Mon régime collectif

canada vie MC

Comité Paritaire des Boueurs de la Région de Montréal

Salariés de catégorie A - Employés

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

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

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

La Canada Vie en ligne

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

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

Ma Canada Vie au travail

À titre de participant de régime de la Canada Vie, vous pouvez vous inscrire à Ma Canada Vie au travail[MC] au www.macanadavieautravail.com. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main lors de l'inscription.

Avec Ma Canada Vie au travail, vous pouvez :

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

Numéro sans frais de la Canada Vie

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

Plaintes de clients

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

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

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'ombudsman, Bureau T262
255 avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1

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

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions de la police collective n° 180763 offerte par COMITÉ PARITAIRE DES BOUEURS DE LA RÉGION DE MONTRÉAL. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi (dans la mesure où la loi le permet).

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

Le présent régime a été établi par

canada vie MC

et préparé par

MPA
Avantages sociaux

support@mesavantagesautravail.ca

Le présent livret a été préparé le : 11 janvier 2024

Accès aux documents

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

Actions en justice

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

Procédure d'appel

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

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

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

Délai pour le paiement des prestations au Québec

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

- Pour les prestations de décès, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.
- Pour les prestations versées aux termes d'une assurance invalidité ne prévoyant aucune période d'attente, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.
- Pour les prestations versées aux termes d'une assurance invalidité prévoyant une période d'attente, 30 jours suivant la fin de la période d'attente, à condition que la preuve de sinistre ait été reçue.
- Pour toutes les autres garanties, 60 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.

Rôle de l'employeur

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

Protection de vos renseignements personnels

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

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

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la gestion et l'analyse de données internes par la Canada Vie et ses sociétés affiliées
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

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

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

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

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

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d’effet et expiration de la protection	5
Personnes à charge couvertes	6
Désignation de bénéficiaire	6
Assurance-vie – salariés	6
Assurance-vie - personnes à charge	7
Rente d’invalidité de courte durée (ICD)	8
Garantie soins médicaux supplémentaires	11
Services médicaux virtuels	24
Coordination des prestations	25

Sommaire des garanties

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance-vie - Salariés	25 000 $. Ce montant diminue de 50 % à 65 ans.
Assurance-vie - Personnes à charge	
Conjoint	5 000 $
Chaque enfant	2 500 $
Rente d’invalidité de courte durée	
Période d'attente	sept jours Si vous êtes hospitalisé ou subissez une chirurgie d’un jour avant le dernier jour de la période d’attente, le service de la rente débute le premier jour d’hospitalisation ou le jour de la chirurgie.
Période d'indemnisation maximale	52 semaines Aucune prestation ne sera payée par la Canada Vie au cours d’une période durant laquelle des prestations d’invalidité seraient ordinairement payables en vertu de la Loi sur l’assurance-emploi du Canada, et ce, que vous ayez droit ou non aux prestations en question et que vous les recevez ou non.
Montant	Montant égal à 55 % de la rémunération hebdomadaire, jusqu'à concurrence de 536 $.

Garantie Soins médicaux supplémentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants. Cette restriction n'est pas applicable à l'égard des frais couverts pour les prothèses et les fournitures orthopédiques.

Franchises

Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada	5 $ par ordonnance
Tous les autres frais couverts	
- Franchise individuelle	50 $ par année civile
- Franchise familiale	100 $ par année civile

Les franchises individuelle et familiale ne s'appliquent pas aux frais suivants : frais de soins hospitaliers (sauf ceux en maison de convalescence, en centre de réadaptation et en centre de désintoxication), de soins reçus à l'étranger, de l'Assistance médicale globale et de traitement de blessure accidentelle aux dents .

Règlement proportionnel

Frais de soins reçus hors du pays	
- soins urgents	100 %
- soins non urgents	80 %
Frais de soins hospitaliers (sauf ceux en maison de convalescence, en centre de réadaptation et en centre de désintoxication), de l'Assistance médicale globale et de traitement de blessure accidentelle aux dents	100 %
Tous les autres frais couverts	70 %

Médicaments sur ordonnance - Contribution maximale

Si la somme des montants non remboursables que vous êtes tenu de verser à l'égard de frais de médicaments engagés au Canada pour vous et vos personnes à charge atteint la contribution maximale établie par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, le remboursement de ces frais sera fait à 100% pour le reste de l'année civile.

