples renseignements.

## **GARANTIE HOSPITALISATION - AU CANADA SEULEMENT**

---

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

### ***Frais admissibles***

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon le pourcentage et le maximum indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par la Medavie inc.

### ***HOSPITALISATION***

#### Chambre d'hôpital

Les frais d'hospitalisation lorsque vous êtes hospitalisé pour des soins actifs ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie et tant que vous êtes couvert pour ces services, sous réserve des maximums indiqués au Sommaire des garanties. Le type de chambre est spécifié au Sommaire des garanties.

#### Convalescence

Les frais pour des soins de convalescence, si vous êtes admis moins de 14 jours après avoir obtenu votre congé de l'hôpital où vous receviez des soins actifs, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

#### Établissement hospitalier pour malades chroniques

Les frais pour les soins aux malades chroniques, si vous êtes admis sur recommandation et approbation écrite du médecin, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

#### Réadaptation physique

Les frais pour les soins de réadaptation ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

#### Centre de désintoxication (Toxicomanie et alcoolisme)

Les frais de chambre et de pension ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de la garantie, sous réserve du nombre de jours et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE MÉDICAMENTS - AU CANADA SEULEMENT**

---

Cette garantie couvre les frais de médicaments admissibles tels que définis par Medavie inc. et sous réserve de la franchise, de la quote-part ou du maximum indiqués au Sommaire des garanties.

Medavie inc. peut faire, périodiquement, des ajouts, des suppressions ou des modifications à la liste des médicaments admissibles ou à toute liste mentionnée ci-après. Une autorisation préalable peut être requise pour certains médicaments afin d'assurer leur admissibilité au paiement, tel qu'indiqué par Medavie inc.

Les médicaments doivent être dispensés par un fournisseur approuvé par Medavie inc.

Lorsqu'un médicament interchangeable admissible a été prescrit, Medavie inc. respecte les règles provinciales de substitution obligatoire des médicaments.

Medavie inc. remboursera seulement le médicament interchangeable le moins cher lorsqu'il est prescrit par un médecin et fourni par un fournisseur approuvé, à moins qu'un médecin indique qu'il n'y a pas de substitution possible.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

Certains médicaments sur ordonnance figurant sur la liste des médicaments admissibles sont admissibles sur une base individuelle, par participant, selon des besoins médicaux spécifiques et lorsque approuvés par la Compagnie selon la procédure de demande d'autorisation spéciale.

### ***Franchise***

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer avant que Medavie inc. ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat, s'il y a lieu.

### ***Frais admissibles***

Le régime couvre les frais suivants, selon le pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties :

les frais pour les médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont approuvés par Medavie inc. et prescrits par un médecin ou un dentiste sont admissibles. Seront aussi pris en considération, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé lorsque la législation provinciale applicable permet à ce professionnel de prescrire ces médicaments.

### ***Frais non remboursés par le régime***

Les frais liés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les produits qui ne sont pas approuvés par Medavie inc.,
- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes,
- les protéines ou les suppléments diététiques, les acides aminés, les acides gras essentiels,
- les préparations alimentaires pour nourrissons,
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients,
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau,
- les minéraux, les vitamines,
- les produits homéopathiques ou naturopathiques,
- les médicaments ou les formes de médicaments n'ayant pas d'indication thérapeutique,
- les plantes médicinales,
- les remèdes traditionnels,
- les probiotiques,
- les traitements pour l'amaigrissement.

## **GARANTIE MÉDICAMENTS - AU CANADA SEULEMENT**

---

### ***Frais non remboursés par le régime (suite)***

- les médicaments administrés à l'hôpital,
- les extraits allergènes auxquels on n'a pas assigné un numéro d'identification du médicament (DIN),
- les vitamines B6 et B12 injectables pour le traitement de l'obésité.

### ***Dispositions applicables aux résidents du Québec***

Lorsque vous et votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous avez une décision à prendre relativement à votre couverture médicament.

### ***Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans***

Lorsque vous et votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans vous pouvez choisir de vous assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture complète des médicaments du régime d'assurance collective. Ce choix est alors irrévocable.

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous-même et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, ne serez plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a) et b) ci-dessous.

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a) et b) ci-dessous).

Toutefois, vous et vos personnes à charge qui avez adhéré au régime de la RAMQ demeurez couverts pour les frais décrits ci-dessous en vertu du régime d'assurance collective (retenues sur le salaire, le cas échéant) :

- a) la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et;
- b) sujet à la franchise et au pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments : le remboursement de tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

### ***Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans***

Lorsqu'un résident du Québec atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous devez donc annuler votre inscription au régime de la RAMQ pour continuer une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective.

### ***Fin de la protection***

La garantie Médicaments prend fin à votre retraite, à votre cessation d'emploi ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

## **GARANTIE MÉDICAMENTS - AU CANADA SEULEMENT**

---

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

### ***Frais admissibles***

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon les pourcentages et les maximums indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par la Medavie inc.

