

FONDS EN FIDUCIE DU RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX DE L'A.U., SECTION LOCALE 71

LIVRET DU RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX

Date effective : 1er juin 2026



Préparé par:

Ellement 



Aux membres de l'A.U., section locale 71

Chers confrères et consœurs,

Nous sommes heureux de vous présenter une mise à jour du livret qui décrit la couverture actuellement en vigueur aux termes de votre régime d'avantages sociaux. Par l'entremise d'Ellement Consulting Group SEC, notre conseiller et administrateur attitré, nous avons amélioré la couverture en assurant les meilleures dispositions de souscription pour l'Association unie (A.U.), section locale 71.

Nous vous invitons à lire le livret et à vous familiariser avec la couverture offerte. Veuillez faire parvenir vos questions concernant les prestations, l'administration ou les demandes de règlement à l'administrateur du régime :

Ellement Consulting Group SEC

Tél. : 613 319-6266 ou sans frais 1 844 431-6266

Courriel : UALocal71@ellement.ca

Adresse

1150, chemin Cyrville, bureau 220

Ottawa, ON

K1J 7S9

Le livret peut être consulté en ligne sur le site Web de l'A.U., la section locale 71 à l'adresse www.ualocal71.com ainsi que sur le site Web du régime d'avantages sociaux à www.ua71benefits.ca/fr/. Pour ranger un rendez-vous en ligne ou en personne, veuillez consulter le site Web du régime d'avantages sociaux et cliquer sur le lien « Prendre rendez-vous » au bas de la page ou rendez-vous directement sur le site de réservation à <https://calendly.com/ellement-ottawa-office>.

Nous sommes heureux d'agir en votre nom et espérons que vous conviendrez que l'amélioration de votre régime d'avantages sociaux témoigne de notre intérêt continu à l'égard de votre sécurité et de votre bien-être ainsi qu'à ceux de votre famille.

Cordialement,

Les fiduciaires

Michael Crosbie

Richard Deneault

Angus Maisonneuve

Eric Turpin

Note importante

Le présent document renferme des renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux. Veuillez le conserver dans un lieu sûr. Il annule et remplace tout document antérieur qui vous a été transmis et constitue l'unique référence quant aux avantages sociaux décrits ci-après.

L'assurance vie, l'assurance vie pour les personnes à charge et la garantie en cas d'invalidité de longue durée sont souscrites par la Financière Manuvie. L'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels est souscrite par Zurich Compagnie d'assurances SA. L'indemnité hebdomadaire, les soins de santé complémentaires et la garantie de soins dentaires sont autoassurés par le Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71.

En tant que promoteur du régime, le Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71, ou ses fiduciaires ou agents désignés peuvent établir les règles ou règlements applicables à l'administration ou à la gestion du régime d'avantages sociaux et des transactions connexes.

Le Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71, ou ses fiduciaires ou agents désignés, ont le droit d'interpréter les garanties autoassurées du régime et de prendre les décisions qui s'y rapportent, notamment clarifier toute incertitude, omission ou incohérence, ou y remédier, conformément aux lois applicables et sur la base des traitements et honoraires raisonnables et usuels pour les soins de santé complémentaires, les soins dentaires ou les soins de la vue autoassurés décrits dans le présent livret.

Par raisonnable et usuel, on entend le fait que le corps médical canadien compétent atteste que les soins dispensés reposent sur des données scientifiques, sont efficaces du point de vue médical et que leur nature, leur intensité, leur fréquence et leur durée sont essentielles au diagnostic et au traitement de la maladie ou de la blessure.

En ce qui concerne ces garanties, aucune dépense ayant trait aux services, aux traitements ou aux fournitures payables ou couverts par un régime public ne sera remboursée.

Les interprétations ou décisions du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71, ou de ses fiduciaires ou agents désignés en ce qui concerne les garanties autoassurées sont définitives et lient toutes les parties.

Ce livret offre un résumé des garanties et des dispositions de votre régime collectif. Il ne constitue pas une entente légale et ne vous accorde aucun droit contractuel ou autre. Nous avons fait tout notre possible afin d'assurer la précision des renseignements. Néanmoins, si l'interprétation soulève des questions, les droits concernant la personne assurée sont régis par les polices collectives émises ou administrées par les compagnies d'assurance ou les fonds en fiducie respectifs.

Changement d'adresse

Il est importe d'informer l'administrateur du régime et l'A.U., section locale 71 de tout changement d'adresse.

Erreurs ou omissions

Même si nous avons fait tout notre possible pour nous assurer que le présent livret est précis et complet, en cas d'erreur, d'omission ou de différend, les conditions des polices émises pour le compte du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71, ont préséance.

Respect de vos données personnelles

Ellement Consulting Group SEC (« Ellement ») recueillera, utilisera, conservera et communiquera uniquement les renseignements personnels jugés nécessaires à l'administration du régime. Les renseignements personnels seront protégés conformément à la législation pertinente. Le régime peut utiliser et échanger des informations avec les personnes et/ou organisations telles que, mais sans s'y limiter : les institutions, les agences gouvernementales, les agences d'enquête, le syndicat, les fiduciaires, les sociétés affiliées à Ellement, assureurs, réassureurs, auditeurs et organismes de réglementation pour gérer le régime et le droit aux prestations du régime. Les questions relatives à la politique de confidentialité doivent être adressées à notre responsable de la protection de la vie privée par la poste ou par courriel à l'adresse privacy@ellement.ca

Agent de protection de la vie privée
Ellement Consulting Group SEC
1345, avenue Taylor
Winnipeg, MB R3M 3Y9

Table des matières

Numéros de police	9
Résumé des garanties	10
Renseignements généraux	16
Date d'entrée en vigueur du régime	16
Votre régime complète les régimes provinciaux	16
Compte de la banque d'heures	16
Admissibilité	17
Délai d'admissibilité	17
Prolongation de la couverture	17
Programmes de subventions	20
Fin de la couverture	21
Fin de la couverture par suite du transfert à un autre régime ou à une autre section locale	22
Remise en vigueur des avantages sociaux	22
Solde de compte de banque d'heures à la fin de la couverture ou au décès du membre	22
Solde de compte de banque d'heures dépassant deux ans de primes	23
Admissibilité des personnes à charge	23
Définition d'une personne à charge	23
Fin de la couverture des personnes à charge	24
Règles relatives au bénéficiaire	24
Coordination des prestations	25
Ordre de la détermination des prestations	25
Changement dans la couverture	26
Changement dans les renseignements	26
Imposition	26
Prestation d'assurance vie du membre	27
Invalidité totale/exonération des primes	27
Droit de transformation	27
Garantie en cas de décès ou de mutilation accidentels	28
Désignation du bénéficiaire	28
Prestations maximales	28
Prestation d'assurance vie pour les personnes à charge	33
Droit de transformation	33
Indemnité hebdomadaire	34
Montant de la prestation	34
Prestations d'assurance emploi	35
Subrogation	35
Exclusions	35
Invalidité récidivante	36
Prolongation de la garantie après la fin de la couverture	36
Imposition	36
Prestation d'invalidité de longue durée	37
Montant de la prestation	37
Intégration aux autres prestations	38
Subrogation	38
Exonération des primes	39

Réadaptation	39
Exclusions	40
Fin des prestations	40
Invalidité récidivante	41
Prolongation de la garantie après la cessation d'emploi	41
Procédure d'appel	41
Imposition	41
Soins de santé complémentaires	42
Franchise	42
Carte-médicaments à paiement direct	42
Frais admissibles (au Canada)	43
Fournitures médicales	44
Examens diagnostiques	45
Infirmière autorisée	45
Services paramédicaux	45
Centre de désintoxication	46
Soins dentaires (résultant d'une blessure accidentelle)	46
Transport	46
Garantie de soins de la vue	47
À l'étranger	47
En dehors de la province, mais au Canada	47
Frais non remboursés	47
Remise en vigueur de la garantie à vie maximale	48
Prolongation de la garantie après la fin de la couverture	48
Argent de l'hôpital	49
Garantie de soins dentaires	50
Guide des tarifs des actes buccodentaires	50
Disposition d'indemnisation de remplacement	50
Exclusion des maladies préexistantes	50
Plan de traitement ou estimation	50
Franchise	51
Frais admissibles	51
Frais non remboursés	53
Prestations après la fin de votre couverture	53
Programme d'aide aux membres (PAM)	54
But du programme	54
Soumission d'une demande de règlement	55
Assurance vie et assurance vie pour les personnes à charge	55
Décès et mutilation accidentels	55
Invalidité de longue durée	55
Accès aux documents liés aux garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie	55
Délais de prescription des poursuites judiciaires à l'égard des garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie	56
Indemnité hebdomadaire	56
Soins de santé complémentaires et garantie de soins de la vue	56
Garantie de soins dentaires	56

Traitement électronique des demandes de règlement pour soins dentaires	57
Dépôt préautorisé	57
Demandes de règlement des soins de santé complémentaires en ligne	57
Coordination des prestations	58
Administration du régime d'avantages sociaux	58
Assurances	59
Paiement des dépenses du régime	59
Opérations du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71	59
Registre	59
Erreurs d'écriture	59
Procédure d'appel des demandes de règlement	59
Votre régime est administré par	60

Numéros de police

Voici les assureurs et administrateurs de la couverture :

Garantie	Assureur	Numéro de police
Assurance vie de base, assurance vie de base pour les personnes à charge, prestation d'invalidité de longue durée	Financière Manuvie	0031319
Assurance de base en cas de décès ou de mutilation accidentels	Zurich Compagnie d'assurances SA	8622050
Indemnité hebdomadaire, soins de santé complémentaires et garantie de soins dentaires	Autoassurance	61084
Programme d'aide aux membres (PAM)	Building Trades	

Si vous avez des questions à propos de votre régime d'avantages sociaux qui ne sont pas abordées dans le livret, veuillez communiquer avec Ellement Consulting Group SEC, l'administrateur du régime, au 613 319-6266, sans frais au 1 844 431-6266, ou par courriel à UALocal71@element.ca.