À l'égard des résidents du Québec, si la contribution maximale prévue par le régime n'est pas conforme à celle établie par la loi relativement aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, elle est réputée être modifiée d'office pour satisfaire aux conditions minimales de la législation.

Maximums - Frais ordinaires

Frais de séjour en cas d'hospitalisation	chambre à deux lits
Frais de séjour en maison de convalescence ou en centre de réadaptation	chambre à deux lits jusqu'à concurrence de 180 jours par année civile
Frais de séjour dans un centre de désintoxication	80 $ par jour jusqu'à concurrence de 2 500 $ pendant toute la durée de la protection
Soins infirmiers à domicile	300 $ par jour jusqu'à concurrence de 10 000 $ par année civile
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Agents anesthésiques administrés hors d'un hôpital	20 $ par intervention
Préparations injectables	20 $ par consultation
Vaccins et anatoxines	200 $ par année civile
Appareils auditifs	600 $ par période de 4 ans
Pompes à perfusion d'insuline	7 500 $ par période de 5 ans
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure	une paire jusqu'à concurrence de 400 $ par année civile
Orthèses du pied faites sur mesure	495 $ par année civile
Bras myoélectriques	10 000 $ par prothèse
Prothèses mammaires externes	deux par période de 12 mois
Soutiens-gorge chirurgicaux	deux par période de 12 mois
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 $ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 2 000 $
Appareils de contrôle de la glycémie	300 $ par période de 3 ans
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	4 000 $ par année civile
Neurostimulateurs percutanés	1 000 $ par période de 5 ans
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 1 500 $
Bas de contention sur mesure	trois paires par année civile
Perruques pour patients atteints du cancer	300 $ pendant toute la durée de la protection
Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées pour établir un diagnostic	
- échographies	300 $ par année civile
- tous les autres services couverts	2 000 $ par année civile pour tous les types de soins combinés
Dispositifs intra-utérins	100 $ par année civile
Chirurgie esthétique par suite d'un accident	5 000 $ par accident
Traitement de blessures accidentelles aux dents	5 000 $ par accident dans une période de 180 jours

Maximums - Soins paramédicaux

Soins donnés par un acupuncteur, un thérapeute de la réadaptation physique, un kinésithérapeute, un massothérapeute, un naturopathe, un orthophoniste ou un physiothérapeute	300 $ par année civile pour tous les types de soins combinés
un chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre	300 $ par année civile pour tous les types de soins combinés
Soins donnés par un psychologue ou un travailleur social	300 $ par année civile pour tous les types de soins combinés
Radiodiagnostics en lien avec les soins donnés par un un chiropraticien, un osthéopathe ou un podiatre	100 $ par année civile par praticien

Maximums - Soins hors du pays

Soins urgents	compris
Soins non urgents	50 000 $ pendant toute la durée de la protection
Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime après 500 heures travaillées en service continu pour le même employeur. Vous êtes réputé être en service continu seulement si vous êtes en activité de service durant la période d'attente visant l'admissibilité.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.

  Vous pouvez renoncer à la protection de soins médicaux si vous profitez déjà de cette protection aux termes du régime de votre conjoint. Si votre protection aux termes du régime de votre conjoint prend fin, vous devez vous inscrire au présent régime dans les 31 jours suivant l'expiration de votre protection. Passé ce délai, ou si votre demande d'adhésion a été antérieurement refusée par la Canada Vie, vous et vos personnes à charge pourriez être tenus de présenter une preuve d'assurabilité satisfaisant la Canada Vie pour bénéficier de la protection de soins médicaux.

- La protection ne prend effet que si vous êtes en activité de service. Si vous êtes absent du travail le jour où votre protection est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prend effet qu'à la date de votre retour au travail.

  Dans le cas d'une augmentation du montant de la protection ou des prestations en cours de garantie, la modification ne prend effet que si vous êtes en activité de service.

- Le salarié qui occupe un emploi temporaire, saisonnier ou à temps partiel ne peut participer au régime.