### ***FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX***

#### Soins infirmiers

Les services d'un infirmier licencié ou d'un infirmier-auxiliaire autorisé, qui n'est pas un membre de la famille du participant, qu'il réside ou non avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile du participant et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

Tous les services de soins infirmiers doivent être approuvés préalablement par Medavie inc. pour être pris en considération en vue d'un remboursement possible. Le paiement des frais admissibles est établi par Medavie inc. en fonction du barème de prix de la province de résidence du participant pour les soins infirmiers privés.

Les frais indiqués ci-dessous ne sont pas couverts :

- a) soins de garde, aide familiale, magasinage, transport et soins de relève,
- b) services aux personnes vivant dans un établissement financé par le gouvernement ou autre établissement offrant des soins semblables à ses occupants,
- c) services offerts par l'entremise de programmes de soins infirmiers ou de soins personnels financés par le gouvernement ou encore de programmes de santé communautaire offerts sans frais à la population.

#### Service ambulancier

Les frais de transport par une ambulance titulaire d'un permis, incluant le transport aérien, tous les frais doivent être au Canada, lorsque nécessaire sur le plan médical, en direction et en provenance de l'hôpital qualifié le plus proche pouvant assurer les soins médicaux nécessaires, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques faites sur mesure

Les frais de chaussures orthopédiques quand les chaussures sont modifiées avec des dispositifs spéciaux pour accommoder, soulager, ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied. Une ordonnance d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant est requise ainsi qu'une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche du professionnel de la santé. De plus, les frais relatifs aux modifications, aux ajustements et aux fournitures sont admissibles lorsqu'ils sont prescrits par un des professionnels de la santé mentionnés ci-dessus et si le but est d'accommoder, de soulager, ou de corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied.

Les frais pour les orthèses podiatriques faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, excluant leur remplacement (à l'exception d'un changement pathologique), sur autorisation écrite d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant.

Le maximum combiné pour ces items est spécifié au Sommaire des garanties.

### Vêtements de compression

Les frais d'achat de vêtements de compression, y compris des vêtements de soutien élastique et des vêtements de compression gradués (faits sur mesure), sur recommandation écrite du médecin traitant et sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Prothèses

Les frais d'achat pour les prothèses médicales suivantes :

- membres artificiels (référez-vous au Sommaire des garanties),
- prothèses mammaires (référez-vous au Sommaire des garanties),
- nez artificiel (limite d'un à vie),
- prothèses oculaires (limite d'une prothèse gauche et d'une prothèse droite à vie),
- béquilles, cannes, plâtres et attelles (référez-vous au Sommaire des garanties),
- bandages herniaires (limite d'un par période de cinq (5) années de police consécutives),
- appareils de soutien (l'achat est limité à un achat à vie),
- couvre-moignons (limite de 5 paires par année de police).

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Prothèses capillaires, lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou à son traitement (c'est-à-dire chimiothérapie), jusqu'à concurrence d'un maximum spécifié au Sommaire des garanties. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique des cheveux ne sont pas admissibles (c'est-à-dire la calvitie de type masculin).

Les réparations et les ajustements des prothèses sont couverts sous réserve du remboursement maximal spécifié ci-dessus ou dans le Sommaire des garanties.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### Appareils auditifs

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens), lorsqu'ils sont prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste, ou sur recommandation d'un audiologiste agréé. Les enfants à charge de moins de 21 ans nécessitant un appareil pour chaque oreille sont admissibles à deux (2) appareils auditifs (un par oreille). Le remboursement maximal est spécifié au Sommaire des garanties.

### Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### TENS

Les frais d'achat ou de location d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Appareils pour diabétiques

Les frais d'achat des articles suivants servant au contrôle du diabète : glucomètre, injecteur d'insuline à pression, système de dosage de l'insuline, ou tout autre appareil semblable approuvé par Medavie inc. Le remboursement global pour ces appareils est spécifié au Sommaire des garanties.

### Équipement médical

Les frais de location d'équipement pour l'administration d'oxygène, lorsque prescrits par un médecin licencié. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité qui se prolonge, les articles doivent servir pour une longue période de temps, Medavie inc. peut, à sa discrétion, approuver l'achat de ces articles.

Les frais de location d'un fauteuil roulant (manuel ou électrique), d'un triporteur ou d'un quadriporteur, d'un lit d'hôpital (manuel ou électrique), lorsque prescrit par un médecin. Le remboursement maximum pour cet équipement est spécifié au Sommaire des garanties. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité qui se prolonge, les articles doivent servir pour une longue période de temps, Medavie inc. peut, à sa discrétion, approuver l'achat de ces articles. Le remboursement maximum pour cet équipement est spécifié au Sommaire des garanties.

Les frais d'achat d'une orthèse crânienne pour plagiocéphalie, d'une pompe pneumatique de compression ou d'un lève-personne. Le remboursement maximum pour ces articles est spécifié au Sommaire des garanties et à l'Annexe A.

La location d'une pompe pneumatique de compression ou d'un lève-personne est limitée à une par mois.

