



Brochure de votre régime d'assurance collective

Union des employés et employées de service, section locale 800 – Entretien ménager

Toutes les catégories d'adhérents

Numéro de contrat :
23251

Date d'effet mise à jour :
1^{er} août 2026

Conseiller :
Burrowes, courtiers d'assurance



Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

Votre couverture collective vous assure la tranquillité d'esprit et offre à vous-même et à votre famille des soins de santé qui ne sont pas inclus dans la couverture gouvernementale.

Ce programme est assuré par Medavie inc. (aussi connue sous le nom de Croix Bleue Medavie) et par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, qui ensemble, seront appelées « Croix Bleue » pour faciliter la lecture.

Croix Bleue Medavie assure les garanties soins de santé, alors que toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Depuis près de 75 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

Notre engagement à servir et à trouver des solutions novatrices, de même que notre expertise technologique, vous permettent d'avoir l'esprit tranquille. Croix Bleue est toujours là pour vous.

À propos de la brochure

La présente brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants sur votre couverture collective. Veuillez les conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure.

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le contrat collectif détenu par votre syndicat. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le contrat collectif, le contrat collectif prévaudra, dans la mesure où la loi l'autorise.



Conseil pratique

Visitez le site web de L'UES local 800 au :
<https://ues800.org> ou
téléphonez au 514-385-1717 poste 399.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties** : cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.
- **Modalités de la couverture** : cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.
- **Droits et responsabilités en vertu du contrat** : cette section énonce votre responsabilité en vertu du contrat collectif (telles que votre responsabilité d'aviser votre syndicat de tout changement à votre statut) ainsi que vos droits (tels que votre droit à la protection des renseignements personnels).
- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements** : cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.
- **Conseils pratiques** : tout au long de la présente brochure, nous fournissons des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Croix Bleue Medavie

Soumettez une demande de règlement, accédez à une version électronique de votre carte d'identification, vérifiez votre protection, trouvez un professionnel de la santé dans votre région, et bien plus! Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties	1
Termes-clés	13
Modalités de la couverture.....	17
Exonération des primes	21
Garantie Vie de l'adhérent.....	23
Garantie Vie des personnes à charge	25
Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent	26
Garantie Invalidité de courte durée	32
Garantie Invalidité de longue durée facultative.....	36
Garantie Médicaments	41
Garantie Soins de santé complémentaires.....	46
Garantie Soins dentaires.....	53
Garantie Voyage.....	58
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat	64
Comment soumettre une demande de règlement	68
Ressources supplémentaires et services aux adhérents	69

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories d'adhérents
Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	15 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	15 000 \$
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	Aucune
Fin de la garantie	65 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Garantie Vie des personnes à charge

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories d'adhérents
Montant de la prestation	
Conjoint	5 000 \$
Enfant*	2 500 \$/enfant
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 65 ans ou à la retraite de l'adhérent
Exonération des primes	Oui

*Dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né.

Sommaire des garanties

Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories d'adhérents
Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	Même montant que la Garantie Vie de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Garantie Vie de l'adhérent
Réduction de la prestation	Aucune
Fin de la garantie	65 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui, jusqu'au maximum de 12 mois; la prime est payable au-delà du 12 mois

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de courte durée

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories d'adhérents
Montant de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	
1 ^{er} novembre 2024	1 à 9 heures/semaine : 70 \$/semaine 10 à 14 heures/semaine : 168 \$/semaine 15 à 19 heures/semaine : 238 \$/semaine 20 à 24 heures/semaine : 308 \$/semaine 25 à 29 heures/semaine : 378 \$/semaine 30 à 34 heures/semaine : 449 \$/semaine 35 heures et plus/semaine : 526 \$/semaine
1 ^{er} novembre 2025	1 à 9 heures/semaine : 72 \$/semaine 10 à 14 heures/semaine : 173 \$/semaine 15 à 19 heures/semaine : 245 \$/semaine 20 à 24 heures/semaine : 317 \$/semaine 25 à 29 heures/semaine : 389 \$/semaine 30 à 34 heures/semaine : 461 \$/semaine 35 heures et plus/semaine : 540 \$/semaine Si l'employé travaille pour plus d'un employeur au sein du Syndicat, les heures travaillées sont comptabilisées séparément pour chaque employeur en fonction des tranches d'heures ci-dessus. Le total de la prestation versée constitue alors la somme des montants correspondant à chacune des tranches d'heures.
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Prestation maximale
Délai de carence	Calculé en jours civils
Hospitalisation	7 jours
<i>Chirurgie d'un jour couverte</i>	Oui
Accident*	7 jours
Maladie	7 jours
Durée maximale des prestations	52 semaines
Prestations imposables	Non
Base de paiement	Jours civils
Intégration à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC)	Oui La durée maximale des prestations inclut le nombre de semaines pendant lesquelles des prestations sont payables par la CAEC.
Prestations supplémentaires de chômage (PSC)	Non
Fin de la garantie	65 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

*L'invalidité totale qui commence plus de 30 jours après un accident est considérée comme une maladie.

Sommaire des garanties

Garantie Invalidité de longue durée facultative*

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories d'adhérents
Montant de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	
1 ^{er} novembre 2024	1 à 9 heures/semaine : 303 \$/mois 10 à 14 heures/semaine : 728 \$/mois 15 à 19 heures/semaine : 1 032 \$/mois 20 à 24 heures/semaine : 1 335 \$/mois 25 à 29 heures/semaine : 1 639 \$/mois 30 à 34 heures/semaine : 1 942 \$/mois 35 heures et plus/semaine : 2 276 \$/mois
1 ^{er} novembre 2025	1 à 9 heures/semaine : 312 \$/mois 10 à 14 heures/semaine : 748 \$/mois 15 à 19 heures/semaine : 1 060 \$/mois 20 à 24 heures/semaine : 1 371 \$/mois 25 à 29 heures/semaine : 1 683 \$/mois 30 à 34 heures/semaine : 1 995 \$/mois 35 heures et plus/semaine : 2 338 \$/mois Si l'employé travaille pour plus d'un employeur au sein du Syndicat, les heures travaillées sont comptabilisées séparément pour chaque employeur en fonction des tranches d'heures ci-dessus. Le total de la prestation versée constitue alors la somme des montants correspondant à chacune des tranches d'heures.
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Prestation maximale
Délai de carence	52 semaines ou à la fin du versement de la prestation d'invalidité de courte durée (s'il y a lieu), selon la dernière éventualité
Durée maximale des prestations	2 ans, sans dépasser l'âge de 65 ans
Prestations imposables	Non
Intégration des prestations	Oui
Maximum provenant de toutes sources	85 % du revenu net avant le début de l'invalidité
Notion de propre occupation	24 mois plus le délai de carence
Fin de la garantie	À 65 ans moins le délai de carence, ou à la retraite
Exonération des primes	Oui

*Si vous décidez de terminer la couverture en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée facultative, vous ne serez pas éligible pour une réadhésion.

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments

Catégorie d'adhérents	Moins de 25 heures par semaine
Franchise	91 \$ par assuré, maximum de 182 \$ par famille, par année civile, combinée avec la Garantie Soins de santé complémentaires
Pourcentage de remboursement	70 %*
Méthode de paiement	Paieement direct
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 1 mois pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 \$/année civile
Conseils santé et gestion des maladies chroniques	500 \$/année civile
Médicaments de fertilité	5 000 \$ à vie
Injections sclérosantes	Incluses
Médicaments pour la gestion du poids	Inclus - Autorisation préalable requise
Antihistaminiques	Inclus
Anesthésiques administrés lors d'une intervention médicale en clinique externe	20\$/intervention
Fin de la garantie	65 ans ou retraite de l'adhérent
Exonération des primes	Oui, jusqu'à un maximum de 12 mois

*Pour les assurés du Québec, le remboursement des services pharmaceutiques et la contribution maximale pour les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ pour lui-même ou pour ses enfants à charge répondent aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments

Catégorie d'adhérents	25 heures et plus par semaine
Franchise	91 \$ par assuré, maximum de 182 \$ par famille, par année civile, combinée avec la Garantie Soins de santé complémentaires
Pourcentage de remboursement	80 %*
Méthode de paiement	Paieement direct
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 1 mois pourrait s'appliquer à certains médicaments)
Liste de médicaments	
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière
Caractéristiques du programme de gestion	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique
Gestion des opioïdes	Incluse
Modules supplémentaires	Maximum
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 \$/année civile
Conseils santé et gestion des maladies chroniques	500 \$/année civile
Médicaments de fertilité	5 000 \$ à vie
Injections sclérosantes	Incluses
Médicaments pour la gestion du poids	Inclus - Autorisation préalable requise
Antihistaminiques	Inclus
Anesthésiques administrés lors d'une intervention médicale en clinique externe	20 \$/intervention
Fin de la garantie	65 ans ou retraite de l'adhérent
Exonération des primes	Oui, jusqu'à un maximum de 12 mois