Votre protection expire lorsque votre service prend fin, lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque la police expire, selon la première éventualité.

- La protection garantie à vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.

- Votre protection peut faire l'objet d'une prolongation si elle prend fin du fait que vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.

- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Communiquez avec votre employeur pour avoir des précisions.

Prestations de survie

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de deux ans ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

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

- Votre conjoint (légitime ou de fait).

  « Conjoint de fait » s'entend de la personne dont la relation avec vous est de nature conjugale et qui habite avec vous depuis au moins 12 mois, ou, si vous résidez au Québec, depuis la naissance ou l'adoption d'un enfant dans le cadre de la relation, selon la première éventualité.

- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

  Les enfants de moins de 21 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

  Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 26 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

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

ASSURANCE-VIE – SALARIÉS

À votre décès, la Canada Vie versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Votre assurance-vie ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 75e anniversaire de naissance.

- Si vous devenez invalide avant l'âge de 75 ans, votre assurance-vie peut, dans certains cas, rester en vigueur à compter du 1er jour du mois suivant la date à laquelle vous êtes devenu invalide sans autre paiement de prime. La période d'indemnisation ne se poursuit jamais au-delà de 52 semaines ou de la date de votre 75e anniversaire, selon la première éventualité.

  Vous êtes considéré comme invalide si vous ne pouvez exercer quelque activité lucrative que ce soit par suite d'une blessure ou d'une maladie. La Canada Vie déterminera si vous avez droit à l'exonération des primes. Si vous croyez y avoir droit, obtenez les formules de demande appropriées de votre employeur. Vous devez demander l'exonération des primes dans les 12 mois suivant la date de votre admissibilité.

- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65e anniversaire ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE-VIE - PERSONNES À CHARGE

Si une personne à votre charge décède en cours de garantie, la Canada Vie vous versera le montant prévu au titre de l'assurance-vie des personnes à charge. Votre employeur se chargera de vous expliquer les modalités de règlement.

- L'assurance-vie de vos personnes à charge ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 75e anniversaire de naissance.

- Si vous êtes invalide et que vous avez droit à l'exonération des primes de votre assurance-vie, la garantie d'assurance-vie des personnes à charge se poursuivra également sans autre paiement de prime, et ce, jusqu'à l'expiration de votre assurance-vie aux termes du présent régime ou la date à laquelle vos personnes à charge cessent d'être admissibles à cette assurance.

- Si vous résidez au Québec et que l'assurance de votre conjoint ou de votre enfant prend fin à votre 65e anniversaire ou avant, votre conjoint ou votre enfant peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

  Si vous résidez ailleurs au Canada et que l'assurance de votre conjoint prend fin à son 65e anniversaire ou avant, votre conjoint peut avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

  Pour la police individuelle de votre conjoint ou de votre enfant, vous ou votre conjoint devez en présenter la demande et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

RENTE D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE (ICD)

Le régime vous garantit un revenu régulier en cas de perte de salaire attribuable à une invalidité pour cause de maladie ou de blessure. La rente est versée dès l'expiration de la période d'attente, et ce jusqu'à la fin de votre invalidité ou jusqu'à l'expiration de la période d'indemnisation, selon la première éventualité. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant de la rente, la période d'attente et la période d'indemnisation.

- La rente ICD est servie dès l'expiration de la période d'attente lorsque, par suite d'une blessure ou d'une maladie, vous êtes dans l'impossibilité d'accomplir votre travail habituel. Vous **n'êtes pas** considéré comme invalide si vous pouvez vous acquitter de toute combinaison de tâches qui vous demandait ordinairement au moins 60 % de votre temps de travail.

- Si vous n'avez pas vu le médecin au plus tard à la date d'expiration de la période d'attente, le versement de la rente ne débute qu'après la date de votre première consultation chez le médecin.

- Les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins deux semaines consécutives de travail à temps plein.

- Comme votre employeur supporte une partie ou la totalité du coût de la garantie ICD, la rente est imposable.

- La protection à l'égard de la rente ICD ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 75e anniversaire de naissance.

Revenus d'autres sources

Votre rente ICD est diminuée des revenus d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre invalidité. Les revenus d'autres sources comprennent notamment les revenus indiqués ci-dessous.