En cas de divergence entre le contrat du régime d'avantages sociaux et le présent livret, votre couverture sera déterminée en fonction des dispositions du contrat du régime collectif.

Prestation d'assurance vie

Admissibilité	Membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et membres de 65 ans et plus qui continuent de travailler au moins 40 heures par mois pour un employeur participant.
Montant	➤ 200 000 \$: pour les membres actifs ou retraités après le 31 mai 2021. ➤ 100 000 \$: pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 mai 2021. ➤ 50 000 \$: pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 mai 2012. ➤ 35 000 \$: pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 décembre 2000.
Fin de la protection	Après 36 mois de chômage

Décès et mutilation

Admissibilité	Membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et membres de 65 à 69 (inclusivement) qui continuent de travailler au moins 40 heures par mois pour un employeur participant.
Montant	➤ 200 000 \$: pour les membres actifs ou retraités après le 31 mai 2021. ➤ 100 000 \$: pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 mai 2021. ➤ 70 000 \$: pour les membres qui n'ont pas travaillé chez un employeur participant après le 31 mai 2012.
Fin de la protection	Après 36 mois de chômage

Assurance vie des personnes à charge

Admissibilité	Membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et membres de 65 ans et plus qui continuent de travailler au moins 40 heures par mois pour un employeur participant.								
Montant	Montant de la prestation pour les membres actifs aux dates précisées ci-dessous ou après : <table border="1"> <tr> <td>1er juin 2021 :</td> <td>Conjoint – 30 000 \$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfant – 30 000 \$</td> </tr> <tr> <td>1er juin 2001 :</td> <td>Conjoint – 10 000 \$</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Enfant – 10 000 \$</td> </tr> </table>	1er juin 2021 :	Conjoint – 30 000 \$		Enfant – 30 000 \$	1er juin 2001 :	Conjoint – 10 000 \$		Enfant – 10 000 \$
1er juin 2021 :	Conjoint – 30 000 \$								
	Enfant – 30 000 \$								
1er juin 2001 :	Conjoint – 10 000 \$								
	Enfant – 10 000 \$								
Fin de la protection	Après 36 mois de chômage								

Indemnité hebdomadaire

Prestation hebdomadaire brute	668 \$, assujettie aux modifications des niveaux de prestations de l'Assurance emploi (AE)
Délai de carence	Aucun délai à la suite d'un accident ou d'une hospitalisation; sept jours en raison d'une maladie
Durée maximale des prestations	26 semaines à compter de la date du premier jour d'invalidité
Fin de la protection	Après 24 mois de chômage, à l'âge de 65 ans ou à la retraite, selon la première éventualité
Remarque	Aucune prestation n'est versée entre la 2e et la 26e semaine inclusivement si le membre ayant une incapacité est admissible aux prestations de maladie de l'assurance emploi. Aucune prestation n'est payable pendant la période au cours de laquelle un participant reçoit une prestation payable de la prestation de maladie de l'assurance emploi (AE).

Invalidité de longue durée

Prestation mensuelle brute	1 800 \$ (pourrait être réduite par d'autres prestations)
Délai de carence	26 semaines
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 65 ans
Fin de la protection	Après 24 mois de chômage, à l'âge de 65 ans ou à la retraite, selon la première éventualité

Soins de santé complémentaires (membres et personnes à charge)

Franchise	Maximum de 25 \$ par année civile par personne ou famille (les soins de santé complémentaires et la garantie de soins dentaires sont combinés)
Coassurance	100 % des ordonnances et 90 % de tous les autres frais admissibles en sus de la franchise
Garantie maximale à vie	80 000 \$ par personne. Un maximum continu pouvant atteindre 1 000 \$ par personne chaque année de police s'appliquera une fois que la garantie maximale à vie a été atteint.
Maximum pour les médicaments sur ordonnance et autres médicaments	• Produits et médicaments antitabagisme : 700 \$ par année civile • Inducteur d'ovulation : 1 000 \$ par année civile • Médicaments contre la dysfonction sexuelle : 1 500 \$ par personne par année civile • Produits de viscosupplémentation : 1 500 \$ par personne assurée par année civile

Fournitures médicales

- Achat ou location d'un membre ou d'un œil artificiel ou d'un corset dorsal, 750 \$ par appareil une fois au cours de la vie d'une personne assurée
- Achat ou location d'un appareil orthopédique pour un membre, de plâtres, d'attelles, d'un stimulateur cardiaque électronique, de bandages herniaires, ou de béquilles
- Achat ou location d'une marchette, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un poumon d'acier
- Achat ou réparation de supports plantaires fabriqués sur mesure, deux paires par année civile jusqu'à un maximum de 500 \$ la paire
- Achat ou réparation de deux paires de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, de sous-bouts, de talons compensés, ou d'attelles Dennis Brown jusqu'à un maximum global de 300 \$ la paire
- Bas de contention, six paires par année civile jusqu'à un maximum de 60 \$ la paire
- Fournitures requises à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie ou pour le traitement de la fibrose kystique, de la maladie de Parkinson, de la maladie de Crohn et du diabète
- Achat d'une prothèse mammaire et d'un ou de plusieurs soutiens-gorges requis à la suite d'une mastectomie, jusqu'à six par année civile
- Achat ou location d'un Cryo Cuff ou d'un appareil de mouvements passifs continus jusqu'à un maximum global de 200 \$ par trois années civiles
- Achat ou location d'un neurostimulateur transcutané jusqu'à un maximum de 200 \$ par année civile
- Achat de perruques ou de postiches jusqu'à un maximum à vie de 300 \$
- Circoncision jusqu'à un maximum à vie de 100 \$
- Plasma, sang ou substituts de sang et leur administration
- Prothèses auditives jusqu'à un maximum de 2 000 \$ par cinq années civiles consécutives
- Bouchons d'oreille moulés fabriqués sur mesure jusqu'à un maximum d'une paire et de 300 \$ la paire par année civile
- Achat ou location d'équipement respiratoire
- Dispositifs intra-utérins jusqu'à un maximum de 500 \$ tous les 60 mois
- Fournitures pour diabétiques
- Glucomètre ou réflectomètre; ou moniteur flash FreeStyle Libre; ou un récepteur de glucomètre en continu: Une fois toutes les 5 années civiles, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels, pour les personnes diagnostiquées diabétiques
- Capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu: Frais raisonnables et habituels pour les personnes diagnostiquées diabétiques

Examens diagnostiques	• Rayons X, analyses de laboratoire diagnostiques et radiumthérapie
Infirmière autorisée	• Maximum à vie de 5 000 \$
Services paramédicaux	• Maximum global par année civile de 1 500 \$ par personne : • Acupuncteur • Audiologiste • Chiropraticien • Massothérapeute • Naturopathe • Ostéopathe • Physiothérapeute • Podiatre • Podologue • Psychologue, travailleur social, conseiller, psychothérapeute • Orthophoniste
Fin de la protection	Aucune limite d'âge

Garantie de soins de la vue (membres et personnes à charge)

Franchise	Aucune
Coassurance	100%
Lunettes	Prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste pour la correction de la vue, y compris les lunettes de soleil et les lunettes de sécurité; jusqu'à un maximum de 200 \$ pour les montures plus le coût des lentilles par personne, par période de 24 mois consécutifs; ou Les lentilles de rechange pour lunettes, nécessaires dans les 24 mois consécutifs suivant la prescription initiale en raison d'une modification de la prescription; ou Lentilles cornéennes prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste; jusqu'à un maximum de 150 \$ par personne par période continue de 24 mois consécutifs; ou
Chirurgie oculaire au laser	Chirurgie oculaire au laser, incluant le coût de la garantie, jusqu'à un maximum à vie de 2 000 \$ par personne
Examen de la vision, incluant la réfraction oculaire, et la tomographie en cohérence optique	Examen de la vision jusqu'à un maximum de 125 \$ par 24 mois
Fin de la protection	Aucune limite d'âge

L'argent de l'hôpital

Montant	150 \$ par jour, jusqu'à un maximum de 120 jours après l'admission à l'hôpital pendant 72 heures
Fin de la protection	A l'âge de 70

Garantie de soins dentaires (membres et personnes à charge)

Franchise	Maximum de 25 \$ par année civile par personne ou famille (les soins de santé complémentaires et la garantie de soins dentaires sont combinés)
Coassurance	Soins de base et restaurations majeures : 95 % des frais admissibles pour soins dentaires en sus de la franchise
Soins orthodontiques	100 % pour un enfant à charge de moins de 19 ans, jusqu'à un maximum à vie de 3 000 \$
Maximum par année civile	2 000 \$ par personne par année civile pour le total combiné des soins de base et des restaurations majeures
Année de l'échelle de tarifs	Échelle des tarifs de 2026 établis par l'association dentaire pour les dentistes généralistes de la province où les soins et services ont été rendus. Il se peut que l'échelle soit mise à jour de temps à autre.
Fin de la protection	Aucune limite d'âge

Programme d'aide aux membres (PAM)

Franchise	Aucune
Services	Counseling familial et individuel et thérapies de couple pour atténuer les symptômes et le stress liés à des problèmes tels que : • Abus de substance et d'alcool • Anxiété • Dépression • Panique • Difficultés interpersonnelles • Abus (physique, sexuel ou émotionnel) • Traumatisme • Séparation ou divorce • Gestion de la colère

Remarque

Veuillez consulter la section *Renseignements généraux* pour en savoir plus au sujet des dispositions de maintien et de fin de la protection applicables à ce *Résumé des garanties*.