* Pour les assurés du Québec, le remboursement des services pharmaceutiques et la contribution maximale pour les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ pour lui-même ou pour ses enfants à charge répondent aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Catégorie d'adhérents	Moins de 25 heures par semaine		
Franchise			
Hospitalisation	Aucune		
Soins de la vue	Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	91 \$ par assuré, maximum de 182 \$ par famille, par année civile, combinée avec la Garantie Médicaments		
	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année civile	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	70 %	Inclus	
Soins infirmiers	70 %	10 000 \$/année civile	
Professionnels de la santé :		Maximum par année civile	
<i>Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/Conseiller-thérapeute/Psychoéducateur/Psychothérapeute [maximum combiné])</i>	70 %	500 \$*	
<i>Chiropraticien (inclut les radiographies)</i>	70 %	750 \$*	
<i>Naturopathe</i>	70 %	750 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	70 %	750 \$*	
<i>Podologue/Podiatre/Infirmier en soins des pieds (maximum combiné)</i>	70 %	750 \$*	
<i>Audiologiste</i>	70 %	750 \$*	
<i>Orthophoniste</i>	70 %	750 \$*	
<i>Ergothérapeute</i>	70 %	750 \$*	
<i>Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technologue en physiothérapie (maximum combiné)</i>	70 %	750 \$*	
<i>Massothérapeute</i>	70 %	750 \$*	

*Maximum global combiné de 750 \$ par année civile pour tous les professionnels de la santé, à l'exception des professionnels de la santé mentale.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Catégorie d'adhérents	Moins de 25 heures par semaine	
Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	70 %	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	70 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	70 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	70 %	200 \$/année civile
Prothèses auditives	70 %	700 \$/3 années civiles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure/Chaussures profondes (maximum combiné)	70 %	3 paires/année civile
Chaussures orthopédiques préfabriquées avec modifications permanentes/ Fournitures/Réparations, modifications et ajustements (maximum combiné)	70 %	200 \$/année civile
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	70 %	2 paires jusqu'à concurrence de 396 \$/paire/année civile
Tests diagnostiques**	70 %	Inclus
Tests pharmacogénétiques	70 %	500 \$ à vie
Autres fournitures et services médicaux	70 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	70 %	Évaluation préalable requise
Traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool	70 %	80 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ à vie
Soins de la vue		
Examen de la vue	100 %	1/24 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	100 %	200 \$/24 mois consécutifs, 200 \$/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 21 ans
Fin de la garantie	65 ans ou retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Oui, jusqu'au maximum de 12 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Catégorie d'adhérents	25 heures et plus par semaine		
Franchise			
Hospitalisation	Aucune		
Soins de la vue	Aucune		
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	91 \$ par assuré, maximum de 182 \$ par famille, par année civile, combinée avec la Garantie Médicaments		
	Pourcentage de remboursement	Maximum	Hébergement
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année civile	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	80 %	Inclus	
Soins infirmiers	80 %	10 000 \$/année civile	
Professionnels de la santé :		Maximum par année civile	
<i>Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/Conseiller-thérapeute/Psychoéducateur/Psychothérapeute [maximum combiné])</i>	80 %	750 \$*	
<i>Chiropraticien (inclut les radiographies)</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Naturopathe</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Ostéopathe</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Podologue/Podiatre/Infirmier en soins des pieds (maximum combiné)</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Audiologiste</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Orthophoniste</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Ergothérapeute</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technologue en physiothérapie (maximum combiné)</i>	80 %	1 000 \$*	
<i>Massothérapeute</i>	80 %	1 000 \$*	

*Maximum global combiné de 1 000 \$ par année civile pour tous les professionnels de la santé, à l'exception des professionnels de la santé mentale.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Catégorie d'adhérents	25 heures et plus par semaine	
Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	80 %	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	80 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	80 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	80 %	200 \$/année civile
Prothèses auditives	80 %	700 \$/3 années civiles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure/Chaussures profondes (maximum combiné)	80 %	3 paires/année civile
Chaussures orthopédiques préfabriquées avec modifications permanentes/ Fournitures/Réparations, modifications et ajustements (maximum combiné)	80 %	200 \$/année civile
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	80 %	2 paires jusqu'à concurrence de 396 \$/paire/année civile
Tests diagnostiques**	80 %	Inclus
Tests pharmacogénétiques	80 %	500 \$ à vie
Autres fournitures et services médicaux	80 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	Évaluation préalable requise
Traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool	80 %	80 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 2 500 \$ à vie
Soins de la vue		
Examen de la vue	100 %	1/24 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	100 %	200 \$/24 mois consécutifs, 200 \$/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 21 ans
Fin de la garantie	65 ans ou retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Oui, jusqu'au maximum de 12 mois	

*Autorisation préalable requise.

**Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires

Catégorie d'adhérents	25 heures et plus par semaine	
Franchise	91 \$ par assuré, maximum de 182 \$ par famille, par année civile	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	Maximum
Soins préventifs	80 %	1 000 \$/année civile combiné avec les soins de base
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1/9 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1/9 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		12 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	80 %	1 000 \$/année civile combiné avec les soins préventifs
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
<i>Surfaçage radiculaire</i>		12 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	1 000 \$/année civile
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
<i>Implants</i>		1 par dent/10 années civiles
<i>Restaurations sur implants</i>		1 par dent/10 années civiles
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts	
Fin de la garantie	65 ans ou retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Oui, jusqu'au maximum de 12 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Voyage

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories d'adhérents
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	5 000 000 \$ par assuré à vie
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada*	500 000 \$ par assuré, à vie
Fin de la garantie	65 ans ou retraite de l'adhérent
Exonération des primes	Oui, jusqu'au maximum de 12 mois

*Autorisation préalable requise.

Vous et vos personnes à charge

Tout au long de la brochure, nous utilisons quelques termes-clés lorsque nous faisons référence à vous et à vos personnes à charge :

- Employé, adhérent et assuré font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint, enfant et assuré font référence à vos personnes à charge.

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada;
- est membre du syndicat; et
- travaille pour un employeur participant.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

Personne à charge : Le conjoint ou l'enfant de l'adhérent.

Conjoint : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- répond à un des critères suivants :
 - est légalement mariée à l'adhérent;
 - est unie civilement à l'adhérent, selon la définition du Code civil du Québec; ou
 - réside avec lui depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint doit être désigné par l'adhérent sur son formulaire d'adhésion.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint de l'adhérent.

Enfant : Une personne qui :

- réside au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Assuré : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du contrat.

Conseil pratique

Vous êtes responsable d'inscrire vos personnes à charge au régime lorsqu'elles y deviennent admissibles.

De plus, vous êtes responsable de les désinscrire lorsqu'elles ne répondent plus aux définitions énoncées ci-contre.

De plus, vous êtes responsable de maintenir à jour ces informations en communiquant avec le département d'assurance de votre syndicat au 514-385-1717 poste 399.

Conseil pratique

En vertu du contrat, l'adhérent, le conjoint et l'enfant sont tous des assurés.

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré; et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 6 activités suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou avec un gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : gérer les fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant; et
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

Assuré du Québec : Un adhérent ou une personne à charge est un assuré du Québec si :

- le preneur a une succursale au Québec;
- l'adhérent réside et travaille au Québec; et
- l'assuré est assujetti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Effectivement au travail : Un employé est effectivement au travail pour un jour donné s'il se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.



Conseil pratique

L'une des conditions d'admissibilité à la couverture en vertu du régime est que vous soyez effectivement au travail.

Employeur participant: Toute société ou organisation oeuvrant dans le secteur de l'entretien ménager qui emploie des membres de l'Union de employées et employés de service, section locale 800 de même que tout autre société ou organisation acceptée par le titulaire de la police et dont le personnel ou une partie du personnel est visé par une convention collective de travail conclue avec l'Union des employés et employées de service, section locale 800.

Événement de la vie : Une situation résultant de l'un des événements suivants, et qui permet à l'adhérent d'apporter des modifications à sa couverture :

- mariage ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- l'autre couverture de l'adhérent ou de sa personne à charge prend fin pour des raisons qui échappent à leur contrôle; ou
- décès d'une personne à charge.

Une preuve d'assurabilité pourrait être requise pour toute demande reçue plus de 31 jours après la date à laquelle est survenu l'événement de la vie.