Une fois que l'achat initial de l'équipement est approuvé, la location ou l'achat autorisé d'une autre pièce d'équipement similaire sera limité à une fois par période de cinq années de police consécutives.

Le coût de la réparation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique, d'un triporteur ou d'un quadriporteur, est couvert à concurrence du montant usuel et raisonnable.

Vous ou votre personne à charge devez obtenir préalablement l'approbation de Medavie inc. avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### Services paramédicaux

Les services dispensés par un professionnel autorisé, à l'exception de ceux reçus dans un hôpital. Le maximum payable par professionnel admissible est spécifié au Sommaire des garanties. Le maximum payable pour les frais de radiographies est également spécifié au Sommaire des garanties.

### Tests diagnostiques

Les frais de services diagnostiques et de laboratoire, y compris les rayons X, lorsqu'ils sont dispensés par un laboratoire approuvé par Medavie inc. et qui, selon cette dernière, est apte à offrir de tels services. Ces services incluent :

- Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le remboursement maximal combiné pour ces services est spécifié au Sommaire des garanties. Les services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec seulement.

### Radiothérapie / Coagulothérapie

Les frais de radiothérapie ou de coagulothérapie lorsque requis pour le traitement d'un cancer, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie, lorsque prescrit par le médecin traitant. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

### Plasma sanguin / Transfusions de sang

Le coût du sang ou de produits sanguins lorsqu'ils ne sont pas fournis par la Société canadienne du sang ou toute autre agence, sous réserve des coûts usuels et raisonnables, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie, lorsque ces produits sont prescrits par le médecin traitant. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

### Autres fournitures et services médicaux

- a) Les frais d'achat de coussins et d'insertions pour fauteuil roulant ou triporteur ou quadriporteur, jusqu'à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- b) Les frais pour un larynx artificiel, limité à un achat à vie.
- c) Les frais pour la réparation d'un larynx artificiel, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- d) Les frais d'achat de vêtements de compression pour brûlures majeures, sous réserve du remboursement maximum spécifié dans l'Annexe A.
- e) Les frais d'achat de soutiens-gorge chirurgicaux, maximum de deux (2) par année de police.
- f) Les frais d'achat de tubes d'espacement pour inhalateur, à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- g) Les frais d'achat de matériel pour les tests d'allergies, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- h) Les frais de manchons pour lymphoedème, limite de deux (2) par année de police.
- i) Sérums en magistrale, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- j) Les injections sclérosantes, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### Fournitures pour stomisés

Les frais de fournitures essentielles pour personnes stomisées, à concurrence du montant usuel et raisonnable.

### Aides orthophoniques

Le coût d'aides orthophoniques, approuvées par un orthophoniste agréé et recommandées par le médecin traitant. Ces aides orthophoniques sont destinées à une personne incapable de communiquer verbalement, sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Soins dentaires à la suite d'un accident

Les frais de soins dentaires requis lorsque des dents naturelles saines ont été endommagées par suite d'un coup direct accidentel à la bouche, ou qu'une mâchoire fracturée ou disloquée doit être remise en place.

Ces soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par Medavie inc. dans les 180 jours suivant l'accident et complétés dans les 12 mois de la date de l'accident. Les frais admissibles sont les honoraires usuels et courants du dentiste jusqu'à concurrence de ceux prévus au Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province où les soins ont été rendus.

Tous les traitements dentaires reportés doivent être complétés et approuvés pour paiement par Medavie inc., au plus tard le dernier jour du mois dans lequel le participant atteint 21 ans, sauf indication contraire, lorsque requis par la loi, auquel cas la disposition législative applicable dans la province de résidence du participant s'applique.

Lorsque de tels traitements dentaires doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que Medavie inc. juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par Medavie inc. pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par Medavie inc. au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. L'adhérent est tenu de remettre à Medavie inc., dans les 180 jours qui suivent l'accident, les détails complets des services requis du dentiste, ainsi que la raison pour laquelle ils ont été reportés.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### **SOINS DE LA VUE**

#### Examen de la vue

Les frais engagés pour un examen de la vue auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire des garanties.

#### Verres de contact requis en raison d'une maladie

Les frais demandés pour des verres de contact prescrits par un ophtalmologiste autorisé en raison d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée; d'un kératocône (cornée conique) ou d'aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 avec des verres de contact mais non avec des lunettes. Le remboursement maximum global est spécifié au Sommaire des garanties.

#### Entraînement visuel

Les frais d'entraînement visuel et d'exercices de réadaptation visuelle lorsque dispensés par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

#### Verres / montures / verres de contact / chirurgie oculaire au laser

Le coût de lunettes correctives (verres et montures), de verres de contact correctifs, de chirurgie oculaire au laser ainsi que le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence du maximum mentionné au Sommaire des garanties.