Renseignements généraux

Date d'entrée en vigueur du régime

Le régime décrit dans ce livret est à jour au 1er février 2024.

Votre régime complète les régimes provinciaux

Votre régime d'avantages sociaux est conçu pour vous offrir une précieuse protection supplémentaire, mais ne fait pas double emploi avec les prestations offertes en vertu des régimes provinciaux d'assurance maladie et hospitalisation et ne les remplace pas.

Par conséquent, le régime d'avantages sociaux exclut les soins et les services offerts en vertu d'un régime provincial. Le régime collectif n'offre pas de prestations pour des soins ou des traitements qui sont interdits par l'assurance privée.

Compte de la banque d'heures

L'administrateur du régime tient un compte de banque d'heures pour chaque membre. Ce compte indique les heures travaillées chez un employeur participant pour lequel des cotisations ont été effectuées au titre de l'assurance collective.

Pour chaque heure travaillée, une cotisation, définie dans votre convention collective ou votre accord de participation, est versée dans votre compte.

Chaque mois, un nombre d'heures déterminé est déduit de votre compte de banque d'heures pour couvrir le coût de vos prestations. Le nombre d'heures requises peut fluctuer selon le coût des prestations. Les heures en sus de celles qui sont requises pour maintenir votre couverture mensuelle s'accumulent dans votre banque d'heures.

Chaque mois, vous recevrez un relevé indiquant les heures travaillées le mois précédent.

Il est important de connaître le cycle de consignation des heures travaillées. Le nombre d'heures travaillées au cours d'un mois est transmis à l'administrateur du régime le mois suivant. Ces heures déterminent la couverture offerte le second mois suivant le mois travaillé. Par exemple, le nombre d'heures travaillées en février est transmis à l'administrateur en mars. Ce chiffre est utilisé pour déterminer votre admissibilité à la couverture du mois d'avril.

Le tableau ci-dessous illustre ce cycle :

Mois travaillés	Mois de signalement	Mois couverts
Février	Mars	Avril
Mars	Avril	Mai
Avril	Mai	Juin
Mai	Juin	Juillet
Juin	Juillet	Août

Admissibilité

Ce régime s'adresse aux membres en règle de l'Association unie des compagnons et apprentis de l'industrie de la plomberie et de la tuyauterie des États-Unis et du Canada, section locale 71, qui travaillent pour un employeur participant ou qui sont des représentants locaux de l'A.U.

Le personnel de l'A.U., section locale 71 et du bureau canadien de l'Association qui a signé un accord de participation avec l'A.U., section locale 71 peut également y participer.

Les entrepreneurs indépendants et les non-membres ne sont pas admissibles.

Sous réserve de l'autorisation du conseil de fiducie, le personnel de bureau des entrepreneurs en plomberie qui a signé un accord de participation avec la section locale 71 de l'A.U. sera autorisé à participer au régime sur présentation d'une preuve d'assurabilité et d'une déclaration de maladies préexistantes.

Délai d'admissibilité

Vous et les personnes à votre charge admissibles serez assurés à compter du premier jour du deuxième mois qui coïncide avec l'accumulation de 280 heures de travail dans votre compte de banque d'heures ou qui y fait suite. Il faut avoir accumulé ces heures au cours d'une période de 24 mois.

Si vous n'êtes pas au travail à la date prévue de l'entrée en vigueur de votre assurance ou de l'augmentation de votre capital assuré, vous serez assuré à votre retour au travail. Une absence en raison d'un congé annuel payé ou d'un jour férié ne retarde pas l'entrée en vigueur de votre couverture.

Prolongation de la couverture

Les dispositions ci-après touchant la prolongation de la couverture dépendent du fait que vous respectez les exigences d'admissibilité du régime et sont soumises aux clauses de résiliation de l'assurance.

Pendant une absence du travail (membres du syndicat, à l'exclusion des représentants de l'A.U)

Vous pouvez choisir de verser la prime directement au régime en vue de prolonger la couverture en vertu des dispositions de la convention collective. Vous pouvez verser la prime directement pour une période maximale de 24 mois civils consécutifs pour l'ensemble de la couverture. Si vous êtes admissible au programme de subventions pour les membres ayant une incapacité, vous pouvez participer pendant une période plus longue à vos frais. Cependant, si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes en chômage, l'indemnité hebdomadaire sera versée seulement si vous êtes appelé au travail et que votre invalidité vous empêche d'y retourner.

Après 24 mois de chômage, vous ne serez plus admissible à l'indemnité hebdomadaire ni à la prestation d'invalidité de longue durée et vos versements mensuels diminueront en conséquence. Après 36 mois de chômage, votre couverture d'assurance vie, la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels et l'assurance vie pour les personnes à charge cesseront et vos primes diminueront davantage. À ce moment, votre couverture comportera les soins de santé complémentaires, la garantie de soins de la vue, la garantie de soins dentaires et le programme d'aide aux membres.

Pendant une absence du travail (personnel, entrepreneurs et salariés admissibles)

Votre couverture se prolongera jusqu'à ce que le solde de votre compte de banque d'heures soit épuisé. Les versements directs sont interdits pendant que vous êtes en chômage.

Si vous touchez des prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)

Si vous touchez des prestations de la CSPAAT par suite d'une maladie ou d'une blessure relative au travail, les cotisations au régime d'avantages sociaux et au régime de retraite seront versées en votre nom pour une période maximale de 12 mois. Les cotisations seront basées sur le nombre d'heures requises pour couvrir la prime mensuelle. Elles seront versées lorsque l'administrateur du régime aura reçu une copie du rapport d'incident (formulaire 7) de votre employeur et les copies des talons de chèque reçus de la CSPAAT. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

Si vous recevez des prestations de la CSPAAT pendant plus de 12 mois, votre couverture sous ce régime peut être continuée sans paiement de primes pour un maximum de 7 ans, jusqu'à la fin du programme de réintégration au travail de la CSPAAT ou jusqu'à votre 65^e anniversaire, selon la première éventualité.

La période de 7 ans comprend les 12 premiers mois au cours desquels les cotisations au régime d'avantages sociaux et au régime de retraite sont versées en votre nom. Elle ne s'applique pas si vous êtes approuvé pour une pension à vie de la CSPAAT.

Invalidité

Si vous devenez invalide selon les définitions établies dans les sections du présent livret portant sur l'assurance vie, l'indemnité hebdomadaire ou l'invalidité de longue durée, votre couverture en vertu du régime peut continuer sans versement de primes, sous réserve des conditions suivantes :

1. votre compte de banque d'heures est totalement épuisé (pour l'indemnité hebdomadaire exclusivement); et
2. l'assureur a accepté l'exonération de vos primes; ou
3. l'assureur a accepté votre admissibilité à l'indemnité hebdomadaire ou aux prestations d'invalidité de longue durée.

À la suite de la retraite

Si vous prenez votre retraite et que vous touchez une pension du régime de retraite de l'A.U., section locale 71, votre couverture se transformera en l'une des options suivantes, à condition que les choix de prestations soient en vigueur au moment de votre départ à la retraite et que vous ayez participé au régime d'avantages sociaux pendant les deux années précédant immédiatement la date d'effet de votre retraite.

1. Si vous prenez votre retraite avant l'âge de 64 ans, vous demeurez admissible à l'assurance vie collective, à l'assurance vie pour les personnes à charge, à la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels, aux soins de santé complémentaires et à la garantie de soins dentaires jusqu'à l'âge de 65 ans. Après cette date, vous pourrez transformer votre couverture en soins de santé complémentaires et garantie de soins dentaires, ou uniquement en soins de santé complémentaires.
2. Si vous prenez votre retraite à l'âge de 64 ans, vous pouvez payer vous-même toutes les prestations (à l'exception de l'indemnité hebdomadaire et de l'invalidité de longue durée) pendant un maximum de 12 mois consécutif. Après cette date, vous pourrez transformer votre couverture en soins de santé complémentaires et garantie de soins dentaires, ou uniquement en soins de santé complémentaires.
3. Si vous prenez votre retraite à l'âge de 65 ans ou plus tard, vous pouvez choisir un ensemble d'avantages qui comprend les soins de santé complémentaires et la garantie de soins dentaires, ou uniquement les soins de santé complémentaires.
4. Si vous prenez votre retraite à l'âge de 65 ans et que vous continuez à travailler un minimum de 40 heures par mois, vous pouvez continuer à profiter de la couverture d'assurance vie collective, de l'assurance vie collective pour les personnes à votre charge, de la garantie en cas de décès ou mutilation accidentels, des soins de santé complémentaires et de la garantie de soins dentaires. Si vous travaillez moins de 40 heures par mois, vous pourrez choisir parmi les options offertes au point 3 ci-dessus.