Expérimental ou aux fins de recherche : Traitement, procédure, équipement, établissement, médicament ou utilisation d'un médicament qui, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux :

- ne sont pas médicalement nécessaires; ou
- pour lesquels il manque des études publiées démontrant leur efficacité et leur sécurité pour le patient, pour une condition donnée; ou
- ne sont pas reconnus comme la norme de soins dans les directives de prescription ou les protocoles d'établissement des pratiques en vigueur.

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par médicament prescrit ou année civile, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le contrat est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis ou prescrits par l'assuré lui-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Lorsque plus d'une forme de traitement existe, Croix Bleue se réserve le droit de baser le remboursement des frais admissibles sur le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline; et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé.



Conseil pratique

Important : Croix Bleue rembourse seulement les frais de santé répondant à ces critères de frais admissibles.



Conseil pratique

Membre de la famille
désigne pour un assuré :

- son conjoint ou conjoint de fait;
- son parent et le conjoint ou conjoint de fait de son parent;
- ses enfants et les enfants de son conjoint ou conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

Maladie : Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessitent des soins médicaux réguliers et continus.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis ou prescrits pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure; et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.



Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur, incluant les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière. Sont exclus les dividendes non habituels, ainsi que toute autre forme de rémunération non habituelle comme les bonis, les primes et les gratifications.

Pour les employés dont le salaire est basé sur des commissions, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, selon ce qui est indiqué sur les feuillets d'impôt de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.

Pour le calcul des prestations, le revenu est le moindre du :

- revenu selon la présente définition; ou
- dernier revenu déclaré à Croix Bleue et utilisé dans le calcul de la prime payable.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré afin d'améliorer ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue; et
- être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou un professionnel de la santé exerçant dans le domaine de la médecine qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré.

Usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante : Au sujet de frais engagés par l'assuré qui sont :

- comparables aux frais chargés habituellement par les professionnels de la santé ou fournisseurs approuvés pour des services ou des fournitures similaires, dans la province où les frais sont engagés; et
- selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, comparables en termes de fréquence et de quantité à ce qui serait habituellement prescrit ou requis selon l'état de santé de l'assuré.

Période de probation selon la convention collective

Vous êtes admissible à la couverture si vous :

- répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail; et
- pour la Garantie Médicaments, avez complété la période de probation à votre contrat.

Vos personnes à charge sont également admissibles à la couverture si elles répondent à la définition de conjoint ou d'enfant apparaissant dans la section Termes-clés.

Pour être admissible à la couverture, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à la couverture gouvernementale de soins de santé ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Dois-je fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la couverture?

Généralement, vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour bénéficier de la couverture collective. Toutefois, une preuve d'assurabilité doit être soumise dans les circonstances suivantes :

- lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties; ou
- lorsque votre demande d'adhésion pour la Garantie Invalidité de longue durée parvient à Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle vous êtes devenus admissibles.

Quand la couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat; ou
- la date à laquelle vous répondez à tous les critères d'admissibilité.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle vous êtes de nouveau effectivement au travail.

Personnes à charge

La couverture de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité; ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si :
 - elles étaient couvertes en vertu d'un contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du contrat; ou
 - l'enfant est né pendant que cette couverture est en vigueur; l'enfant est couvert dès sa naissance, ou en ce qui concerne la Garantie Vie, au moment spécifié dans la Garantie Vie des personnes à charge du Sommaire des garanties (s'il y a lieu).



Conseil pratique

Délai d'admission désigne la période continue pendant laquelle vous devez être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

Qu'advient-il de ma couverture durant une absence du travail?

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter de la période maximale pour laquelle votre couverture sera maintenue.

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, votre couverture est maintenue, à l'exception de la Garantie Invalidité de courte durée et la Garantie Invalidité de longue durée.

Les primes doivent être payées pour la durée totale de l'absence. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre syndicat, l'administrateur du régime collectif.

Mise à pied temporaire – Congé autorisé – Suspension disciplinaire – Grève ou lockout

Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Quand la couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat se termine;
- la date à laquelle vous ou vos personnes à charge ne répondez plus à un ou plusieurs critères d'admissibilité;
- la date à laquelle votre conjoint ne répond plus à la définition de conjoint;
- la date à laquelle votre enfant ne répond plus à la définition d'enfant;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous atteignez ou vos personnes à charge atteignent l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date de votre décès;
- le jour où vous ou vos personnes à charge commettez un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue; ou
- la date à laquelle le preneur du contrat est en défaut de paiement des primes.

La couverture de vos personnes à charge cesse à la date à laquelle votre couverture se termine.

Aucune couverture ne s'applique pour vous ou vos personnes à charge alors que vous exercez vos fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Que se passe-t-il lorsque votre couverture prend fin?

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsque la couverture de certaines de vos garanties prend fin, vous et vos personnes à charge avez le droit de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, pourvu que vous satisfassiez à certaines exigences.

Le libellé de la garantie indique si ce droit de transformation s'applique à une garantie particulière.



Conseil pratique

L'avantage d'exercer votre droit de transformation est qu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.

Les primes pour les garanties converties sont généralement plus élevées que les primes pour les garanties collectives présentement payées.

Plutôt que de transformer votre couverture collective, vous pouvez également opter pour une couverture individuelle. Vous aurez alors à fournir une preuve d'assurabilité.

Lorsque la transformation est offerte, les conditions suivantes s'appliquent :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée sous le libellé Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.

Et si j'ai une couverture ailleurs?

À l'exception des prestations versées en vertu de la garantie Voyage (voir la section Voyage de la présente brochure), Croix Bleue coordonne votre couverture collective avec les autres régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est offerte. Le processus de coordination des prestations vous assure de profiter au maximum de votre couverture et de recevoir un remboursement pour vos frais admissibles pouvant atteindre 100 %.



Conseil pratique

Croix Bleue vous aidera à vous guider vers les programmes gouvernementaux existants, lorsque possible.

Couverture en vertu d'un régime gouvernemental de soins de santé

À moins d'obtenir l'accord de Croix Bleue, aucun paiement n'est effectué pour des fournitures, des services ou des soins de santé qui sont remboursables ou disponibles en vertu d'un régime de santé gouvernemental ou qui sont administrés par des hôpitaux, des fournisseurs ou des organismes publics et indépendamment :

- de toute liste d'attente; ou
- du fait que l'adhérent ait ou non demandé ou exercé son droit à réclamer toute allocation.

Croix Bleue prend seulement en considération les frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé.

Autres régimes de soins de santé

Profitez-vous des autres régimes qui vous sont offerts? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez être privé d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % des frais admissibles.

Croix Bleue coordonne les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Voici les règles générales qui s'appliquent :

Frais engagés pour vous :

- Vous devez d'abord soumettre les frais engagés au présent régime (pour lequel vous êtes couvert en tant qu'adhérent). Le montant non remboursé par le présent régime (s'il y a lieu) peut être soumis à un autre régime en vertu duquel vous êtes couvert en tant que personne à charge (par exemple, le régime de votre conjoint).
- Si vous êtes couvert en tant qu'adhérent en vertu de plus d'un régime collectif, le régime qui vous couvre depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Frais engagés pour votre conjoint :

- Votre conjoint doit d'abord soumettre les frais engagés pour lui à son propre régime collectif (s'il y a lieu). Le montant non remboursé par son régime (s'il y a lieu) peut être soumis au présent régime.

Frais engagés pour votre enfant :

- Lorsqu'un enfant est couvert en tant que personne à charge en vertu de votre régime et de celui de votre conjoint, vous devez soumettre ses demandes de règlement au régime du parent qui a son anniversaire le plus tôt dans l'année.
- En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent où l'enfant réside (le régime du parent qui a la garde de l'enfant) est le premier payeur.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la coordination des prestations (y compris des exemples), communiquer avec le département d'assurance de votre syndicat.

Exonération des primes

Objet de la garantie

Si l'adhérent devient totalement invalide avant son 65^e anniversaire de naissance alors que sa couverture est en vigueur, les primes à son égard sont exonérées pour toutes les garanties, comme indiqué dans la Sommaire des garanties.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'exonération, la définition d'invalidité totale ou totalement invalide utilisée est celle apparaissant dans la clause Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas, en soi, une invalidité totale.

La disponibilité de l'occupation ou du travail n'est pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité totale.

Montant de couverture

Le montant de couverture sujet à l'Exonération des primes est égal au montant en vigueur à la date du début de l'invalidité totale.

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées à partir du premier jour où l'adhérent est approuvé pour la Garantie Invalidité de courte durée.

Fin de l'exonération des primes

En tenant compte des exceptions mentionnées dans la présente clause, l'exonération des primes cesse à la première des éventualités ou des dates suivantes :

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé au préalable par Croix Bleue;
- lorsque l'adhérent refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date de la retraite de l'adhérent;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide;
- la date à laquelle la garantie ou le contrat se termine; ou
- la date du décès de l'adhérent.