#### Verres et montures supplémentaires

Les frais encourus pour des verres et montures supplémentaires, lorsqu'ils sont requis en raison d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement du kératocône, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

#### ***Frais non remboursés par le régime***

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) les examens médicaux ou bilans de santé demandés par une tierce partie,
- b) les frais pour des cures de repos, des soins de convalescence, des soins de garde, services de réadaptation données dans un établissement hospitalier pour malades chroniques ou une unité de soins d'un hôpital général pour malades chroniques, ou pour les frais engagés par un participant pour un traitement qui, de l'avis de Medavie inc., aurait dû être dispensé dans une unité de soins ou un établissement hospitalier pour malades chroniques,
- c) les services facultatifs donnés à un participant à l'extérieur de sa province de résidence si le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant n'accepte pas de payer les frais habituellement couverts pour ces services, dans la province de résidence du participant,
- d) les services ou produits auxquels le participant a droit en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre mesure législative,
- e) les services pour lesquels il n'y aurait eu aucuns frais si le participant n'avait pas été couvert en vertu du présent contrat,
- f) les services à des fins esthétiques ou traitements de problèmes qui ne nuisent pas à la santé,

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### ***Frais non remboursés par le régime (suite)***

- g) les produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime au participant en vertu d'une loi ou d'un règlement gouvernemental à la date d'entrée en vigueur du contrat, que ces produits ou services continuent ou non d'être admissibles en vertu d'un programme gouvernemental,
- h) les frais de livraison ou de déplacement, ou les deux, à destination ou en provenance d'un hôpital ou du bureau d'un professionnel de la santé,
- i) les services offerts en raison de blessures subies ou de maladies contractées par suite d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, y compris tout état causé directement ou indirectement par les forces armées d'un pays,
- j) les médicaments faisant l'objet de restrictions en vertu d'une loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou donnés malgré ces règlements,
- k) les frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident,
- l) les services requis par suite d'une tentative de perpétration d'un acte criminel,
- m) les soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé,
- n) les frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires,
- o) les services normalement acquittés directement ou indirectement par l'employeur,
- p) les services et produits de soins de santé qui ne proviennent pas d'un fournisseur approuvé par la compagnie,
- q) les produits ou services de soins de santé de nature expérimentale ou pour fins de recherche,
- r) les produits ou services de soins de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ni d'une efficacité éprouvée,
- s) les frais pour l'évaluation du plan de traitement, y compris, entre autres, les évaluations en physiothérapie. Les évaluations du plan de traitement seront exclues des services admissibles, sauf indication contraire précisée dans la présente police,
- t) les produits et services de soins de santé administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur sous la direction d'un hôpital, d'un organisme ou d'un fournisseur financé, en totalité ou en partie, par un palier gouvernemental. Ces services ne sont pas admissibles à remboursement en vertu de la présente, sauf indication contraire.

### ***Limitation***

Pour l'application de la présente garantie, tous les participants sont considérés comme étant couverts en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de la province de résidence du participant au Canada.

### ***Fin de la protection***

La garantie Santé complémentaire prend fin à votre retraite, à votre cessation d'emploi ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE – AU CANADA SEULEMENT**

---

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE - PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA**

---

Lorsque le médecin traitant d'un participant réfère ce dernier à un médecin hors Canada pour des soins médicaux non disponibles au Canada, le régime rembourse les frais usuels, et raisonnables énumérés ci-dessous, qui excèdent le montant payé par le régime provincial d'assurance-maladie. Le remboursement maximal viager par participant est indiqué au Sommaire des garanties.

### ***Frais admissibles***

#### **Services hospitaliers**

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis, tels qu'ils sont indiqués ci-dessous, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie :

- chambre d'hôpital,
- soins intensifs,
- soins infirmiers,
- salles d'opération et salles de réveil,
- services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies,
- oxygène et sang,
- médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses, et
- physiothérapie.

#### **Médecins et chirurgiens**

Les honoraires habituels pour les services rendus par les médecins et chirurgiens, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie.

#### **Ambulance**

Frais de services ambulanciers requis afin de transporter un patient sur civière en direction ou en provenance de l'établissement médical le plus proche pouvant administrer les soins essentiels.

#### **Accompagnateur dans l'ambulance**

Frais de déplacement d'un infirmier licencié ou d'un préposé médical accompagnant le participant dans l'ambulance (n'ayant aucun lien de parenté avec ce dernier), lorsque médicalement nécessaire et sur approbation préalable de Medavie inc.

### ***Exclusions et restrictions spécifiques***

1. La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par Medavie inc.
2. L'autorisation préalable de Medavie inc. doit être obtenue.
3. Le paiement sera versé en fonction des honoraires usuels et raisonnables qui s'appliquent dans la région où les services sont rendus.
4. Tous les services doivent être rendus dans le cadre d'un traitement actif rendu par un médecin.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les 12 mois de la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard du participant et pour laquelle ce dernier a reçu un traitement médical ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de cette garantie.
6. Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou pour fins de recherche.
7. La présente garantie exclut, entre autres, les soins non disponibles en raison de listes d'attente ou de traitements refusés par un médecin au Canada.
8. Pour être admissibles, les frais décrits ci-dessus doivent être en partie remboursables par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

Cette garantie couvre les frais imprévus qui surviennent lorsque vous ou vos personnes à charge êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

### ***GARANTIE MÉDICO-HOSPITALIÈRE***

#### ***Lignes Canassistance***

En cas d'urgence médicale lorsque vous êtes à l'extérieur de votre province de résidence, vous ou votre mandataire devez appeler Canassistance dès que possible à l'un des numéros apparaissant ci-dessous :

**du Canada ou des États-Unis : 1-800-563-4444**

**d'ailleurs dans le monde : 1-506-854-2222 (à frais virés)**

Pour faciliter la communication, vous devez vous identifier, donnez le numéro de téléphone de l'endroit d'où vous appelez, ainsi que vos numéros de groupe et de certificat.