Les options susmentionnées sont également offertes aux membres en règle qui sont assurés au moment de leur départ à la retraite et qui fournissent une preuve de retraite d'un autre régime comme la Commission de la construction du Québec (CCQ), le National Pipeline Plan ou le U.A. International Plan administré à Washington. Le personnel de l'A.U., section locale 71 et du bureau canadien de l'Association qui a signé un accord de participation avec la section locale 71 peut également y participer.

Au moment de votre retraite, il vous faudra remplir un formulaire de choix de membre confirmant que vous prenez votre retraite et le choix quant à votre ensemble d'avantages sociaux.

Vous devez effectuer un versement mensuel pour maintenir votre adhésion à l'A.U., section locale 71. Un paiement est également requis pour la couverture de retraite décrite ci-dessus. Vous pouvez choisir de faire déduire automatiquement un ou les deux paiements mensuels de votre pension mensuelle en remplissant un formulaire de retenue au moment du départ à la retraite. Ou encore, les membres à la retraite peuvent s'inscrire au programme de paiement préautorisé (PPP) qui permet le prélèvement direct de leurs primes à même leur compte bancaire le premier jour de chaque mois. Vous ne pouvez pas avoir recours au PPP pour acquitter vos cotisations de membre.

Après le décès

Si vous décédez alors que vous êtes assuré par ce régime, votre conjoint survivant et les enfants à votre charge pourront conserver les soins de santé complémentaires et la garantie de soins dentaires en utilisant le solde de votre banque d'heures. Si ce solde ne suffit pas pour assurer une couverture de 24 mois suivant votre décès, votre conjoint survivant peut choisir de payer directement la prime jusqu'à la fin de la période de 24 mois. Si les heures en banque ne suffisent pas à couvrir la prime du premier mois suivant le décès du membre, le régime versera un montant équivalant à la première prime à votre conjoint survivant. Si, à votre décès, votre conjoint survivant est déjà assuré en tant que membre du régime, le solde de votre compte sera automatiquement transféré au compte de banque d'heures de votre conjoint.

Programmes de subventions

Programme de subventions pour les membres en chômage

Comme membre en règle du syndicat, vous pouvez être admissible à une subvention mensuelle d'une durée maximale de 24 mois consécutifs au cours d'une période de 60 mois consécutifs si vous répondez aux critères suivants :

1. vous êtes âgé de moins de 65 ans;
2. vous ne recevez pas de prestations de retraite de quelque source que ce soit;
3. vous êtes membre en règle de l'A.U., section locale 71;
4. vous êtes en chômage et vous n'avez pas travaillé plus de 44 heures au cours du mois précédent
5. vous avez signé le livre au siège du syndicat confirmant que vous êtes disponible pour travailler;

6. vous n'avez pas refusé un emploi du service de répartition de l'A.U, section locale 71;
7. votre couverture est en vigueur, mais votre compte de banque d'heures est épuisé et contient moins d'un mois de primes;
8. vous devez obtenir la signature du gérant d'affaires, soumettre une nouvelle demande à Ellement, l'administrateur du régime et verser la prime mensuelle requise de 35 \$ pour chaque mois de subvention demandé.

Les programmes de subventions peuvent être résiliés n'importe quand sans préavis, si la situation financière du régime n'est plus en mesure de les soutenir. Le paiement de 35 \$ est également sujet à changement à la discrétion des fiduciaires.

Programme de subventions pour les membres prestataires d'une pension d'invalidité

Si vous êtes admissible à une pension d'invalidité du Régime de retraite de l'A.U., section locale 71, votre couverture sera subventionnée jusqu'à l'âge de 65 ans, ou jusqu'à ce que vous récupériez de votre invalidité, selon la première éventualité. Pour maintenir votre couverture, il faut que vous versiez 35 \$ par mois pour le coût de votre ensemble d'avantages sociaux.

Fin de la couverture

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- le jour où vous cessez d'être un membre en règle du syndicat;
- le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel le nombre d'heures accumulées est inférieur au minimum requis pour maintenir la couverture;
- le premier jour du mois correspondant à la date (ou immédiatement à sa suite) où vous atteignez l'âge limite applicable, le cas échéant;
- dans le cas des indemnités hebdomadaires ou des prestations d'invalidité de longue durée, le premier jour du deuxième mois suivant la date où vous avez été mis en disponibilité pour plus de 24 mois;
- dans le cas de l'assurance vie, de l'assurance vie pour les personnes à charge et de la garantie en cas de décès ou de mutilation accidentels, le premier jour du deuxième mois suivant la date où vous avez été mis en disponibilité pour plus de 36 mois;
- le premier jour du deuxième mois suivant la date où vous avez fait 24 paiements personnels mensuels consécutifs;
- la date où vous devenez membre des forces armées à temps plein;
- le jour où vous cessez de verser la prime;
- la date où la police prend fin.

Afin de connaître les prestations disponibles à la fin de votre couverture, veuillez-vous reporter aux sections *Droit de transformation* et *Prestations après la fin de votre couverture*.

Fin de la couverture par suite du transfert à un autre régime ou à une autre section locale

Si vous signez une entente réciproque temporaire et demandez que les heures travaillées en Ontario soient transférées à votre régime de la Commission de la construction du Québec ou à une autre section locale de l'A.U. au Canada, le solde des fonds dans votre compte de banque d'heures sera versé dans votre nouveau régime, et la couverture en vertu du présent régime cessera. L'administrateur du régime vous demandera une lettre d'entente dès que vous signerez l'accord réciproque temporaire.

Remise en vigueur des avantages sociaux

Si une partie ou l'ensemble de votre couverture a pris fin, vous pouvez de nouveau être admissible à cette couverture à la date où prend fin le délai de carence, défini sous Admissibilité, pourvu que vous demeuriez dans les catégories couvertes admissibles.

Si la couverture des soins de santé complémentaires, soins de la vue et soins dentaires cesse et qu'elle est rétablie au cours d'une même année civile, les plafonds applicables établis au 1er janvier sont reportés à la fin de l'année civile.

Solde de compte de banque d'heures à la fin de la couverture ou au décès du membre

Si votre couverture prend fin parce que vous avez été expulsé du syndicat ou accusé, vous perdrez le solde restant dans votre compte. Si votre couverture prend fin parce que vous transférez votre compte à une autre section locale alors que vous êtes un membre en règle, vous aurez droit à un transfert réciproque de votre solde de compte.

Si vous décédez alors que vous êtes assuré par ce régime, votre conjoint survivant et les enfants à votre charge pourront conserver la garantie de soins de santé complémentaires et la garantie de soins dentaires en utilisant le solde de votre banque d'heures. Si ce solde ne suffit pas pour assurer une couverture de 24 mois suivant votre décès, votre conjoint survivant peut choisir de payer directement la prime jusqu'à la fin de la période de 24 mois. Si les heures en banque ne suffisent pas à couvrir la prime du premier mois suivant le décès du membre, le régime versera un montant équivalent à la première prime à votre conjoint survivant. Si, à votre décès, votre conjoint survivant est déjà assuré en tant que membre du régime, le solde de votre compte sera automatiquement transféré au compte de banque d'heures de votre conjoint.

À la retraite, vous devez puiser dans votre solde de compte pour prolonger la couverture au-delà de la date de votre départ à la retraite.

Solde de compte de banque d'heures dépassant deux ans de primes

Compte de gestion santé (CGS)

Vous pouvez choisir de transférer le solde excédentaire admissible de votre compte de banque d'heures à un compte de gestion santé (CGS), jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ ou de 1 000 \$ par année civile. Un formulaire de déclaration et de sélection vous sera envoyé avant la fin de l'année avec confirmation du solde admissible au transfert dans votre CGS. Un solde excédentaire admissible est tout montant en excédent de ce qui est requis pour assurer une couverture de 24 mois en vertu du Régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71, jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ ou de 1 000 \$ par année civile.

Si une demande de règlement n'est pas remboursée en totalité par le régime principal ou tout autre régime coordonné, le solde restant peut être soumis pour paiement en utilisant les fonds disponibles dans votre CGS.

La sélection d'un CGS est autorisée en vertu des lois en vigueur si vous optez pour le transfert dans les délais prévus. Vous pourrez demander le remboursement de vos frais médicaux admissibles non couverts par le régime d'assurance maladie provincial, pour une période n'excédant pas 24 mois, comme autorisé par l'Agence du revenu du Canada (ARC), après quoi le solde restant du CGS, s'il y en a un, est perdu. Vous trouverez la liste des frais médicaux admissibles au CGS sur le site Web de l'ARC à l'adresse suivante : www.cra-arc.gc.ca/medicaux/.

Admissibilité des personnes à charge

Si vous avez déjà des personnes à charge, vous êtes admissible à la couverture des personnes à charge à la date où vous devenez admissible à la couverture en vertu de ce régime. Si vous n'avez pas de personne à charge, vous serez admissible lorsque vous en aurez.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date d'entrée en vigueur de la couverture, cette dernière entrera en vigueur le premier jour suivant sa sortie de l'hôpital.

Une fois que la couverture des personnes à charge est en vigueur, les nouvelles personnes à charge sont assurées automatiquement.

Définition d'une personne à charge

Les personnes à charge admissibles comprennent votre conjoint ainsi que les enfants à charge, selon la définition ci-après.

Conjoint désigne :

1. une personne avec qui vous êtes légalement marié; ou
2. le conjoint de fait avec qui vous cohabitez depuis au moins 12 mois et qui est présenté publiquement comme étant votre conjoint.