Si, alors qu'un adhérent est totalement invalide et exonéré de ses primes :

- son emploi cesse; ou
- la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient est annulée, ou la couverture de tous les employés se termine,

Exonération des primes

l'exonération des primes est maintenue au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- la Garantie Vie de l'adhérent est maintenue en vigueur et est sujette à l'exonération jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent; et
- la Garantie Invalidité de longue durée est maintenue en vigueur et est sujette à l'exonération des primes aussi longtemps que l'adhérent est admissible au versement des prestations d'invalidité de longue durée. Une telle exonération des primes ne peut excéder la Durée maximale des prestations d'invalidité de longue durée indiquée dans le Sommaire des garanties.

Objet de la garantie

Si un adhérent décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Païement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée à l'adhérent si :

- l'adhérent en fait la demande écrite à Croix Bleue;
- le médecin traitant de l'adhérent a présenté à Croix Bleue un certificat médical jugé satisfaisant par cette dernière, selon lequel l'adhérent souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les 12 mois suivant la date de la demande de paiement anticipé;
- l'adhérent est admissible à l'exonération des primes; et
- l'adhérent est âgé de moins de 65 ans.

Une prestation de décès anticipée ne peut être supérieure à 50 % de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de la demande de paiement anticipé ou 50 000 \$, selon le plus petit de ces montants. Cette prestation est versée en un montant forfaitaire qui est déduit du montant de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent. Le reste de la prestation est versé au bénéficiaire au décès de l'adhérent.

L'adhérent est admissible à une seule prestation de décès anticipée, à vie.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire. Dans le cas du paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale, la prestation est versée directement à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à l'UES local 800 dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique, avant l'âge de 65 ans.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;

- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

Objet de la garantie

Si une personne à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à l'adhérent le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Versement de la prestation

Toute prestation est payable à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à l'UES local 800 dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

À son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si sa Garantie Vie des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la fin de la Garantie Vie de l'adhérent pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle; ou
- le conjoint ou l'enfant n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
 - a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
 - b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant de protection de la police individuelle des personnes à charge ne peut être :
 - supérieur au montant de protection de la Garantie Vie des personnes à charge en vigueur à la date de la fin de la garantie; ou
 - inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi, ou à 5 000 \$ pour les résidents du Québec.

Objet de la garantie

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent perd la vie, tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant spécifié dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent est couvert en vertu de la présente garantie; et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Un décès causé par une noyade accidentelle est considéré comme une perte de la vie en raison d'un accident.

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties, selon ce qui est décrit dans le tableau ci-dessous :

Perte	Pourcentage de la protection
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémip légie	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit survenir dans les 30 jours suivant l'accident et il doit persister sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent est dans le coma ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition et disparition

Si un adhérent est inévitablement exposé aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Un adhérent est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si :

- l'adhérent disparaît en raison de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition d'un véhicule; et
- son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'accident (sauf s'il y a des preuves du contraire qui suggèrent que l'adhérent est toujours en vie).

Retour de la dépouille

Si des prestations sont payables pour une perte de la vie qui se produit à une distance d'au moins 150 kilomètres de la résidence de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais engagés pour :

- la préparation de la dépouille en vue de l'enterrement ou de l'incinération; et
- les frais de transport de la dépouille au lieu de l'enterrement ou de l'incinération, ou les frais d'enterrement ou d'incinération à l'endroit même du décès.

La prestation maximale pour tous les frais couverts en vertu de cette clause est de 10 000 \$. Les montants payables sont versés à la personne qui, de l'avis de Croix Bleue, semble avoir droit à la prestation, en raison du fait qu'elle a engagé des frais mentionnés ci-dessus.

À la réception d'une preuve écrite des frais prévus, Croix Bleue peut également faire un paiement anticipé, à condition que le preneur confirme à Croix Bleue :

- le nom de l'adhérent, la date et la cause du décès; et
- que l'adhérent était admissible à la présente garantie à la date de son décès.

Exclusion : le coût du cercueil.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à un adhérent en raison d'une perte, Croix Bleue paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident; et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie; ou
 - afin de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Formation professionnelle du conjoint

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par son conjoint pour un programme de formation, à condition que :

- le conjoint prenne part au programme dans le but d'entrer sur le marché du travail dans un emploi pour lequel il n'aurait pas été qualifié autrement; et
- les frais soient engagés dans les 3 ans suivant le décès de l'adhérent.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Frais d'études pour les enfants

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais de scolarité ainsi que les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés pour chaque enfant inscrit dans une institution d'éducation postsecondaire, à condition que l'inscription soit :

- à temps plein; et
- en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou qu'elle ait lieu dans les 365 jours suivant son décès.

Le maximum payable par enfant est le moindre parmi les montants suivants :

- 5 % du montant de la protection de l'adhérent mentionné dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles réellement engagés; ou
- 5 000 \$ pour chaque année d'études postsecondaires à temps plein, jusqu'à un maximum de 5 années ou jusqu'à ce qu'ils ne répondent plus à la définition d'enfant, selon la première éventualité.

Payable sous forme de versements annuels, le montant est versé à l'enfant (s'il a 18 ans et plus) ou au parent survivant ou au tuteur légal de l'enfant (si l'enfant a moins de 18 ans).

Chaque versement se fait à la réception, par Croix Bleue, d'une preuve écrite de l'inscription et des frais engagés.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement, de logement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si un adhérent est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma; ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours.

Croix Bleue paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent est hospitalisé.

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport; ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

En cas de perte de la vie, Croix Bleue verse la prestation directement au bénéficiaire de l'adhérent. Pour toute autre perte ou tout coma, la prestation est versée à l'adhérent.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident, ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

Croix Bleue verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à l'UES local 800 dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la perte.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- b) suicide, tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement;
- c) utilisation de tout poison, de substance intoxicante ou de drogue, sauf s'ils sont prescrits par un médecin et utilisés selon les recommandations de ce dernier ;
- d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
- e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;
- g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent prend fin à son 65^e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique, avant l'âge de 65 ans.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective; et
 - 200 000 \$; et
- le montant de protection de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi.

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse des prestations hebdomadaires, sous réserve des éléments mentionnés dans le Sommaire des garanties et des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Lorsque la Garantie est enregistrée à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) par le syndicat, le Délai de carence ne peut excéder la durée prévue en vertu du Programme de réduction du taux de cotisation d'assurance-emploi.

Durée maximale des prestations : Le nombre maximum de semaines pendant lesquelles Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Hospitalisation : L'admission dans un hôpital comme patient alité pour un séjour minimal de 1 nuit. Si mentionné dans le Sommaire des garanties, l'hospitalisation inclut une chirurgie d'un jour pratiquée dans un hôpital ou un centre de chirurgie privé si cette intervention chirurgicale est ou aurait été couverte en vertu du régime de santé gouvernemental.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : L'état d'incapacité totale et continue de l'adhérent, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui l'empêche d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre travail. Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

L'adhérent doit être sous les soins et traitements continus d'un médecin et ne doit pas travailler, sauf dans le cas d'un programme de réadaptation reconnu par Croix Bleue.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque semaine pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

Lorsque le délai de carence est calculé en :

- jours civils, la prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/7 de la prestation hebdomadaire; ou
- jours ouvrables, la prestation pour chaque jour ouvrable d'invalidité totale est égale à 1/5 de la prestation hebdomadaire.

Le Sommaire des garanties mentionne la base de calcul du Délai de carence.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation hebdomadaire en suivant les 2 étapes suivantes :

- Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation hebdomadaire (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties);
- Étape 2. Croix Bleue soustrait ensuite du montant de prestation hebdomadaire tout montant payable à l'adhérent à condition qu'il s'agisse de réductions acceptables en vertu du Programme de réduction de taux de cotisation d'assurance-emploi, en vertu :
- a) de tout régime provincial d'assurance automobile dans lequel les prestations payables en vertu de l'assurance-emploi ne sont pas prises en compte;
 - b) du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada, à l'exception de toute rente payable à l'adhérent avant la date à laquelle la présente invalidité a débuté;
 - c) tout revenu perçu en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente sera réduit, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité; ou
 - d) tout montant payable en vertu d'un régime de retraite offert par l'employeur sera réduit, si nécessaire, pour que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant l'invalidité.

En ce qui concerne les montants soustraits à l'étape 2 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas considérés;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des montants auxquels l'adhérent est admissible, Croix Bleue peut réduire les prestations de ces montants. Croix Bleue peut estimer les montants si l'adhérent néglige d'en faire la demande ou de se prévaloir de son droit à ces montants; et;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes de ces montants en raison des ajustements au coût de la vie.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent prend sa retraite auprès de l'employeur;
- la Durée maximale des prestations est atteinte; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à l'UES local 800 dans les 90 jours suivant la fin du dernier paiement de la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC).