Si vous ne pouvez pas appeler à frais virés, Croix Bleue Medavie vous remboursera le coût de l'appel.

#### ***Frais et services admissibles à la garantie Médico-hospitalière***

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie, sous réserve d'un remboursement maximum de 2 000 000 \$ par événement, par participant.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations accordées sont complémentaires aux prestations prévues par les régimes gouvernementaux.

#### Chambres d'hôpital

Frais engagés dans un hôpital général public en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie pour a) une chambre d'hôpital (une seule chambre), et b) les services médicalement nécessaires donnés au patient hospitalisé ou traité au service de consultation externe.

#### Médecins et chirurgiens

Honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour services dispensés, en excédent de ceux couverts par le régime gouvernemental d'assurance-maladie.

#### Appareils médicaux

Le coût des plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles, bandages herniaires et appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque c'est nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie qui se produit à l'extérieur de la province de résidence du participant. Une ordonnance du médecin est aussi requise.

#### Infirmier

Les honoraires usuels et raisonnables pour soins infirmiers privés dispensés sur ordonnance d'un médecin par un infirmier autorisé ou un infirmier-auxiliaire autorisé n'ayant pas de lien de parenté avec le patient et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### Ambulance

Frais usuels de transport par ambulance, par un service d'ambulance titulaire d'une licence, à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier qualifié le plus proche, y compris le transport par avion et secours d'urgence.

### Retour à domicile

Frais supplémentaires de billets, en classe économique, pour le retour du patient à domicile par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsque le patient est obligé de retourner chez lui en raison de son état de santé et qu'il doit être accompagné d'un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient), avec autorisation écrite du médecin traitant à l'appui. Si le voyage de retour se fait sur vol régulier, le régime couvre :

- a) deux billets à destination de la ville de résidence du patient au Canada, par la voie la plus directe, un retour simple pour la personne couverte et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient,
- b) le nombre de sièges nécessaires pour installer le patient en civière pour le retour, et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient.

### Services diagnostiques

Frais d'analyses de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie.

### Services paramédicaux

Honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou podiatre et d'un physiothérapeute, sans lien de parenté avec le patient, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance maladie. Radiographies non comprises.

### Médicaments

Les frais des médicaments assurés en quantité suffisante pour le temps du déplacement prévu. Le remboursement des médicaments admissibles est effectué uniquement sur présentation d'une preuve d'achat et de paiement tel qu'attesté sur un document provenant d'un fournisseur approuvé par Medavie inc. et dont le commerce est situé à l'extérieur de la province de résidence du participant. La facture doit renfermer les renseignements suivants : le nom du médicament, la date de l'achat, la quantité, le dosage et le coût total.

### Soins dentaires à la suite d'un accident

Coût jusqu'à concurrence de 1 000 \$ en monnaie canadienne, de soins dentaires requis en raison de dommages aux dents naturelles par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou lorsque la mâchoire est fracturée ou disloquée et doit être remise en place. Les soins doivent être donnés, ou encore être rapportés à Medavie inc. et approuvés aux fins de paiement par cette dernière, dans les 180 jours suivant l'accident, avec rapport de l'accident à l'appui.

Lorsque de tels traitements dentaires doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que Medavie inc. juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par Medavie inc. pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par Medavie inc. au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. Le participant est tenu de soumettre à Medavie inc., dans les 180 jours suivant l'accident, un rapport complet des soins dentaires requis et la raison pour laquelle ils ont été reportés.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### **Retour du véhicule**

Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel du participant ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 500 \$ canadiens.

### **Retour de la dépouille**

Le coût de la préparation (incluant la crémation) et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada, par la voie la plus directe, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ canadiens.

### **Repas et hébergement**

Frais supplémentaires pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un adhérent ou une personne à charge doit reporter son retour en raison de maladie contractée ou de blessure subie par un compagnon de voyage ou par le participant lui-même, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 200 \$ canadiens (soit 150 \$ par jour, maximum de 8 jours) par voyage. Des reçus d'établissements commerciaux à l'appui et une déclaration du médecin traitant sont requis.

### **Transport pour visiter le participant**

Coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour rendre visite au participant qui a été hospitalisé ou, s'il est décédé et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami très proche du participant.