Aux fins de la présente police, vous devez indiquer le nom de la personne considérée comme votre conjoint. Un seul conjoint est admissible à la protection de la police. Les conjoints divorcés ou légalement séparés ne sont pas couverts.

Enfant à charge désigne :

1. un enfant célibataire naturel ou adopté; ou
2. l'enfant de votre conjoint de fait, qui demeure avec vous, qui est à votre charge et qui est :

A âgé de moins de 21 ans;

B âgé entre 21 et 24 ans inclusivement, qui fréquente à temps plein un établissement d'enseignement agréé et qui est à votre charge;

C âgé de 21 ans et plus et qui est incapable de subvenir à ses besoins à cause d'un handicap physique ou mental. La couverture de cette personne à charge sera maintenue en vertu de cette police à condition que le handicap existe de façon continue depuis le moment où cet enfant était assuré en tant que personne à charge en vertu de cette police. Une preuve écrite du handicap doit être fournie par le médecin traitant.

Fin de la couverture des personnes à charge

La couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de fin de la couverture;
- à la date où vous n'avez plus de personnes à charge admissibles;
- à la date où vous cessez de verser la prime;
- à la date où la couverture des personnes à charge prend fin

La couverture d'une personne à charge prend fin à la date à laquelle cette personne ne se définit plus comme une personne à charge.

Règles relatives au bénéficiaire

Le *bénéficiaire* représente la personne désignée par écrit pour toucher des prestations. Au moment de son adhésion au régime, le membre doit désigner un bénéficiaire qui touchera les prestations versées au décès.

Les prestations payables au décès en vertu de la police sont versées à votre bénéficiaire. À défaut d'un bénéficiaire désigné, les prestations sont versées à la succession

Sous réserve des droits des bénéficiaires prévus par la loi, vous pouvez changer en tout temps de bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire que vous remettez à l'administrateur du régime. Le changement entrera en vigueur à la date de la signature du formulaire, mais ne s'appliquera à aucun paiement effectué par l'assureur avant la date de réception du formulaire par l'administrateur du régime.

Là où le Code civil du Québec est en vigueur, la désignation d'un conjoint à titre de bénéficiaire est **irrévocable** (ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable) sauf si vous stipulez que la désignation est **révocable** (peut être modifiée en tout temps sans le consentement du bénéficiaire révocable). Un conjoint s'entend de toute personne reconnue par la loi comme votre conjoint aux fins de la présente.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire sans préciser la répartition des montants, ceux-ci seront répartis également entre les bénéficiaires.

Si un bénéficiaire décède avant vous, les droits de ce bénéficiaire prennent fin. Les prestations seront réparties également entre les autres bénéficiaires, ou à défaut d'un bénéficiaire désigné ou de bénéficiaires désignés, à votre succession, à moins d'indication contraire sur le formulaire de désignation.

Coordination des prestations

Si vous ou vos personnes à charge êtes également couverts par un autre programme ou contrat d'assurance maladie prépayé, le paiement de vos prestations sera coordonné de sorte que l'avantage total que vous recevrez ne dépassera pas 100 % des dépenses admissibles déterminées en fonction de la valeur raisonnable et le montant habituel.

Sous réserve du consentement de la personne couverte, l'administrateur du régime peut remettre à toute personne ou société les données nécessaires à la mise en œuvre de cette disposition.

Ordre de la détermination des prestations

Si une personne est admissible à toucher une prestation en vertu du présent régime et la même prestation ou une prestation semblable en vertu d'un autre régime, le versement des prestations se détermine de la façon suivante :

- 1 si un autre régime ne comprend pas la coordination des prestations, les prestations d'un tel régime sont réputées payables avant l'application des prestations en vertu du régime;
2. if another plan contains a co-ordination of benefits provision, the benefits of such plan shall be co-ordinated with the benefits under the plan as follows:
 - A. les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne autre qu'une personne à charge sont déterminées avant les prestations d'un régime qui assure la personne comme personne à charge;
 - B. les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne à titre de personne à charge d'une personne couverte sont déterminées selon les premiers jours et mois de naissance dans l'année civile; ou

- C. les prestations payables en vertu d'un régime qui assure la personne à titre de personne à charge sont déterminées en fonction du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les deux parents ont leur anniversaire le même jour;
3. en cas de séparation ou de divorce :
- A. the plan of the parent with custody of the child;
 - B. the plan of the spouse-partner of the parent with custody of the child;
 - C. the plan where the member is an active, full-time member;
 - D. the plan where the member is an active, part-time member; or
4. si la personne est couverte par un autre régime, la priorité s'établira comme suit :
- A. le régime dont le participant est un membre actif à temps plein;
 - B. le régime dont le participant est un membre actif à temps partiel; ou
 - C. le régime dont le participant est un retraité.

Si l'on ne peut établir la priorité de la façon indiquée ci-dessus, les prestations seront établies au prorata parmi les régimes en proportion des sommes qui auraient été versées en vertu de chaque régime, si la couverture avait été établie par ce régime.

Changement dans la couverture

Si votre couverture change à cause d'un changement d'âge, de catégorie, de gains, de situation des personnes à charge, etc., ou par suite d'un changement de régime, elle n'est pas rajustée avant le premier jour, ou après la date du changement, où vous êtes effectivement au travail et où la cotisation appropriée est versée.

Si une personne à charge est hospitalisée le jour où sont censées prendre effet les prestations accrues, elles n'entreront pas en vigueur avant que la personne à charge reçoive son congé de l'hôpital. Dans tous les cas, le paiement pour des services et des fournitures reçus avant la date d'une augmentation des prestations sera toujours basé sur les prestations du régime en vigueur avant le changement.

Changement dans les renseignements

Pour vous assurer que vous recevez toute la correspondance et que les renseignements appropriés sont versés à votre dossier, communiquez avec l'administrateur du régime dès qu'un changement survient (par exemple, changement dans la situation de famille, nouvelle personne à charge, changement de bénéficiaire ou d'adresse). L'administrateur vous indiquera quel formulaire vous devez remplir pour confirmer le changement.

Imposition

Toutes les primes d'assurance vie temporaire collective et les primes de la garantie en cas

de décès ou mutilation accidentels payées par l'employeur sont imposables au membre. À la fin de février de chaque année, vous recevrez le formulaire d'impôt approprié à inclure dans le calcul de vos impôts pour l'année d'imposition précédente.

Prestation d'assurance vie du membre

L'assureur verse un montant forfaitaire au bénéficiaire désigné advenant votre décès. Le montant du capital assuré est précisé dans le *Sommaire des garanties*.

Vous pouvez changer la désignation du bénéficiaire n'importe quand (sous réserve des restrictions établies par la loi) en remplissant le formulaire disponible auprès de l'administrateur du régime et en le lui renvoyant. Si votre bénéficiaire désigné décède avant vous et que vous n'avez pas désigné un nouveau bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession. Vous devriez revoir votre désignation du bénéficiaire pour vous assurer qu'elle reflète votre intention actuelle.

Invalidité totale/exonération des primes

Si vous devenez totalement invalide au moins six mois consécutifs avant l'âge de 65 ans, votre assurance vie demeurera en vigueur pour la période complète de votre invalidité ou jusqu'à votre 65e anniversaire. Aucune autre prime ne sera requise.

Pour être considéré comme totalement invalide, vous devez, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, être incapable d'exercer un emploi rémunérateur pour lequel vous avez la compétence ou pour lequel vous pourriez raisonnablement acquérir la compétence en raison de votre formation, de vos études ou de votre expérience. Des preuves d'invalidité totale seront requises de temps à autre.

Avant d'obtenir l'exonération des primes, vous devez soumettre une demande à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de votre invalidité totale. Veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour obtenir le formulaire de demande.

Droit de transformation

Si votre assurance vie collective prend fin ou est réduite, vous pouvez la transformer en police individuelle, et ce, sans preuve d'assurabilité. Vous devez présenter une demande de transformation écrite à la Financière Manuvie et régler le premier versement de la prime dans les 31 jours suivant la fin ou la réduction de votre couverture d'assurance vie collective. Si vous décédez durant cette période de 31 jours, le montant d'assurance vie que vous pouviez transformer sera versé à votre bénéficiaire ou succession, même si vous n'avez pas déposé de demande de transformation.

Pour de plus amples renseignements au sujet du droit de transformation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime. Les dispositions relatives à ce droit peuvent varier d'une province à l'autre.

Garantie en cas de décès ou de mutilation accidentels

Désignation du bénéficiaire

Il est entendu que la prestation de décès sera payable au bénéficiaire ou aux bénéficiaires conformément à la désignation de bénéficiaire du titulaire de la police d'assurance vie collective, sauf si une désignation faite ultérieurement identifie spécifiquement cette police. À défaut d'une telle désignation, la prestation sera versée à la succession de l'assuré.

Toutes les autres prestations et indemnités de cette police seront payables à l'assuré.