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de courte durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte des mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 31 jours suivant la date où l'adhérent a commencé à être effectivement au travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable pour cette invalidité.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement ou des mesures diagnostiques;
- un travail à temps plein ou un travail à temps partiel; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations hebdomadaires sont réduites, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte l'une des causes suivantes:
 - a) participation à un acte criminel;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) toute maladie résultant de la consommation de drogues ou d'alcool, si l'adhérent ne reçoit pas de traitement continu pour l'utilisation de ces substances;
 - d) soins médicaux et traitements qui sont donnés à de seules fins esthétiques, à moins qu'ils soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'un accident; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.
2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
 - a) reçoit une indemnité en vertu d'une commission de la santé et de la sécurité au travail ou de tout régime similaire;
 - b) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi fédérale ou du Régime québécois d'assurance parentale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi fédérale ou au Régime québécois d'assurance parentale, ou prend un congé en vertu de toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion reliée à la santé du congé de maternité lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - c) est absent du Canada pour toute période au cours de laquelle les prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) ne seraient pas versées, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période d'absence;
 - d) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle;
 - e) néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
 - f) s'engage dans toute occupation ou tout emploi rémunérateur, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue; ou
 - g) refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif, à condition que la modification des tâches ou l'emploi alternatif soient approuvés par un médecin.

Objet de la garantie

Lorsque l'adhérent devient totalement invalide à la suite d'une maladie ou d'un accident, Croix Bleue verse la prestation mensuelle mentionnée dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Durée maximale des prestations : La durée maximale pendant laquelle Croix Bleue verse des prestations. Ce maximum est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Délai de carence : La période de temps continue entre la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide et la date à laquelle les prestations sont payables. Cette période est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Si l'invalidité totale n'est pas continue, les jours pendant lesquels l'adhérent est totalement invalide peuvent être accumulés pour atteindre le délai de carence, à condition :

- que la protection demeure en vigueur pendant la totalité de la période d'accumulation du délai de carence;
- qu'il n'y ait pas d'interruption de l'invalidité totale qui dure plus de 30 jours;
- que les invalidités successives soient causées par les mêmes causes ou des causes reliées; et
- que le délai de carence soit complété à l'intérieur d'une période de 1 an.

Revenu net : Le revenu de l'adhérent moins les impôts sur le revenu et les cotisations au Régime de pensions du Canada, au Régime de rentes du Québec, à la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC) et au Régime québécois d'assurance parentale, s'il y a lieu.

Revenu avant le début de l'invalidité : Le revenu de l'adhérent immédiatement avant la date du début de l'invalidité totale.

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant le délai de carence et la durée de la Notion de propre occupation (mentionnée dans le Sommaire des garanties) qui suit immédiatement le délai de carence, l'adhérent est totalement invalide aux fins de la présente garantie si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à sa propre occupation, en raison d'une maladie ou d'un accident.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation :

- qui lui permettrait de gagner au moins 60 % de son revenu avant le début de l'invalidité; et
- qu'il est, ou pourrait devenir, raisonnablement apte à exercer en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience.

Les tâches habituelles désignent les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.

Versement des prestations

Début des prestations

Le versement des prestations débute dès l'expiration du délai de carence. Croix Bleue verse les prestations chaque mois, pour chaque jour où l'adhérent est totalement invalide après l'expiration du délai de carence.

La prestation pour chaque jour d'invalidité totale est égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Calcul des prestations

Croix Bleue calcule le montant de la prestation mensuelle en suivant les 3 étapes suivantes :

- Étape 1. Croix Bleue applique le Calcul de la prestation mentionné dans le Sommaire des garanties pour obtenir un montant de prestation mensuelle (jusqu'à concurrence de la Prestation maximale figurant dans le Sommaire des garanties).
- Étape 2. Croix Bleue soustrait du montant de prestation mensuelle calculé à l'étape 1 :
- tout montant payable à l'adhérent en vertu du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada; et
 - tout montant payable à l'adhérent en raison de la même invalidité ou d'une invalidité subséquente, en vertu d'un ou des régimes suivants :
 - toute commission de la santé et de la sécurité au travail;
 - tout régime d'assurance automobile, là où la loi le permet; et
 - toute autre loi fédérale ou provinciale, à l'exception des prestations de la Commission de l'assurance-emploi du Canada (CAEC).
- Étape 3. Lorsque la prestation d'invalidité de longue durée calculée à l'étape 2 et les autres sources de revenus figurant ci-dessous, s'il y a lieu, dépassent le Maximum provenant de toutes sources mentionné dans le Sommaire des garanties, la prestation d'invalidité de longue durée est de nouveau réduite, si nécessaire, afin que le total de tous les montants reçus ne dépasse pas le pourcentage du Maximum provenant de toutes sources.

Les autres sources de revenus incluent :

- toute prestation provenant de l'une des sources mentionnées à l'étape 2;
- tous les montants payables à l'adhérent en raison de cette invalidité ou d'une invalidité subséquente, à savoir :
 - tout salaire ou toute rémunération payable par tout employeur;
 - tout régime en vertu duquel l'adhérent est assuré en tant que membre d'une association; et
- tout montant payable à l'adhérent en vertu de tout régime de retraite financé entièrement ou partiellement par l'employeur.

En ce qui concerne les montants calculés à l'étape 2 et à l'étape 3 :

- les revenus reçus pour les enfants ne sont pas inclus;
- si Croix Bleue estime qu'il y a des revenus auxquels l'adhérent était, est ou peut être admissible, mais qu'il ne reçoit pas, car l'adhérent a annulé, a renoncé, n'en a pas fait la demande, ou a cessé de recevoir ces montants en tout ou en partie, Croix Bleue peut inclure ces montants dans ses calculs en estimant les revenus auxquels l'adhérent était, est ou peut être admissible;
- Croix Bleue calcule la réduction sans tenir compte des augmentations subséquentes à ces revenus en raison des ajustements au coût de la vie; et

- lorsqu'une indemnité est versée sous forme de montant forfaitaire plutôt que par versements mensuels, Croix Bleue inclut dans ses calculs le montant obtenu en divisant ce montant forfaitaire par :
 - le nombre de versements mensuels que représente le montant forfaitaire, s'il est connu de Croix Bleue; ou
 - 60, si Croix Bleue ne connaît pas ce nombre de mois.

Fin des prestations

Le versement des prestations prend fin à la première de ces éventualités :

- l'adhérent n'est plus totalement invalide;
- l'adhérent néglige de :
 - fournir à Croix Bleue une preuve satisfaisante de la continuité de l'invalidité totale;
 - se soumettre à un examen indépendant demandé par Croix Bleue; ou
 - participer à tout traitement raisonnable ou programme de réadaptation considérés comme appropriés par Croix Bleue;
- la durée maximale des prestations est atteinte;
- l'adhérent s'engage dans toute occupation, emploi ou bénévolat, autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation préapprouvé par Croix Bleue;
- l'adhérent refuse toute offre raisonnable de la part de l'employeur de modification de ses tâches ou d'un emploi alternatif; ou
- l'adhérent décède.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 180 jours suivant la fin du délai de carence.

Récidive d'invalidité

Si un adhérent totalement invalide qui recevait des prestations d'invalidité de longue durée retourne au travail et devient de nouveau totalement invalide, l'invalidité subséquente est considérée par Croix Bleue comme étant une continuité de l'invalidité précédente, si cette invalidité subséquente :

- résulte des mêmes causes ou de causes reliées et se produit dans les 31 jours suivant la date où l'adhérent a commencé à être effectivement au travail; ou
- résulte de causes différentes et non reliées à l'invalidité précédente et l'adhérent n'est pas complètement rétabli de la première invalidité et n'est pas retourné au travail pendant au moins 1 journée complète avant le début de l'invalidité subséquente.

Lorsque les périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité totale :

- le délai de carence ne s'applique pas une deuxième fois;
- la prestation payable est celle qui a été calculée pour la première période d'invalidité totale; et
- les prestations sont versées seulement pour le restant de la Durée maximale des prestations initiale.

Invalidité totale survenant pendant une période d'absence

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité est interrompue, aucune prestation d'invalidité n'est alors payable.

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide pendant une période d'absence au travail au cours de laquelle la protection pour l'invalidité a été maintenue et les primes ont été payées :

- le délai de carence débute dès la date du début de l'invalidité totale;
- la durée maximale des prestations est considérée comme débutant à la date d'expiration du délai de carence; et
- le versement des prestations débute à la date d'expiration du délai de carence ou à la date prévue de retour au travail de l'adhérent, selon la dernière de ces dates.