### **Assistance en cas d'urgence et pour le paiement**

Un service d'aide 24 heures par jour est offert, au moyen d'une ligne téléphonique directe, aux participants qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. En téléphonant au numéro indiqué sur votre carte « Service d'assistance dans le monde entier » lorsqu'il y a une urgence médicale, votre couverture d'assurance est confirmée à l'hôpital ou au médecin. Le paiement des frais médicaux sera fait ou coordonné au nom du participant. De plus, les services ci-dessous seront offerts au participant :

### **Assistance médicale**

Le participant peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements hospitaliers, des dispositions seront prises pour les services suivants :

- avis d'un médecin agréé,
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent et la famille,
- retour du patient à domicile ou transfert du patient lorsque sa condition médicale le permet,
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la personne décédée.

### **Aide relative aux besoins non médicaux**

Le patient peut demander :

- une communication en cas d'urgence dans une langue principale,
- de l'aide en cas d'urgence pour communiquer avec la famille ou l'entreprise; et,
- le renvoi à un conseiller juridique.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### ***Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière***

Aucun participant n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie aux personnes voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation médicale ou traitement, et ce, même si le voyage est recommandé par un médecin.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie pour un traitement facultatif (non urgent) ou une intervention chirurgicale facultative (non urgente); à savoir un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë et de souffrance; ou b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour du participant au Canada; ou c) que le participant a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada par suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché le participant de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente, si le participant reçoit des prestations pour la même raison d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool du participant est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.
5. Medavie inc., en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de rapatrier le patient au Canada. Si un participant considéré apte au transfert, d'après l'information médicale à l'appui, choisit de ne pas retourner au Canada après que son état de santé, requérant des soins de suivi, ait été diagnostiqué et traité d'urgence, les frais occasionnés par les soins médicaux de suivi donnés, par le traitement ou par l'intervention chirurgicale pratiquée à l'extérieur de Canada ne sont pas admissibles à paiement en vertu du présent régime de protection. Medavie inc. n'assume aucune responsabilité en cas de détérioration de la condition médicale de l'assuré pendant son transfert au Canada ou après le transfert.
6. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, vous n'avez pas:

- a) été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- b) éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- c) reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement;
- d) été admis dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- e) été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### ***Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière (suite)***

7. La présente exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque que nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes ou associés à celles-ci, peu importe toute autre cause ou tout autre incident contribuant au même moment ou dans toute autre séquence à la perte en question :
  - a) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs recommandant à ses citoyens d'éviter les voyages dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu et est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
  - b) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), une hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.
8. Medavie inc. ne couvrira pas les frais qui excèdent deux millions de dollars canadiens par assuré, par incident à l'extérieur de sa province de résidence. Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date de service.

### ***Restrictions pour la durée des voyages***

Les frais usuels et raisonnables décrits dans la garantie Médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans les premiers 60 jours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant et à la condition que ce dernier soit couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence au moment où la situation urgente arrive.

### ***Fin de la protection***

La garantie Voyage prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi ou à votre décès selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance. La protection prend également fin pour tout participant le jour où il cesse d'être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence.

### ***Prestation aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT**

---

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous et vos personnes à charge pour des services dentaires recommandés par un dentiste et dispensés par:

- un dentiste
- un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou
- un denturologiste,

sous réserve des pourcentages de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

### ***Calcul des frais admissibles***

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvé par votre province de résidence (éditions de l'année courante).

### ***Frais admissibles***

Les frais suivants sont remboursés, selon le pourcentage et jusqu'au maximum indiqués au Sommaire des garanties.

#### Soins préventifs

##### a) Examen et diagnostic

- examen buccal complet (un par période de 24 mois consécutifs)
- examen de rappel (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- examen buccal d'urgence et examen d'un aspect particulier (maximum combiné d'un examen par fournisseur, par année de police)

##### b) Radiographies

- série complète ou pellicule panoramique (maximum combiné d'une par période de 36 mois consécutifs)
- intra-orales - périapicales
- intra-orales - occlusales
- intra-orales - interproximales (une fois par période de 9 mois consécutifs)
- extra-orales
- sialographie
- substances radio-opaques

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT**

---

### Soins préventifs (suite)

- c) Tests et examens de laboratoire
  - culture microbiologique
  - biopsie tissus buccaux mous
  - biopsie tissus buccaux durs
  - examen cytologique
  
- d) Services préventifs
  - polissage de la partie coronaire des dents (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
  - application topique de fluorure (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
  - instructions d'hygiène buccale (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
  - scellants de puits et fissures
  - détartrage (12 unités\* par année de police, combinées au surfaçage radiculaire)
  
- e) Appareils de maintien

### Soins de base

- a) Restaurations
  - restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées
  - tenons de rétention
  - couverture complète des restaurations préfabriquées
  
- b) Endodontie
  - coiffage de la pulpe
  - pulpotomie
  - pulpectomie d'urgence
  - traitement de canal
  - chirurgie endodontique
  - blanchiment (sur dent devitalisée)
  - apexification
  