- Prestations d'invalidité auxquelles vous avez droit, à titre personnel, aux termes du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, exception faite de toute augmentation qui prend effet après le début de la période d'indemnisation.

- Des prestations de retraite auxquelles vous avez droit à titre personnel aux termes du Régime de rentes du Québec, puisque vous recevez des prestations d'invalidité aux termes du Régime de rentes du Québec.

- Prestations versées en vertu du Régime québécois d'assurance parentale.

- Prestations versées en vertu d'une loi des accidents du travail ou de toute autre loi analogue.

- Dans la mesure prévue par la loi, indemnités pour perte de revenu versées aux termes d'une assurance automobile provinciale ou territoriale si cette dernière ne prend pas en compte les prestations payables aux termes de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada dans le calcul des indemnités.

Votre rente ICD n'est pas diminuée de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par le présent régime et des revenus d'autres sources énumérés ci-dessus est supérieure à la rémunération hebdomadaire que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération hebdomadaire.

Si d'autres revenus n'ont pas été accordés ou reçus, la Canada Vie aura le droit de les estimer conformément aux dispositions de tout régime ou de toute loi applicables.

Prestations de réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle est axée sur l'exercice d'un emploi à temps partiel auprès de votre employeur dans le but de vous permettre d'occuper à temps plein soit le même emploi, soit toute autre activité lucrative pour le compte de votre employeur. Tout plan jugé approprié compte tenu de la durée prévue de l'invalidité et susceptible de vous permettre de reprendre le travail dans les meilleurs délais sera approuvé.

Programme de coordination des soins médicaux

Le programme de coordination des soins médicaux repose sur l'intervention précoce afin d'assurer que votre état soit promptement diagnostiqué et que vous receviez les soins appropriés au bon moment. L'objectif est de favoriser votre retour au travail dans les meilleurs délais et d'éviter que votre invalidité ne se prolonge ou ne devienne permanente.

Restrictions générales

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous.

- Période :

  - précédant la date à laquelle vous avez été soigné pour la première fois par un docteur en médecine légalement autorisé; ou
  - pendant laquelle vous refusez de vous soumettre à un traitement raisonnable et courant ou ne vous conformez pas aux prescriptions d'un tel programme.

  On entend par « traitement raisonnable et courant » une série régulière de soins :

  - donnés ou prescrits par un docteur en médecine légalement autorisé ou autre fournisseur de soins de santé, ou encore fournis dans un établissement de soins de santé;
  - habituellement indiqués, quant à la nature et à la fréquence, dans le cas de l'affection dont souffre le salarié; et
  - pour lesquels la présence, la participation et les progrès peuvent être vérifiés dans des dossiers médicaux.

  Nonobstant ce qui précède, compte tenu de la nature ou de la gravité de l'affection dont souffre le salarié, pour que le traitement soit considéré comme raisonnable et courant, la Canada Vie peut exiger :

  - que vous soyez suivi par un docteur en médecine légalement autorisé au lieu d'être suivi par un autre fournisseur de soins de santé, ou en plus de ce dernier, ou dans un autre établissement de soins de santé; et
  - que le traitement soit prescrit par un docteur en médecine légalement autorisé reconnu comme étant un spécialiste autorisé possédant les compétences nécessaires au traitement de l'affection invalidante et être donné par ce dernier ou sous sa supervision;

  Si votre invalidité est imputable à une toxicomanie, le traitement doit être chapeauté par un docteur en médecine légalement autorisé et l'objectif premier du traitement doit être l'abstinence, à moins d'approbation contraire par la Canada Vie.

- Période pendant laquelle des prestations sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi du Canada, que vous y ayez effectivement droit ou non.

- Durée prévue d'une mise à pied ou d'un congé autorisé.

  La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle vous souffrez d'invalidité attribuable à la grossesse.

- Période d'emploi, sauf dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un plan de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.

- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.

- Période normale de convalescence pour un traitement reçu uniquement à des fins esthétiques. Cette restriction ne s’applique pas lorsque le traitement est entrepris en raison d’une maladie ou d’une blessure.