Programme de réadaptation

Si Croix Bleue le juge approprié, elle peut exiger que l'adhérent participe à un programme de réadaptation qu'elle a préapprouvé et consistant en :

- des soins médicaux, un traitement ou des mesures diagnostiques;
- un travail à temps plein, un travail à temps partiel ou du bénévolat effectués par l'adhérent, que celui-ci reçoive ou non un salaire ou une rémunération; ou
- une évaluation professionnelle, une formation ou un programme de recyclage visant la réadaptation.

Lorsque l'adhérent participe à un programme de réadaptation alors qu'il reçoit des prestations, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'invalidité totale de l'adhérent n'est pas considérée comme terminée du seul fait qu'il entreprend un programme de réadaptation;
- si l'adhérent redevient totalement invalide alors qu'il participe à un programme de réadaptation, les modalités de la présente garantie s'appliquent comme si l'adhérent était resté totalement invalide pendant toute la durée du programme de réadaptation;
- la durée maximale des prestations continue de s'écouler malgré la participation à un programme de réadaptation; et
- pendant le programme de réadaptation, les prestations mensuelles sont réduites de 50 % de la rémunération reçue par l'adhérent d'un tel programme et sont réduites de nouveau, si nécessaire, pour s'assurer que le revenu total de l'adhérent, provenant de toutes sources, ne dépasse pas 100 % de son revenu avant le début de l'invalidité.

Exclusions et restrictions

1. Les prestations ne sont pas versées pour toute invalidité totale qui résulte, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :
 - a) participation à un acte criminel ou tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - b) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - c) toute maladie résultant de la consommation de drogues ou d'alcool, si l'adhérent ne reçoit pas de traitement continu pour l'utilisation de ces substances ;
 - d) soins médicaux et traitements qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - e) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public.

2. Les prestations ne sont pas versées pour toute période pendant laquelle l'adhérent :
- a) reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de toute loi provinciale ou fédérale, ou prend un congé de maternité ou parental conformément à toute loi provinciale ou fédérale, ou toute entente entre l'adhérent et l'employeur, sous réserve de l'exclusion suivante :
 - les prestations sont versées pendant la portion du congé de maternité reliée à la santé, lorsque requis par toute loi applicable, à condition que la protection de l'adhérent soit demeurée en vigueur pendant la période d'absence au travail. La portion reliée à la santé du congé de maternité est considérée comme la période normale de rétablissement après un accouchement, qui est jugée raisonnable et appropriée par Croix Bleue;
 - b) est absent du Canada pour une quelconque raison, sauf si Croix Bleue accepte par écrit, à l'avance, de verser des prestations pendant cette période; ou
 - c) est incarcéré dans un établissement correctionnel ou une résidence communautaire, ou est en résidence surveillée par ordre de la cour criminelle.

Conditions préexistantes

Une condition préexistante est définie comme étant toute maladie diagnostiquée ou non ou blessure pour laquelle, au cours des 3 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur à son égard de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur), l'adhérent :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques.

Les prestations ne sont pas payables si l'invalidité totale résulte d'une condition préexistante, à moins que l'invalidité totale survienne au moins 12 mois après la date à laquelle l'adhérent est devenu couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur).

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN);
- considéré selon Croix Bleue, comme un médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi, à moins qu'il ne soit spécifiquement mentionné comme étant couvert en vertu de la présente garantie;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance : Un médicament admissible qui ne nécessite pas d'ordonnance en vertu de la loi, mais que Croix Bleue juge comme étant essentiel aux besoins de l'assuré en matière de soins de santé. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent la même quantité d'ingrédients actifs identiques ou similaires; et
- ont une forme pharmaceutique identique ou similaire.

Médicament spécialisé à prix élevé : Un médicament admissible qui requiert une autorisation préalable et qui :

- est considéré par le Groupe consultatif sur les médicaments comme un médicament spécialisé à prix élevé; ou
- répond aux critères suivants :
 - coûte 10 000 \$ ou plus par traitement ou par année civile;
 - sert à traiter des maladies complexes qui sont chroniques et/ou mettent la vie en danger, comme les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques ou l'hépatite C; et
 - est prescrit par un spécialiste.

Programme de soutien aux patients : Un programme qui fournit une assistance et des services aux assurés auxquels des médicaments spécialisés à prix élevé ont été prescrits.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les médicaments admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation préalable; ou
 - une coordination avec les programmes de soutien aux patients;
- le remboursement d'un médicament spécialisé à prix élevé peut être réduit en fonction du montant de l'aide financière offert en vertu d'un programme de soutien aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section;
- le remboursement des médicaments biologiques peut être réduit au coût d'un médicament biosimilaire, tel que déterminé par Croix Bleue;
- le remboursement de médicaments admissibles qui ne sont pas distribués par une pharmacie de détail approuvée se limitera à un barème de prix tel que déterminé par Croix Bleue; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure :

- les fournitures pour personnes diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, ainsi que les fournitures pour pompe à insuline;
- les systèmes de surveillance du glucose, y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC) pour les assurés auxquels de l'insuline est prescrite pour le traitement du diabète;
- les frais pour les services de conseils santé et gestion des maladies chroniques incluant l'évaluation initiale, les services conseil et les sessions de suivi, l'encadrement sur la gestion des symptômes, la prise de médicaments et le développement de plans d'action pour des problèmes de santé considérés comme admissibles par Croix Bleue;
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur les listes suivantes de médicaments :

Médicaments spécialisés à prix élevé :

- **Liste gérée** : La liste des médicaments admissibles qui sont assujettis aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Tous les autres médicaments admissibles :

- **Liste régulière** : La liste de tous les médicaments admissibles. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Autorisation préalable

Certains médicaments admissibles déterminés par Croix Bleue nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation préalable sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

Conseil pratique

Visitez notre site Internet, vous y trouverez des renseignements utiles sur les conseils santé et gestion des maladies chroniques.

www.cbmedavie.ca/vivremieux

Conseil pratique

Votre régime collectif vous offre un accès immédiat à la plupart des médicaments admissibles.

Certains médicaments admissibles requièrent une autorisation préalable avant que votre ordonnance ne soit couverte.

En quoi le programme d'autorisation préalable concerne-t-il ma demande de règlement?

La première fois que vous présentez une ordonnance pour un médicament admissible figurant sur la liste d'autorisation préalable, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation préalable.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation préalable pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de votre syndicat ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus proche ou sur notre site Internet. Vous devez remplir la section du patient sur le formulaire et votre médecin doit remplir et signer la portion restante. Vous devez ensuite poster votre formulaire rempli au bureau de Croix Bleue le plus proche.

Votre demande d'autorisation sera examinée en toute confidentialité par un professionnel de la santé, conformément aux critères de remboursement établis. Lorsque toutes les informations nécessaires sont reçues par Croix Bleue, le délai de traitement habituel pour les décisions d'autorisation préalable est de 7 à 10 jours ouvrables.

Vous recevrez par écrit la décision concernant votre demande d'autorisation préalable. Si votre demande est approuvée, la confirmation inclura la date d'effet et la durée de votre approbation.

Tous les frais nécessaires pour remplir le formulaire ou pour obtenir des informations médicales supplémentaires sont votre responsabilité.



Conseil pratique

Pour obtenir un formulaire d'autorisation préalable, veuillez communiquer avec le département d'assurance de L'UES local 800 au 514-385-1717 poste 399.

Caractéristiques du programme de gestion

Clause de substitution

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit. En ce qui concerne les médicaments biologiques, Croix Bleue se réserve le droit de rembourser ces derniers au coût d'un médicament biosimilaire moins coûteux.

L'assuré peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Substitution obligatoire par un médicament générique : Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation préalable.



Conseil pratique

Un médicament générique et son équivalent de marque sont considérés comme des médicaments interchangeables. Santé Canada impose, pour les médicaments génériques, les mêmes standards et tests que ceux qui sont exigés pour les médicaments de marque. Les médicaments génériques sont efficaces et sécuritaires, tout en étant moins coûteux.

Gestion des opioïdes

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la gestion des opioïdes s'applique, certains médicaments admissibles ne seront pas admissibles à un remboursement, et d'autres médicaments admissibles peuvent exiger une autorisation préalable. La gestion des opioïdes fait en sorte que les assurés reçoivent un remboursement pour les médicaments ayant les meilleures données cliniques pour la gestion de la douleur tout en effectuant la gestion d'usage abusif ou de mésusage.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du contrat.