Prestations maximales

Garantie		Garantie incluse/exclue	Prestations maximales
			BENEFITS
Assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels			L'assurance prend fin lorsque l'employé ou le membre atteint le premier l'âge de 70 ans ou la retraite. La garantie est offerte aux membres actifs et retraités âgés de moins de 65 ans et aux membres retraités de 65 ans et plus qui continuent de travailler au moins 40 heures par mois pour un employeur participant.
Capital assuré	Capital assuré	Incluse	Classes I II & III: 200 000 \$ 100 000 \$ 70 000 \$
b. Mutilation accidentelle		Incluse	
Mutilation de(s) :			
(1) Deux mains ou deux pieds			100 % du capital assuré
(2) Une main et un pied			100 % du capital assuré

Garantie	Garantie incluse/exclue	Prestations maximales
		PRESTATIONS
(3) Une main ou un pied et perte de la vue d'un œil	Incluse	100% du capital assuré
(4) de la vue des deux yeux		100% du capital assuré
(5) de la parole et de l'ouïe		100% du capital assuré
(6) de la parole et de l'ouïe des deux oreilles		50% du capital assuré
(7) d'une main; d'un pied; ou de la vue d'un œil		50% du capital assuré
(8) d'un pouce et d'un index d'une même main		33 1/3% du capital assuré
(9) de l'ouïe d'une oreille		33 1/3% du capital assuré
c. Perte d'usage Perte d'usage de(s) :	Incluse	
(1) Deux membres		200% du capital assuré
(2) Un membre		75% of Principal Sum
d. Paralysie Type de paralysie :	Incluse	
(1) Quadriplégie (paralysie totale des quatre membres)		200 % du capital assuré sous réserve d'un maximum des prestations, toutes polices combinées, de 1 000 000 \$.
(2) Triplégie (paralysie totale de trois membres)		200 % du capital assuré sous réserve d'un maximum des prestations, toutes polices combinées, de 1 000 000 \$.

Garantie	Garantie incluse/exclue	Prestations maximales
(3) Paraplégie (paralysie totale des deux membres inférieurs)	Incluse	200 % du capital assuré sous réserve d'un maximum des prestations, toutes polices combinées, de 1 000 000 \$.
(4) Hémiplégie (paralysie du membre supérieur et du membre inférieur d'un seul côté du corps)	Incluse	200 % du capital assuré sous réserve d'un maximum des prestations, toutes polices combinées, de 1 000 000 \$.
e Mutilation accidentelle et perte d'usage assurée Perte assurée de : (1) Deux membres (2) Deux mains ou tous les doigts et le pouce des deux mains (3) Vue des deux yeux (4) Paralysie de tous les membres	Incluse	200 % du capital assuré 200 % du capital assuré 100 % du capital assuré 100 % du capital assuré
Limite de responsabilité maximale par accident assuré 1 250 000,00 \$		
Prestation en cas d'hospitalisation		1. Prestation mensuelle de 3 % du capital assuré jusqu'à un maximum de 2 500 \$; ou 2. Pour une période inférieure à un (1) mois, un trentième du montant calculé au point 1 ci-dessus pour chaque journée complète d'hospitalisation.

Garantie	Garantie incluse/exclue	Prestations maximales
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES		
Prestation de garde après l'école	Incluse	6,000 \$
Prestation de piraterie routière	Incluse	10 % du capital assuré applicable jusqu'à un maximum de 10 000 \$
Prestation pour brûlures graves	Incluse	Prestation maximale de 25 000 \$
Zones précises du corps (1) Visage, cou et tête (2) Deux mains ou deux pieds (3) Une main et un pied (4) Une main et la vue d'un œil (5) Un pied et la vue d'un œil (6) Une main ou un pied (7) Le pouce et l'index d'une même main (8) Toutes les autres parties du corps		
		25%
		25%
		25%
		25%
		25%
		20%
		20%
Prestation de centre de jour	Incluse	5 000 \$

Garantie	Garantie incluse/exclue	Prestations maximales
Prestation pour études supérieures	Incluse	5 % du capital assuré jusqu'à un maximum de 5 000 \$. Ce montant sera payé annuellement pendant [quatre (4)] années consécutives si l'enfant à charge poursuit sa scolarité. Chaque année avant le paiement de la prestation, l'enfant à charge doit présenter la preuve écrite, acceptable par nous, qu'il fréquente un établissement d'enseignement supérieur à temps plein. Prestation maximale de 20 000 \$.
Prestation de modifications de domicile et de véhicule	Incluse	50 % du capital assuré ou 50 000 \$, le moins élevé prévalant.
Prestation pour soins d'un parent	Incluse	5 000 \$ par parent à charge . 5 % du capital assuré jusqu'à un maximum de 10 000,00 \$ pour tous les parents à charge .
Prestation de réadaptation	Incluse	Le moins élevé : - des dépenses réelles encourues relatives à la formation pour la réadaptation dans les deux (2) ans suivant la date de l'accident; - ou 15 000\$
Prestation du port de la ceinture de sécurité/oussin gonflable	Incluse	20 % du capital assuré applicable jusqu'à un maximum de 25 000 \$
Prestation de reconversion professionnelle du conjoint ou conjoint de fait	Incluse	20 % du capital assuré ou 15 000 \$, le moins élevé prévalant.
Prestation pour consultation thérapeutique	Incluse	5 000 \$ pour tout accident assuré .

Garantie	Garantie incluse/exclue	Prestations maximales
Prestation de frais funéraires	Incluse	5,000 \$
Prestation de conditionnement physique pour personne handicapée	Incluse	5,000 \$
Prestation pour modifications et accommodements au travail	Incluse	\$5 000 \$ par personne assurée

Prestation d'assurance vie pour les personnes à charge

La couverture d'assurance vie pour les personnes à charge vous donne droit à un montant forfaitaire à la suite du décès d'une personne à charge que vous avez assurée. Le montant du capital assuré est précisé dans le *Sommaire des garanties*.

Droit de transformation

Si la couverture d'assurance vie de votre conjoint prend fin, vous pouvez la transformer en police individuelle, et ce, sans preuve d'assurabilité. Vous devez présenter une demande de transformation écrite à la Financière Manuvie et régler le premier versement de la prime dans les 31 jours suivant la fin de la couverture d'assurance vie de votre conjoint. Si votre conjoint décède durant cette période de 31 jours, le montant d'assurance vie de votre conjoint que vous pouviez transformer vous sera versé, même si vous n'avez pas déposé de demande de transformation. Si vous résidez au Québec, et si la couverture d'assurance vie de votre enfant à charge prend fin, vous pouvez la convertir en police individuelle, comme défini ci-dessus conformément au droit de transformation de la couverture de votre conjoint.

Pour de plus amples renseignements au sujet du droit de transformation, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime. Les dispositions relatives à ce droit peuvent varier d'une province à l'autre.

Indemnité hebdomadaire

Cette couverture vise à vous aider financièrement si vous êtes incapable de travailler à la suite d'un accident ou d'une maladie qui ne sont pas reliés au travail.

Invalidité totale signifie que vous êtes incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer vos tâches habituelles dans le cadre de votre emploi régulier et que vous n'exercez aucun autre emploi rémunérateur.

Accident ou maladie non relié au travail signifie un accident qui n'est pas relié au travail ou une maladie qui n'est pas couverte par une commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) ou une loi similaire.

Délai de carence signifie la période précisée dans le *Sommaire des garanties* concernant la période d'indemnité hebdomadaire qui doit s'écouler après le début de l'invalidité totale avant que les prestations ne soient payables.

Une indemnité hebdomadaire vous sera versée de façon régulière durant les périodes d'absence au travail de courte durée, en raison d'une maladie ou d'une invalidité. Des prestations sont versées si vous devenez totalement invalide alors que vous êtes sous la supervision continue et personnelle d'un médecin. Si vous êtes en mise à pied temporaire au moment de votre invalidité, le versement des prestations ne débute qu'à votre rappel au travail, à la condition que le délai de carence soit écoulé.

Le versement des prestations débute à la fin du délai de carence, au premier jour de l'invalidité causée par un accident ou d'une hospitalisation, et au huitième jour de l'invalidité due à une maladie. Les versements se poursuivent aussi longtemps que vous demeurez totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale précisée dans le *Sommaire des garanties*. Aucune prestation n'est versée entre la deuxième et la vingt-sixième semaine inclusivement si vous êtes admissible aux prestations de maladie de l'assurance emploi.

Montant de la prestation

Le montant de l'indemnité hebdomadaire est celui précisé dans le *Sommaire des garanties* en vigueur lorsque vous devenez invalide. L'indemnité hebdomadaire est réduite de toute somme qui vous est versée en raison de l'invalidité en vertu de n'importe quelle loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail (ou toute loi semblable) et de toute indemnité de manque à gagner qui vous est versée en vertu de la Loi sur la Société de l'assurance automobile du Québec. Les prestations pour moins d'une semaine sont calculées au taux quotidien d'un septième de la prestation hebdomadaire en vigueur.

Il n'existe aucune déduction pour l'invalidité partielle ou les prestations de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail pour toute invalidité antérieure ou non reliée.

Prestations d'assurance emploi

Aucune indemnité hebdomadaire n'est versée après la première semaine où les prestations sont versées si vous êtes admissible aux prestations de maladie de l'assurance emploi (AE) et que vous en recevez. Vous devez fournir une preuve de votre demande auprès de l'AE et de la réponse obtenue. Si votre invalidité est le résultat d'une maladie non reliée au travail, vous devez immédiatement effectuer une demande de prestations d'assurance emploi.

Subrogation

Si vous avez le droit de recouvrer des sommes d'une tierce personne à la suite d'une perte de revenus en raison de blessures corporelles pour lesquelles vous avez droit à l'indemnité hebdomadaire, le Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux est subrogé à tous vos droits de recouvrement pour la perte de revenu, jusqu'à concurrence de la somme des prestations versées ou payables.