- Période d'incarcération dans une prison ou dans tout autre établissement similaire.

- Invalidité attribuable à la guerre, ou à une insurrection, ou encore à la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Afin de soumettre une demande de règlement en ligne, allez au www.canadavie.com.

- Afin de soumettre une demande de règlement sur papier, procurez-vous le Guide de présentation des demandes de règlement du salarié (formule M5454 (f)) et suivez-en les directives.

  Vous pouvez vous procurer ce guide auprès de votre employeur ou en ligne sur le site web corporatif de la Canada Vie en vous rendant au www.canadavie.com.

Afin d'accélérer l'évaluation de votre demande, assurez-vous de soumettre votre demande de règlement à la Canada Vie dans les 10 jours suivant le début de l'invalidité. Aucune prestation d'invalidité n'est payable si la Canada Vie reçoit la déclaration de sinistre initiale plus de trois mois après la date d’expiration de la période d’attente ou la date d’expiration du régime de l’employeur, selon la première éventualité.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

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

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

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins requis.

- Séjour dans un hôpital, une maison de convalescence, un centre de réadaptation ou une maison de soins infirmiers ou soins infirmiers à domicile, à condition que les soins reçus soient des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs. Le régime couvre également un séjour dans un hôpital ou dans un centre de désintoxication si les soins sont nécessaires dans le cadre d'une cure de désintoxication.

  On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

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

  On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

  On entend par « cure de désintoxication » tous les soins actifs qui font partie d'un programme de traitement reconnu en matière d'alcoolisme et de toxicomanie.

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

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

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

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

    Dans le cas d'un séjour dans une maison de convalescence, un centre de réadaptation ou un centre de désintoxication, les frais sont limités tel qu'indiqué au **Sommaire des garanties**.

Restriction

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

- Le régime couvre les soins infirmiers donnés à domicile, au Canada, par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé.

  Par « soins infirmiers », on entend des soins qui nécessitent les compétences et la formation d'un infirmier professionnel et qui sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas membre de la famille du malade.

  Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins reçus hors du pays.

  - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.

  - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.

  - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes, bandelettes pour tests et capteurs pour appareils flash de surveillance du glucose.

  - Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.

  - Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

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

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

- Location ou, au choix de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.

- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.

- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.

- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

- Appareils flash de surveillance du glucose, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

- Pompes à perfusion d'insuline externe prescrites par un médecin.

- Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par le régime provincial du patient. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.

- Traitement de blessures aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident, si l'état de santé du patient le permet.

  On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous.

- Dommages causés accidentellement aux prothèses amovibles.
- Traitement dentaire effectué plus de 12 mois après l'accident.
- Diagnostics et soins orthodontiques.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un kinésithérapeute.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un thérapeute de la réadaptation physique autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un travailleur social dûment qualifié.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Canada Vie. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Canada Vie.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 $.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

  Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 $, et les frais de transport aller-retour en classe économique.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 $.

- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé parce que vous ou votre personne à charge êtes hospitalisés, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.

- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.

- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 $.

Restriction

Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins reçus hors du pays

- **Les soins d'urgence** reçus à l'extérieur du pays sont couverts s'ils sont nécessaires par suite d'une urgence médicale survenant pendant que vous ou votre personne à charge vous trouvez temporairement à l'extérieur du Canada pour des vacances, ou pour un voyage d'affaires ou d'études. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

  Par « urgence médicale » on entend une blessure fortuite et soudaine, ou une maladie fortuite et soudaine ou la phase aiguë d'une maladie qui n'aurait pu être raisonnablement prévue compte tenu des troubles médicaux antérieurs du malade.

  Par soins d'urgence, on entend un traitement médical couvert qui est prodigué par suite d'une urgence médicale et immédiatement après celle-ci.

  Si l'état du malade lui permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre :

  - le montant qui serait payable aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus hors du pays; et

  - le montant qui serait payable aux termes du présent régime pour des soins comparables donnés au Canada, plus le coût du retour au pays.

  Restrictions

  Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

  - Soins médicaux donnés ultérieurement relativement à une urgence médicale après la phase initiale aiguë du traitement, ce qui comprend les soins continus en situation de non-urgence du trouble traité au départ en situation d'urgence.