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin de vérifier son admissibilité. L'assuré paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les catégories de médicaments ou services suivants ne sont pas admissibles à un remboursement, même lorsque prescrits :

- a) auxiliaires antitabagiques;
- b) vaccins;
- c) vitamines orales et injectables;
- d) traitements reliés à la gestion du poids, incluant les médicaments, les protéines et les aliments ou les suppléments alimentaires;
- e) produits de santé naturels incluant les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les remèdes traditionnels, les suppléments nutritifs et les compléments alimentaires sauf lorsque mentionné spécifiquement;
- f) médicaments pour traiter le dysfonctionnement sexuel;
- g) stimulants pour la pousse des cheveux;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- i) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé ou un médecin dans une clinique privée;
- j) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- k) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- l) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- m) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- n) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- o) toute forme de cannabis; et
- p) services de pharmacie.



Conseil pratique

Si votre régime comporte un mode de paiement direct, demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas déboursier un montant plus élevé que nécessaire.



Conseil pratique

Comparez le prix des différents fournisseurs et trouvez le prix le plus avantageux pour vos médicaments d'ordonnance.

Pour une même ordonnance, le prix peut varier selon la pharmacie, même parmi les magasins d'une même bannière.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent qui n'est pas un assuré du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le contrat doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception et les services pharmaceutiques admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'adhérent dépense, pour les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même ou pour ses enfants à charge, les montants qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise, les montants qui excèdent le pourcentage de remboursement et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses enfants à charge.

Si au cours d'une année civile, le conjoint dépense, pour les médicaments couverts par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour le conjoint.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Centre de traitement des dépendances : Un établissement qui offre des services de réadaptation pour la dépendance aux drogues, à l'alcool, ou aux deux. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et se conformer aux lois en vigueur sur le territoire concerné.

Exclusions : Les maisons de repos, maternités, maisons de convalescence et maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde, la réadaptation physique ou le traitement de maladies mentales.

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de soins infirmiers, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit et être admissible aux paiements en vertu de la législation provinciale sur l'hospitalisation applicable;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24; et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.



Conseil pratique

Avantage Bleu® offre des rabais aux assurés de Croix Bleue pour les soins médicaux et les soins de la vue, et pour de nombreux autres produits et services offerts par des fournisseurs participants à travers le Canada.

Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale; ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Hospitalisation

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Fournitures et services médicaux

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés, en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Les frais pour les services d'un aide-soignant au domicile peuvent également être admissibles si l'assuré est sous les soins professionnels d'un infirmier ou nécessite des soins à domicile pour son rétablissement après son congé de l'hôpital. Les aides-soignants offrent des services essentiels en lien avec les Activités de la vie quotidienne.

Exclusion : les frais pour les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux activités de la vie quotidienne.



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins infirmiers, vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue en appelant le numéro sans frais indiqué sur votre carte d'identification Croix Bleue.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence; et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une recommandation médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent contrat);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital; et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical : Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- lit d'hôpital manuel ou électrique, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, percuteur, pompe à succion, nutripompe, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et respirateur;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

L'achat d'équipement médical nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, l'équipement médical est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de cet équipement. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement semblable est limité à une fois par période de 5 années civiles.

Deux pièces d'équipement sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration, assurer la mobilité ou distribuer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les substituts alimentaires pour les nutripompes, les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air.

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien, de collets cervicaux, de chaises d'aisance standard, de sièges de toilette surélevés et de chaises de douche.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 \$ s'applique pour les membres myoélectriques;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;
- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années civiles; et

Conseil pratique

Avant de recevoir des soins ou des fournitures, demandez à votre professionnel de la santé s'il fait partie des fournisseurs approuvés par Croix Bleue, pour ainsi vous éviter des dépenses inattendues.

Conseil pratique

Vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue avant l'achat d'équipement médical ou de prothèses pour éviter la surprise de devoir déboursier un montant important.

- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 300 \$ à vie.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine); et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Appareils pour personnes diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, un système de dosage de l'insuline, ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Les pompes à insuline sont admissibles dans la catégorie Équipement médical.

Les fournitures pour personnes diabétiques sont admissibles dans la Garantie Médicaments.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives lorsque prescrites par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exception : pour un assuré de moins de 21 ans qui a besoin d'une prothèse auditive pour chaque oreille, le Maximum mentionné dans le Sommaire des garanties est par oreille.

Exclusion : les frais pour les piles et les examens de l'audition.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure : Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure, de chaussures profondes ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes.

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :

- analyses de laboratoire; et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomодensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)). Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les tests diagnostiques rendus à l'hôpital, les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré en interdit le remboursement.

Tests pharmacogénétiques : Les frais pour l'analyse de la constitution génétique d'un assuré afin de déterminer comment il réagira à certains médicaments prescrits ou comment il métabolisera ces médicaments. L'analyse doit être fournie par un laboratoire approuvé par Croix Bleue.

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année civile;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 3 paires par année civile;
- stérilet, jusqu'à concurrence de 75 \$ par 2 années civiles;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, si approuvées par un orthophoniste qualifié et autorisées par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 700 \$ à vie;
- enregistreur cardiaque (Holter), jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile;
- entraînement visuel et exercices correctifs de la vue prodigués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 \$ à vie; et
- verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 200 \$ par 24 mois consécutifs. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices.

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine, si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place; et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par le syndicat;
- débuter dans les 12 mois suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période; et
- avoir été reçu dans les 2 ans suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.

Traitement de la dépendance aux drogues et à l'alcool : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans un centre de traitement des dépendances pour traiter une dépendance aux drogues, à l'alcool ou aux deux.



Conseil pratique

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

La protection est limitée à la chambre et pension seulement. Sont exclus les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Soins de la vue

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un fournisseur approuvé pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un fournisseur approuvé :

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs;
- les lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte; et
- la chirurgie oculaire au laser.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

Le remboursement des frais admissibles est calculé de la façon suivante :

- Étape 1. Croix Bleue applique tout maximum usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante. Les frais admissibles correspondent au moindre entre le coût réel et les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante pour le service ou la fourniture;
- Étape 2. Croix Bleue soustrait la franchise (s'il y a lieu);
- Étape 3. le pourcentage de remboursement s'applique au restant des frais admissibles;
- Étape 4. le résultat est le montant payable par Croix Bleue, sous réserve de tout maximum applicable.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;

- iii. sont facultatifs; ou
- iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais spécifiquement mentionnés comme un frais admissible en vertu du présent contrat), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) 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 de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- o) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue. Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

Exception : Lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps :

- dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où le traitement est rendu, ou
- dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime,

chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les frais de laboratoire reliés à des frais admissibles sont limités à 60 % du montant indiqué dans le guide des tarifs pour le service fourni;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure.

Conseil pratique

Croix Bleue paie jusqu'à concurrence du montant figurant dans le guide des tarifs indiqué dans le Sommaire des garanties.

Avant de commencer votre traitement, demandez à votre dentiste s'il base ses tarifs sur le guide des tarifs de sa province.

Conseil pratique

Vous êtes responsable de payer tous les frais excédant le guide des tarifs figurant dans le Sommaire des garanties. Il est important d'en tenir compte, car cela peut influencer directement ce que vous déboursez de votre poche.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 2 années civiles;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par année civile.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Intra-orales :
 - périapicales; et
 - occlusales et interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année civile;
- Sialographies; et
- Substances radio-opaques.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- Culture microbiologique;
- Biopsie des tissus buccaux mous;
- Biopsie des tissus buccaux durs; et
- Examen cytologique.

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents;
- Traitement au fluorure;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement);
- Détartrage; et
- Appareils de maintien (pour les assurés de moins de 18 ans seulement).

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate; et
- Coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents devitalisées seulement); et
- Apexification.

Conseil pratique

Lorsqu'un traitement dentaire est requis à la suite d'un accident, il devient admissible dans les frais de soins de santé complémentaires, plutôt que dans la présente garantie.

Conseil pratique

Détartrage désigne l'enlèvement de la plaque, du calcul et des taches sur les dents.

Conseil pratique

Restaurations (plombage) désignent le matériel dentaire utilisé pour restaurer la fonction et l'intégrité d'une dent.

Conseil pratique

Endodontie désigne les soins relatifs aux traitements de canal et aux tissus entourant la racine des dents.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontale;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile; et
- Autres services parodontaux complémentaires.



Conseil pratique

Parodontie désigne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de gencive.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 2 années civiles; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- Ablation de dents et de racines;
- Exposition et déplacement chirurgicaux de dents;
- Incision, ablation et drainage de tumeurs ou de kystes;
- Frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- Ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- Soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie;
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspides; et
- Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (ceci exclut les restaurations préfabriquées).