L'administrateur du régime peut, relativement au droit de subrogation du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux, exiger que vous remplissiez un questionnaire et que vous signiez une entente de remboursement. Si le questionnaire rempli et l'entente ne sont pas remis à l'administrateur du régime dans un délai de 30 jours, aucun paiement qui vous est dû en vertu de l'indemnité hebdomadaire ne vous sera versé.

Exclusions

Aucune prestation d'invalidité n'est versée dans les cas suivants :

- en raison de blessures corporelles que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- en raison d'une guerre (déclarée ou non), du service dans les forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à des mouvements populaires;
- en raison de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel;
- en raison d'un traitement ou d'une chirurgie esthétiques, à moins que le traitement ou la chirurgie soit requis à la suite d'un accident;
- durant un congé de maternité où vous êtes admissible à des prestations de maladie de l'assurance emploi;
- durant la période où vous êtes admissible à des prestations d'invalidité en raison de toute autre police collective d'assurance invalidité de longue durée;
- pour toute période au cours de laquelle vous ne participez pas et ne coopérez pas à un programme de traitement raisonnable et habituel en fonction de la nature de l'invalidité, prescrit et administré à la fréquence requise par un médecin dûment autorisé;

- pour toute période au cours de laquelle la blessure ou l'invalidité résulte d'un abus de substances incluant l'alcoolisme et la toxicomanie, sauf si vous participez à un programme de désintoxication reconnu;
- en raison d'une invalidité résultant d'un accident alors que vous conduisiez un véhicule moteur et que votre alcoolémie excédait 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08 %).

Invalidité récidivante

Si vous devenez à nouveau invalide durant les 14 jours suivant votre retour au travail et que l'invalidité est attribuable à la même cause ou à une cause connexe, le versement des prestations pour le reste de la période de prestation reprend immédiatement.

Prolongation de la garantie après la fin de la couverture

Si vous êtes totalement invalide à la date de fin de l'indemnité hebdomadaire, la couverture se poursuit comme si elle était toujours en vigueur, à condition que l'invalidité soit continue et que vous soyez admissible aux prestations d'invalidité de longue durée. Veuillez consulter la section Prestation d'invalidité de longue durée.

Imposition

En vertu des règlements sur l'impôt, les prestations pour la perte de revenu sont soumises à l'impôt fédéral et à l'impôt provincial sur le revenu. L'impôt est retenu de votre chèque et remis aux gouvernements compétents. À la fin de l'année, un formulaire T4A supplémentaire et le Relevé 1, le cas échéant, sont émis et doivent être annexés à votre déclaration de revenus.

Prestation d'invalidité de longue durée

La garantie en cas d'invalidité de longue durée vous offre une sécurité de revenu advenant une invalidité totale qui persiste pendant une longue période.

Cette couverture vous donne droit à des prestations mensuelles si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré en vertu de cette couverture et si l'invalidité totale persiste durant le délai de carence, pourvu que vous soyez sous la supervision continue et personnelle d'un médecin. Si vous satisfaites au délai de carence et que vous avez 64 ans, la période maximale de la garantie est de 12 mois consécutive.

L'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme des maladies en vertu de cette couverture aussi longtemps que vous recevez des soins et des traitements continus approuvés par la Financière Manuvie.

Le versement des prestations débute au terme du délai de carence et se poursuit aussi longtemps que vous êtes totalement invalide et que vous fournissez des preuves d'invalidité totale continue, comme le demande l'assureur, jusqu'à concurrence de la période maximale précisée dans le *Sommaire des garanties*.

Les définitions suivantes s'appliquent :

Médecin désigne une personne dûment autorisée à prescrire et à administrer des médicaments ou à effectuer des interventions chirurgicales.

Gains bruts de pré invalidité désignent vos gains mensuels à la date de début de l'invalidité totale.

Invalidité totale ou totalement invalide signifie que vous êtes incapable d'effectuer vos tâches habituelles dans le cadre de votre emploi durant le délai de carence et les 24 mois suivants.

Par la suite, vous êtes considéré comme totalement invalide si cette invalidité vous rend incapable d'effectuer les tâches essentielles d'un emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié par vos études, votre formation ou votre expérience. Cette incapacité doit découler d'une maladie physique ou mentale déterminable sur le plan médical.

Vous ne serez plus considéré comme une personne totalement invalide si vous ne recevez pas, durant cette période, des soins et des traitements d'un médecin légalement qualifié.

Montant de la prestation

Le montant de la prestation d'invalidité de longue durée versée est précisé dans le *Sommaire des garanties*. Le versement de prestations pour une période de moins d'un mois est calculé au taux quotidien d'un trentième du revenu mensuel pertinent.

Intégration aux autres prestations

La prestation d'invalidité de longue durée précisée dans le *Sommaire des garanties* qui vous sera versée est réduite de toute prestation d'invalidité à laquelle vous êtes admissible en vertu de toute loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail ou d'une loi semblable. De plus, la prestation est réduite du total de la prestation d'invalidité de longue durée et des montants précisés ci-après qui excèdent 85 % de vos gains bruts de pré invalidité:

- toute prestation d'invalidité qui vous est versée au titre du Régime de pensions du Canada, du Régime des rentes du Québec ou d'un régime d'un autre pays qui comporte une entente réciproque avec le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec, à l'exception des prestations pour personnes à charge qui vous sont payables en vertu de ces régimes et à l'exception des rajustements du coût de la vie effectués par ces régimes après le début du versement des prestations conformément à cette disposition;
- toute prestation d'invalidité ou de retraite qui vous est versée en vertu d'une assurance collective ou d'un régime de retraite disponible par l'entremise d'un emploi ou d'une association professionnelle;
- toute prestation d'invalidité ou de manque à gagner, si elle est autorisée par la loi, qui vous est versée en vertu d'une assurance automobile, sans égard à la responsabilité;
- toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu d'une loi ou d'un régime gouvernemental ou par un organisme connexe, mais à l'exclusion des prestations payables par la Commission de l'assurance emploi du Canada;
- tout montant versé par un employeur, tel que la continuation de salaire ou les prestations de fin d'emploi ou de vacances, qui commence à la date ou suivant la date du début de l'invalidité totale pour laquelle des prestations sont versées en vertu de cette disposition, à moins de fournir une preuve à la Financière Manuvie que votre demande de prestations a été refusée;
- tout revenu touché pendant la participation à un programme de réadaptation;
- tout revenu d'un travail indépendant.

Si vous participez à un programme de réadaptation, votre revenu mensuel total durant l'invalidité ne saurait excéder 100 % de vos revenus mensuels bruts au moment où a débuté l'invalidité. Si votre revenu dépasse 100 %, la garantie en cas d'invalidité de longue durée est réduite de l'excédent.

Subrogation

Si vous avez le droit de recouvrer des sommes d'un tiers à la suite d'une perte de revenus en raison de blessures corporelles pour lesquelles vous avez droit à la prestation d'invalidité de longue durée, la Financière Manuvie sera subrogée à tous vos droits de recouvrement pour la perte de revenu, jusqu'à concurrence de la somme des prestations qui sont versées ou payables en vertu de cette disposition.

La compagnie peut exiger que vous remplissiez un questionnaire et que vous signiez une entente de remboursement.

Si le questionnaire dûment rempli et l'entente ne sont pas remis à la Financière Manuvie dans les 30 jours suivant la demande, aucun paiement qui vous est dû en vertu de la prestation d'invalidité de longue durée ne vous sera versé.

Exonération des primes

À partir du premier mois complet du début des versements de prestations, la Financière Manuvie exonérera toutes les primes qui sont dues en vertu de cette couverture. Les prestations se poursuivront chaque mois complet de couverture pour lequel un versement est dû.

Réadaptation

MLa Financière Manuvie pourra recommander un programme de réadaptation pour les membres touchant des prestations d'invalidité de longue durée. Elle vous fera part par écrit de son approbation du programme, ainsi que l'envergure de son appui à cet égard. Chacun des programmes suivants pourra être considéré comme admissible à titre de programme de réadaptation :

- l'emploi à temps partiel du membre;
- un programme de formation professionnelle structurée;
- tout autre programme de formation jugé convenable par la Financière Manuvie.

Les prestations d'invalidité de longue durée continueront d'être versées au membre qui participe à un programme de réadaptation approuvé par la Financière Manuvie pour une durée maximale de 24 mois consécutifs.

Tous les frais raisonnables et habituels encourus par le membre en rapport avec le programme et pour lequel il a reçu préalablement l'approbation de la Financière Manuvie seront remboursés par celle-ci. Les frais qui sont remboursés par les programmes gouvernementaux ou par un autre assureur ne seront pas remboursés par l'assureur.

Les prestations brutes, moins les déductions, sont en outre réduites de 50 % de tous les gains reçus pour emploi en vertu du programme de réadaptation, sous réserve des maximums de toute source indiquée dans la section Intégration aux autres prestations.

La participation du membre à un programme de réadaptation prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date où il cesse d'être totalement invalide;
- à la date à laquelle il aura terminé le programme de réadaptation;
- à la date où la Financière Manuvie déterminera qu'il ne participe pas au programme de réadaptation comme il a été convenu entre lui et l'assureur.

Si le membre est admissible à toutes les prestations et qu'il opte pour une profession différente moins bien rémunérée et non liée au programme de réadaptation décrit ci-dessus, les prestations brutes, moins les réductions, seront réduites d'une autre tranche de 50 % des gains provenant de l'occupation choisie moins bien rémunérée, sous réserve de la section Intégration aux autres prestations.