  - Tout épisode ultérieur et connexe durant la même absence du Canada.

  - Frais se rapportant à la grossesse et à l'accouchement, y compris les soins au nourrisson :

    - après la 34e semaine de grossesse; ou
    - durant toute la grossesse si les antécédents médicaux de la malade indiquent un risque supérieur à la normale d'un accouchement prématuré ou de complications.

- **Les soins non urgents** reçus à l'extérieur du pays sont couverts relativement à vous et à vos personnes à charge :

  - s'ils sont nécessaires par suite de la recommandation de votre médecin canadien habituel.

  - s'ils ne sont fournis dans aucune province canadienne et doivent être reçus ailleurs pour des raisons autres que les listes d'attente ou des difficultés d'horaire;

  - si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence pour une partie des coûts; et

  - si une autorisation préalable des prestations est approuvée par la Canada Vie avant que vous quittiez le Canada pour recevoir le traitement.

  Restrictions

  Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

  - Traitement de recherche ou expérimental.

  - Frais de transport ou d'hébergement.

Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical couvert reçu hors du pays.

- Soins donnés par un médecin.

- Radiodiagnostics et analyses de laboratoire.

- Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous ou votre personne à charge êtes couvert.

- Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.

- Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.

- Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.

- Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.

- Médicaments.

- Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.

- Pour des soins d'urgence seulement :

  - transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche qui est en mesure de donner les soins appropriés;
  - traitement d’une blessure accidentelle aux dents qui serait couvert au Canada.

Autres soins ou fournitures

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

Restrictions générales

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

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

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.

- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.

- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.

- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

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

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

- Soins, services ou fournitures reliés :

  - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique

  - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires

  - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité

  - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs, des dispositifs intra-utérins et des produits contenant un médicament contraceptif.

- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par la Canada Vie comme étant des soins, services et fournitures couverts.

- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.

- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins reçus hors du pays et à la partie intitulée Assistance médicale globale.

- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si la Canada Vie aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables s'ils avaient été reçus dans votre province de résidence.

  Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

- Soins prolongés.

- Frais pour des soins, un service ou une fourniture que la Canada Vie a déterminés comme étant non proportionnels à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure. Pour déterminer si des soins, un service ou une fourniture sont proportionnels, la Canada Vie peut tenir compte de différents facteurs, y compris, mais sans s'y limiter, les suivants :

  - lignes directrices de la pratique clinique;
  - évaluations de l'efficacité clinique des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales;
  - renseignements fournis par le fabricant ou le fournisseur des soins, du service ou de la fourniture; et
  - évaluations de l'efficience des soins, du service ou de la fourniture, notamment par des organismes consultatifs professionnels ou des agences gouvernementales.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous, sauf disposition contraire prévue par la loi.

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

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

  - la Canada Vie a déterminé que de l'information supplémentaire de la part d'organismes consultatifs professionnels, d'agences gouvernementales ou du fabricant du médicament ou de la fourniture est requise pour évaluer le médicament ou la fourniture; ou

  - la Canada Vie a déterminé que le médicament ou la fourniture n'est pas proportionnel à la maladie ou à la blessure ou, s'il y a lieu, au stade ou à l'évolution de la maladie ou de la blessure.

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.

- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.

- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.

- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.

- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.

- Produits anti-tabagiques.

- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.

- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).

- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.

- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.

- Extraits allergisants non injectables.

- Injections d'agents sclérosants pour le traitement des varices.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales

- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.

À noter : Si vous êtes un salarié âgé de 65 ans ou plus et résidez au Québec, vous cessez d'être couvert aux termes de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime et êtes couvert aux termes de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à moins que vous choisissiez de conserver la protection du présent régime tel qu'il est indiqué ci-dessous.

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait et signalé à votre employeur avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans; ou
- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, la date à laquelle vous devenez résident du Québec, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.