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années civiles.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Corps coulé;
- Pivot préfabriqué;
- Recimentation d'incrustation ou de couronne; et
- Ablation d'incrustation ou de couronne.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles;
- Implants, si mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- Restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles, si spécifié dans le Sommaire des garanties; et
- Fabrication et pose initiales d'une prothèse dentaire permanente ou d'un pont, si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie.



Conseil pratique

Prothèses dentaires

Prothèses dentaires désignent le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le maintien des fonctions, du confort, de l'apparence et de la santé buccale, pour les patients aux prises avec des conditions associées à des dents manquantes ou déficientes.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré. Ce dernier doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé; ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 500 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;

- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent contrat, le cas échéant;
- l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspidés sont utilisés à cette fin;
- m) 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 de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) facettes;
- o) implants et services qui y sont reliés;
- p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
- q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation soudaine et inattendue qui nécessite un traitement médical immédiat suite à :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours d'un voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant un voyage, mais qui ne fait pas l'objet d'un plan de traitement établi.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier autorisé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants de l'assuré, ainsi que ses frères et sœurs.

Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;

- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;
- les remboursements sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime (lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, comme il est mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).



Conseil pratique

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez.

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant ou d'un triporteur, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement. Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus proche pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier autorisé accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

Garantie Médico-hospitalière d'urgence et Patients dirigés hors Canada : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré doit faire parvenir sa preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet avertissement a été émis avant la date de départ et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis; ou
- f) les dépenses ont été engagées en raison :
 - i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement; ou

- v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës; ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- f) tous frais reliés à toute condition préexistante, telle que définie ci-dessous.

Une condition préexistante est une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Quelles sont mes responsabilités en vertu du contrat?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir à votre syndicat un formulaire les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires.

Désignation de votre bénéficiaire

Sauf stipulation relative au bénéficiaire, toutes les prestations vous sont payables.

Prestations de décès

Lors de votre décès, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui que vous avez désigné sur votre demande d'adhésion à la couverture collective. Vous pouvez changer le bénéficiaire en soumettant une demande signée au syndicat.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part qui doit être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si votre bénéficiaire décède avant vous, vous devez désigner un autre bénéficiaire.

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à votre succession.

Désignations effectuées en vertu du contrat d'assurance collective antérieur

Toute désignation de bénéficiaire effectuée en vertu du contrat d'assurance collective antérieur sera reportée au présent contrat collectif. Vous devez vérifier la désignation existante pour vous assurer qu'elle reflète vos intentions présentes.

Fournir une preuve de sinistre

Vous devez soumettre vos demandes de règlement pour les garanties et les frais admissibles à l'intérieur des limites de temps applicables. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires et que vous vous fassiez examiner par un médecin ou un professionnel de la santé, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

Vous êtes responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.



Conseil pratique

Il est primordial de tenir à jour votre désignation de bénéficiaire.

Lorsqu'un montant est versé à votre succession, cet argent peut être sujet aux droits des créanciers et aux droits de succession.

Toutefois lorsqu'un bénéficiaire est désigné, cette personne reçoit l'entière prestation non imposée, peu importe les dettes contractées par le défunt.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en communiquant avec l'UES local 800 au 514-385-1717 poste 399.



Conseil pratique

Votre preuve de sinistre doit être soumise en anglais ou en français. Si la preuve de sinistre initiale est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous êtes responsable de tous les frais reliés à la traduction de cette preuve.

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

À la résiliation du contrat collectif, les demandes de règlement doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour les garanties invalidité, **dans les 6 mois** suivant le début de l'invalidité ou pendant la période allouée par la législation provinciale, si cette période est plus longue;
- pour les garanties Décès et mutilation par accident ou pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent contrat collectif; ou
- pour toutes les autres garanties, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du contrat.

Recouvrement d'indemnités d'une tierce partie (subrogation)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte liée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue est en droit d'acquérir vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

La fraude en matière de protection-santé est la soumission intentionnelle de renseignements qui sont faux et trompeurs aux fins de gains financiers.

Qu'elle soit commise à petite ou grande échelle, la fraude peut entraîner des pertes financières importantes pour le régime et, par le fait même, entraîner une hausse de primes et une protection moindre. Croix Bleue s'engage à protéger l'intégrité de ses programmes pour ses preneurs de contrat et ses adhérents en surveillant les activités abusives ou frauduleuses et en prenant des mesures efficaces pour résoudre ces dernières.

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent à un régime collectif, vous pouvez aider à éliminer la fraude envers votre régime :

- Conservez en lieu sûr votre carte d'identification, votre numéro de contrat, votre numéro d'adhérent et les informations s'y rattachant;
- Examinez attentivement vos reçus de produits et de services pour vous assurer :
 - que vous comprenez les frais facturés; et
 - que les frais correspondent aux services reçus.

Si les frais apparaissant sur votre reçu ne vous semblent pas clairs, demandez au fournisseur de vous les expliquer.

- Examinez attentivement votre relevé d'explication des garanties pour repérer toute divergence entre les services reçus et les services réclamés.
- Ne signez jamais un formulaire de demande de règlement non rempli.
- De temps en temps, nous envoyons un questionnaire de vérification aux adhérents pour fins de confirmation des traitements et des autres informations s'y rattachant. Si vous recevez l'un de ces questionnaires, veuillez le remplir et le retourner rapidement. Ces questionnaires sont essentiels à nos efforts pour dissuader la fraude.



Conseil pratique

Si vous soupçonnez une fraude en matière de protection santé, veuillez en aviser Croix Bleue en utilisant l'une des méthodes confidentielles suivantes :

Numéro sans frais :
1-866-876-9238

www.clearviewconnects.com

Quels sont mes droits en vertu du contrat?

Protection des renseignements personnels

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle un régime de soins de santé, d'assurance vie et d'assurance voyage de qualité, Croix Bleue recueille et conserve certains renseignements personnels au sujet de ses adhérents et de leurs personnes à charge. La protection des renseignements personnels n'est pas une préoccupation nouvelle pour nous. Assurer la confidentialité des renseignements personnels de nos clients a toujours fait partie intégrante de nos façons de faire.

Notre [énoncé sur la protection des renseignements personnels](#) a pour but de vous tenir au courant des pratiques de protection des renseignements personnels de Croix Bleue. En plus de cet énoncé sur la protection des renseignements personnels, nous avons un [énoncé sur la protection des renseignements personnels en ligne](#) qui décrit les pratiques que nous avons adoptées pour protéger vos renseignements personnels lorsque vous utilisez nos sites Web et applications mobiles, et une [Politique de protection des renseignements personnels de l'application mobile de Croix Bleue Medavie](#) qui s'applique à votre utilisation de notre application mobile.



Conseil pratique

Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Internet.
cbmedavie.ca

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, vous avez le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit au syndicat dans les 30 jours suivant la date de l'avis de refus.

Copie du contrat collectif

Lorsque permis par la loi, vous avez le droit de demander une copie du contrat collectif, une copie de votre demande d'adhésion et de tout avis écrit ou de tout autre dossier fournis à Croix Bleue comme preuve d'assurabilité.

Les droits de Croix Bleue en vertu du contrat

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier des demandes de règlement d'un assuré.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré;
- tout montant versé à l'assuré à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations; ou
- toute somme payée à l'assuré et constituant un trop-perçu.

Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures de l'assuré, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Croix Bleue peut, sans donner un avis préalable, suspendre ou terminer le droit à des prestations d'un assuré, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue engage des poursuites criminelles ou prend des sanctions disciplinaires contre l'assuré.

Croix Bleue a également le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement pour tout service ou fourniture prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.



Conseil pratique

Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers détenus par Croix Bleue ou par ses fournisseurs approuvés.

Comment soumettre une demande de règlement

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement en contactant votre syndicat.

Informations sur votre couverture collective

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec votre syndicat.

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie



Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Connexion santé

Connexion santé offre un accès pratique à des produits et à des services novateurs de soins virtuels, de mieux-être mental et d'autres solutions de soins de santé provenant de partenaires de premier plan de l'industrie. Des prix préférentiels pourraient s'appliquer à ces offres et vous pourriez également être couverts pour certains produits et services en vertu de votre régime collectif. Leur disponibilité pourrait changer sans préavis. Pour plus d'information, ouvrez une session sur l'application mobile ou sur le site Internet de Croix Bleue Medavie au www.cbmedavie.ca/connexion-sante.

Mon Réseau Santé^{MD}

Mon Réseau Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Mon Réseau Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Pour vous inscrire gratuitement, visitez [Connexion santé](http://www.cbmedavie.ca/connexion-sante) et suivez simplement les instructions pour Mon Réseau Santé ou visitez www.cbmedavie.monreseauante.ca.