- c) Parodontie
  - chirurgie parodontaire
  - jumelage provisoire
  - soin des infections aiguës
  - désensibilisants
  - autres services parodontaux complémentaires
  - surfaçage radiculaire (12 unités\* par année de police, combinées au détartrage)
  - curetage gingival
  - équilibrage de l'occlusion (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
  - appareils parodontaux (un appareil pour le maxillaire supérieur et un appareil pour le maxillaire inférieur, par période de deux années de police)
  - ajustements d'appareils (trois (3) unités\* par année de police)

\* Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT**

---

### Soins de base (suite)

- d) Chirurgie buccale
  - ablation de dents ayant fait éruption
  - exposition et déplacement chirurgical d'une dent
  - ablation de tumeurs ou de kystes
- e) Services généraux complémentaires
  - anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

### Soins de restauration majeure

- a) Restaurations majeures
  - incrustation/couronnes (une fois par dent par cinq années de police)
  - réparations d'incrustations/couronnes (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
- b) Services de prothèse dentaire
  - prothèses amovibles partielles ou complètes (une prothèse pour la mâchoire supérieure et une prothèse pour la mâchoire inférieure, par période de cinq années de police)
  - ponts\* (un par cinq années de police)
  - réparation d'un pont (jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables)
  - restaurations sur implants (c.-à-d. couronnes, pont et prothèses) (une fois par dent par période de 10 années de police)
- c) Ajustement de prothèses amovibles
  - ajustements mineurs
  - rebasage et regarnissage (un pour la mâchoire supérieure et un pour la mâchoire inférieure par période de deux années de police)

La présente garantie ne couvre pas le remplacement de la prothèse à moins que celle-ci ait été en place plus de 5 ans et qu'elle ne soit plus utilisable, ni le remplacement de prothèse perdue, égarée ou volée.

\*La demande initiale pour un pont doit être nécessaire en raison de l'extraction d'au moins deux dents naturelles pendant que la couverture est en vigueur à l'égard du participant. Le coût de cette demande initiale pour un pont est limité au coût d'une prothèse partielle.

### Soins orthodontiques

Les frais qui suivent sont admissibles si les soins orthodontiques sont inclus au Sommaire des garanties :

- examen d'orthodontie et ouverture de dossier
- appareils amovibles ou cimentés pour repositionner les dents ou de rétention
- appareils fixes (appareils orthodontiques)

Les frais raisonnables engagés pour des soins orthodontiques doivent être effectués par un orthodontiste dans le but de corriger les irrégularités dentaires.

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT**

---

### ***Modalités de remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques***

Le remboursement des frais afférents aux soins orthodontiques a lieu selon l'une des modalités suivantes :

- a) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que vous payez cette somme à l'orthodontiste en versements convenus, échelonnés selon la durée prévue des soins, Medavie inc. vous rembourse chaque fois que vous lui présentez une facture ou un reçu en rapport avec le versement convenu.
- b) Si une somme forfaitaire a été fixée pour toute la série de soins et que vous payez cette somme à l'orthodontiste en une somme unique, Medavie inc. vous rembourse jusqu'à 1/3 du coût total initial et les versements égaux par la suite durant la période entière du traitement.

Si au lieu d'une somme forfaitaire chaque service est facturé au fur et à mesure, Medavie inc. vous rembourse au fur et à mesure que les frais sont encourus.

### ***Traitement proposé de plus de 500 \$***

Si le coût du traitement prévu dépasse 500 \$, demandez à votre dentiste de remplir la section «pré-évaluation» du formulaire de demande de règlement, et faites-le parvenir à Medavie inc. avant le début du traitement. Vous connaîtrez ainsi à l'avance le montant exact du remboursement. Si vous changez de dentiste en cours de traitement, vous devez soumettre une nouvelle évaluation à Medavie inc.

### ***Frais qui ne sont pas remboursés par le régime***

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire;
- b) les services rendus par un hygiéniste dentaire mais qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise ;
- c) les services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ;
- d) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une demande avait été soumise ;
- e) tous frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail ou de toute société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblables, le cas échéant ;
- f) les frais qui découlent d'une tentative de suicide ou blessure volontaire, que le participant ait été sain d'esprit ou non ;
- g) les frais qui découlent de blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement des fonctions du participant, ou blessure subie durant une guerre ;
- h) les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion) ;
- i) les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES - AU CANADA SEULEMENT**

---

### ***Frais qui ne sont pas remboursés par le régime (suite)***

- j) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge du participant ;
- k) les soins ou services reliés aux facettes;
- l) le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides
- m) les protecteurs buccaux;
- n) implants et traitements reliés aux implants;

### ***Restriction***

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais qui excèdent les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus.

### ***Traitements alternatifs***

Lorsqu'il existe plusieurs alternatives à un traitement donné, les frais admissibles se limitent au coût des produits, services ou du traitement le moins coûteux qui répond aux besoins de base du participant. La présente clause s'applique, entre autres, aux incrustations, aux couronnes, aux restaurations en amalgame, acrylique, silicate ou composite ainsi qu'aux ponts.