Lorsqu'un salarié a choisi d'être couvert aux termes du présent régime, il est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Par « protection de base pour les médicaments sur ordonnance », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée au titre de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Programme d'autorisation préalable

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

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

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

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

Gestion des dossiers médicaux

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

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

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

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

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

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

Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux

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

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

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

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

Programme d'aide aux patients

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

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

Comment présenter une demande de règlement

- **Frais de soins d'urgence reçus à l'étranger et frais couverts par l'Assistance médicale globale**

  Consultez www.canadavie.com pour obtenir un formulaire de demande de règlement pour les frais engagés à l'étranger et l'assistance lors de voyages, ainsi que le formulaire d'autorisation de votre province ou territoire de résidence.

  Remplissez tous les formulaires applicables, en prenant soin de fournir tous les renseignements requis. Envoyez les formulaires, avec les copies de vos reçus, selon les directives indiquées sur les formulaires en question.

  Assurez-vous de conserver vos reçus originaux pour vos dossiers.

  Aux termes de ce régime, vous recevrez des prestations pour tous les frais admissibles, y compris la partie couverte par votre régime provincial ou territorial. Nous demanderons directement à votre régie provinciale ou territoriale de l'assurance-maladie le remboursement des frais qui incombent à cet organisme.

  Si la régie de l'assurance-maladie de votre province refuse le paiement, on vous demandera de nous rembourser tout montant que nous avons déjà payé au nom du régime d'assurance-maladie provincial.

  Présentez toutes vos demandes de règlement dès que possible pour respecter les délais applicables dans votre province ou territoire.

- **Tous les autres frais de soins médicaux**

  Demandes de règlement en ligne : Pour présenter des demandes de règlement en ligne, inscrivez-vous à www.macanadavieautravail.com. Pour utiliser ces services, vous devrez être inscrit à Ma Canada Vie au travail de même qu'au dépôt direct des règlements et à l'option Détail du règlement en ligne. Pour les demandes de règlement présentées en ligne, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

  Présentez vos demandes de règlement en ligne à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

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

Demandes de règlement papier : Accédez à www.macanadavieautravail.com afin d'obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé en format papier. Vous pouvez aussi obtenir le formulaire M635D(f) auprès de votre employeur.

Annexez vos reçus au formulaire de demande de règlement et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- **En ce qui concerne les médicaments sur ordonnance**

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

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

SERVICES MÉDICAUX VIRTUELS

Vous et vos personnes à charge (chacun de vous étant considéré comme une personne au titre de ces services) avez accès à des services médicaux virtuels. Pour pouvoir en profiter, vous n'avez qu'à télécharger l'application du fournisseur de services, en fonction de ce que la Canada Vie vous communique de temps à autre. Voici les services offerts :

- Accès à un nombre illimité de consultations par appels téléphoniques, messages textes et vidéoconférences avec des professionnels de la santé, sauf si les lois applicables l'interdisent.
- Ordonnances et renouvellement d'ordonnances, lorsqu'elles sont médicalement nécessaires.
- Si des tests diagnostiques ou des analyses de laboratoire sont médicalement nécessaires :
  - préparation des formulaires de demande exigés;
  - résultats des tests diagnostiques ou des analyses de laboratoire fournis et accessibles dans l'application du fournisseur de services;
  - information sur les résultats des tests diagnostiques / analyses de laboratoire par l'intermédiaire de l'application du fournisseur de services.
- Précisions sur le plan de traitement qu'une personne a reçu à sa demande.
- Accès à la thérapie cognitivo-comportementale sur Internet (TCCi) autoguidée.
- Accès à différents spécialistes, comme des psychologues, des diététiciens (diététistes), des accompagnateurs professionnels et des accompagnateurs personnels, moyennant des frais supplémentaires

Les services ci-dessus seront offerts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Comment accéder à ces services

- **Visitez le site Web**

  Anglaise: https://consultplus.dialogue.co/
  Française: https://consultplus.dialogue.co/?lng=fr

- **Télécharger l'application**

  Télécharger l'application Consult+ sur n'importe quel appareil mobile.

- **Visitez les pages d'aide et d'assistance**

  Anglaise: www.canadalife.com/resources/consult-faq.html
  Française: www.canadalife.com/fr/resources/consult-faq.html

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de salarié et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.

- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :

  1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
  2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
  3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
  4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

  Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.

Canada Vie et le symbole social, et Ma Canada Vie au travail sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

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