### ***Fin de la protection***

La garantie soins dentaires prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi, ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) 12 mois après la date de votre décès,
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles,
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

## **PORTAIL DES ADHÉRENTS**

---

### ***DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS***

Medavie inc. cherche continuellement à mettre au point sa technologie du Web pour mieux répondre aux besoins de ses clients. Une telle innovation, le portail des adhérents, vous aidera à mieux comprendre, gérer et coordonner votre régime d'assurance.

Le portail des adhérents est convivial et offre un environnement sécuritaire. Dorénavant, il vous suffit de cliquer à l'aide de votre souris pour obtenir des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Le portail des adhérents est accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à partir de la maison ou du travail; vous n'avez besoin que d'une connexion Internet. Le portail des adhérents vous simplifie réellement la vie.

### ***PORTAIL DES ADHÉRENTS***

Le portail vous offre différentes options.

**Demandes au sujet de la couverture :** Des renseignements détaillés sur le régime de Croix Bleue de l'adhérent.

**Formulaires :** Les formulaires génériques de demandes de règlement de Medavie inc. peuvent être imprimés.

### **Information sur les adhérents**

Vous pouvez :

- visualiser ou mettre à jour votre adresse (lorsque l'accès est disponible)
- demander de nouvelles cartes d'identification
- ajouter ou mettre à jour l'information bancaire pour le dépôt direct des remboursements des demandes de règlement (s'il y a lieu).

### **Relevés des adhérents Les adhérents peuvent**

Vous pouvez :

- visualiser l'historique de vos demandes de règlement et celles de vos personnes à charge
- visualiser des relevés de paiement envoyés à vous-même ou au fournisseur de services
- visualiser le compte gestion-santé (s'il y a lieu).

### ***PREMIÈRE VISITE DU PORTAIL DES ADHÉRENTS***

1. Ouvrez une session sur le site web de Croix Bleue Medavie [www.medavie.croixbleue.ca](http://www.medavie.croixbleue.ca)
2. Sélectionnez « Français »
3. Sélectionnez « Adhérents » dans Centre de services en ligne à droite
4. Sélectionnez « Allez au site sécurisé »
5. Sélectionnez ensuite « Première fois - S'inscrire maintenant »
6. Remplissez le formulaire d'inscription en ligne
7. Un mot de passe temporaire sera envoyé à l'adresse courriel entrée pendant l'inscription
8. Retournez au portail des adhérents et entrez votre code d'utilisateur ainsi que votre mot de passe temporaire
9. On demandera à l'adhérent de changer le mot de passe. Cliquez sur « Envoyer » pour sauvegarder
10. Cliquez sur « Fini » une fois les changements sauvegardés et vous serez dirigé vers la page d'accueil

**\*\*Veillez vous assurer de prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation future\*\***

## PORTAIL DES ADHÉRENTS

---

### **REMARQUE**

Pour des raisons de sécurité, l'accès au portail des adhérents est limité aux adhérents seulement.

Nous sommes impatients de vous aider à profiter de notre technologie en ligne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le portail des adhérents ou pour toute question au sujet de votre régime d'assurance de Medavie inc., veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle en composant le numéro sans frais indiqué au verso de votre carte d'identification ou en envoyant un courriel à [inquiry@medavie.bluecross.ca](mailto:inquiry@medavie.bluecross.ca).

## **PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

---

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection-santé, une protection vie et une protection-voyage de qualité, Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, recueillent et conservent des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de Medavie inc. et de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos opérations, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

### ***Que sont les renseignements personnels?***

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Ils peuvent comprendre le nom, l'âge, les numéros d'identification, le revenu, les données en matière d'emploi, l'état matrimonial, le statut des personnes à charge, les dossiers médicaux, ainsi que les renseignements financiers.

### ***Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?***

Vos renseignements personnels permettent à Medavie inc. et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de soins de santé, d'assurance vie et de protection-voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans votre contrat ou du contrat collectif duquel vous êtes adhérent admissible,
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats; et
- à administrer nos affaires.

### ***À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?***

Selon votre type de couverture, la divulgation de renseignements personnels particuliers aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue du Canada, afin d'administrer votre régime de protection si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario,
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service,
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige; et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif; et
- le titulaire de certificat de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un participant.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Medavie inc. et la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada jugent qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elles se sont engagées conformément au contrat d'assurance.

## **PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de Medavie inc. et de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état civil ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger.

En devenant client de Medavie inc. ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à Medavie inc. et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Medavie inc., et de la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, veuillez communiquer avec nous, soit en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

[www.medavie.croixbleue.ca](http://www.medavie.croixbleue.ca)

1-800-667-4511 (pour l'Atlantique), 1-800-355-9133 (pour l'Ontario) ou 1-888-588-1212 (pour le Québec)

Agent de protection de la vie privée  
Croix Bleue Medavie  
Groupe de gestion des risques  
644, rue Main  
C.P. 220  
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

ou

[privacyofficer@medavie.bluecross.ca](mailto:privacyofficer@medavie.bluecross.ca)

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection  
de la vie privée du Canada  
112, rue Kent  
Ottawa (Ontario) K1A 1H3