Si le membre est admissible à toutes les prestations et qu'il opte pour une profession différente moins bien rémunérée et non liée au programme de réadaptation décrit ci-dessus, les prestations brutes, moins les réductions, seront réduites d'une autre tranche de 50 % des gains provenant de l'occupation choisie moins bien rémunérée, sous réserve de la section Intégration aux autres prestations.

Exclusions

Aucune prestation d'invalidité de longue durée n'est versée :

- en raison d'une invalidité résultant de blessures corporelles ou d'une maladie que le membre s'est infligées lui-même ou d'une tentative de suicide du membre, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- en raison de blessures corporelles ou d'une maladie qui se produisent quand le membre sert activement dans les forces armées d'un pays, d'un État ou d'une organisation internationale, ou résultant de la guerre ou d'un acte de guerre, déclaré ou non;
- en raison d'une invalidité résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel;
- en raison de blessures corporelles ou d'une invalidité résultant de la consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues, à moins que le membre participe à un programme de désintoxication reconnu;
- pendant une période d'incarcération dans un établissement pénitencier ou d'une hospitalisation dans un hôpital ou un établissement similaire par suite de procédures judiciaires;
- pendant une période d'invalidité durant laquelle le membre était sous les soins d'un thérapeute, à moins que le traitement soit recommandé par un médecin jugé compétent par la Financière Manuvie;
- en raison d'une invalidité résultant d'un accident alors que le membre conduisait un véhicule moteur et que son alcoolémie excédait 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang (0,08 %);
- pendant une période de congé, y compris le congé de maternité;
- en raison du refus du membre de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par la Financière Manuvie, le médecin traitant ou un médecin indépendant;
- pendant une partie de la période d'invalidité durant laquelle le membre ne participait pas à un programme de traitement recommandé par son médecin.

Fin des prestations

Le versement des prestations en vertu de cette couverture cesse à la première des dates suivantes :

- date où le membre cesse d'être totalement invalide;
- date à laquelle le membre exerce un emploi rémunérateur autre que celui approuvé dans le but de la réadaptation;

- date à laquelle les prestations ont été versées, jusqu'à concurrence de la période maximale de prestations précisée dans le *Sommaire des garanties* pour toute période d'invalidité totale;
- date du paiement de la prime qui correspond ou qui suit le 65e anniversaire de naissance du membre;
- date de décès du membre;
- date à laquelle, comme le détermine la Financière Manuvie, le membre ne fournit pas de preuve satisfaisante de son invalidité totale continue ou qu'il ne subit pas l'examen médical requis par cet assureur.

Invalidité récidivante

Si vous devenez à nouveau invalide dans les six mois suivant votre retour au travail et que cette invalidité est attribuable à la même cause ou à une cause connexe, cette période d'invalidité totale subséquente sera considérée comme une continuation de la période d'invalidité totale antérieure. Si vous retournez au travail pendant une journée complète et que vous devenez invalide, et que cette invalidité est attribuable à une cause différente et non connexe, vous commencez une nouvelle période d'invalidité.

Prolongation de la garantie après la cessation d'emploi

Si vous êtes totalement invalide à la date où votre assurance invalidité de longue durée prend fin, la couverture se poursuivra comme si elle était toujours en vigueur, à condition que l'invalidité soit continue.

Procédure d'appel

Si vous en appelez du refus ou de la cessation de l'invalidité de longue durée, vous devez soumettre à l'assureur un avis d'appel écrit. L'avis doit être présenté à la Financière Manuvie dans les 60 jours suivant la date de l'avis de refus/de cessation de l'assureur. Il faut présenter à ce dernier des documents médicaux ou autres à l'appui de votre appel dans les six mois de la date de l'avis de refus/de cessation. Les dépenses encourues en rapport avec l'obtention de la documentation d'appui sont à votre charge.

Si la disposition ci-dessus est en conflit avec les lois applicables de votre province de résidence, elle sera réputée modifiée pour être conforme aux exigences minimales de ces lois.

Imposition

En vertu des règlements sur l'impôt, les prestations pour la perte de revenu sont soumises à l'impôt fédéral et à l'impôt provincial sur le revenu. L'impôt est retenu de votre chèque et remis aux gouvernements compétents. À la fin de l'année, un formulaire T4A supplémentaire et le Relevé 1, le cas échéant, sont émis et doivent être annexés à votre déclaration de revenus.

Soins de santé complémentaires

Les soins de santé complémentaires aident à assumer les coûts des frais médicaux admissibles encourus par vous et les membres assurés de votre famille. Les frais admissibles qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance maladie vous sont remboursés, sous réserve de la franchise, de la coassurance et des maximums, le cas échéant, précisés dans le *Sommaire des garanties*.

Les frais admissibles jugés raisonnables et nécessaires, et encourus à la suite de la recommandation préalable d'un médecin légalement qualifié sont remboursés.

Franchise

La franchise précisée dans le *Sommaire des garanties* correspond au montant total des frais admissibles que vous devez absorber chaque année civile avant de recevoir un remboursement en vertu de ce régime.

Carte-médicaments à paiement direct

Les membres et leurs personnes à charge peuvent se prévaloir du traitement immédiat de leurs demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance dans toute pharmacie canadienne en utilisant la carte-médicaments à paiement direct fournie par Telus Santé.

Grâce à la carte-médicaments à paiement direct, vos demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance sont traitées en quelques secondes à la pharmacie de votre choix pendant que vous attendez. Présentez simplement la carte à votre pharmacien au moment de régler l'achat d'un médicament d'ordonnance. Il n'y a aucun formulaire à remplir.

L'équivalent générique d'un médicament de marque sera automatiquement distribué et le régime en remboursera les frais en fonction du prix générique, sauf si le médecin a indiqué que le patient a une réaction indésirable au médicament générique.

Si vous bénéficiez de la couverture individuelle, vous recevrez une carte-médicaments à paiement direct unique. Si vous bénéficiez de la couverture familiale, vous en recevrez deux, une pour vous et une pour votre conjoint. Remarque : seul le nom de la personne assurée apparaît sur chaque carte.

Une carte additionnelle sera émise au nom de chaque personne à charge admissible âgée entre 21 et 24 ans inclusivement qui fréquente un collège ou une université à temps plein.

Pour obtenir une carte supplémentaire, ou si votre carte est perdue ou volée, communiquez avec l'administrateur du régime.

Frais admissibles (au Canada)

Médicaments d'ordonnance

- Les médicaments, sérums, vaccins et préparations injectables qui nécessitent une ordonnance d'un médecin ou dentiste et qui sont délivrés par un pharmacien, un médecin ou un dentiste, pour autant que la quantité fournie ne dépasse pas les besoins correspondant à trois mois de traitement à la fois. Les contraceptifs sont soumis à une provision maximale d'une année. Certains médicaments admissibles peuvent nécessiter l'autorisation de l'administrateur. L'équivalent générique d'un médicament de marque sera automatiquement distribué et le régime en remboursera les frais en fonction du prix générique, sauf si le médecin a indiqué que le patient a une réaction indésirable au médicament générique. Un formulaire spécial devra être rempli par le médecin pour l'administrateur du régime.
- Les préparations de médicaments composés : lorsqu'au moins un des ingrédients ne peut être dispensé que sous ordonnance et qu'il est admissible en vertu du présent contrat.
- Les frais pour les produits remplaçant la nicotine sont remboursés comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. L'ordonnance d'un médecin est requise pour les timbres et la gomme à la nicotine.
- Les inducteurs de l'ovulation sont remboursés comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Cette limite ne s'applique pas aux médicaments en rapport avec l'insémination artificielle et la fécondation in vitro s'ils sont inscrits au registre de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- Les médicaments contre la dysfonction érectile sont remboursés comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*.
- Le XenicalMD est couvert s'il est prescrit pour des motifs autres qu'esthétiques.
- Les sérums antiallergiques.
- Les médicaments et fournitures disponibles sans ordonnance sont remboursés s'ils sont requis à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une cardiopathie.
- Les produits de viscosupplémentation (tels SynviscMD, NeoviscMD ou ReplasynMD) sont remboursés comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas couverts.
- Seuls les médicaments d'ordonnance autres que pour utilisation esthétique sont remboursés.
- Tous les médicaments qui figurent sur la liste du formulaire de la RAMQ.

Aucun remboursement n'est effectué pour les médicaments d'ordonnance si le membre ou le conjoint est admissible à un remboursement en vertu d'un régime provincial d'assurance maladie. Les membres de 65 ans et plus doivent souscrire un régime provincial lorsque celui-ci est disponible. La franchise provinciale et les frais de participation aux coûts sont inclus comme dépenses admissibles.

Même si le régime rembourse 90 % de tous les frais des médicaments, les membres qui résident au Québec peuvent demander le remboursement des 10 % impayés auprès de la RAMQ. Pour ce faire, ils doivent fournir une preuve du paiement de la dépense maximale en vertu de la RAMQ avant que le remboursement ne puisse se faire dans le cadre de ce régime.

Pour ce faire, ils doivent fournir une preuve du paiement de la dépense maximale en vertu de la RAMQ avant que le remboursement ne puisse se faire dans le cadre de ce régime.

Fournitures médicales

Le régime rembourse les frais liés aux fournitures et dépenses médicales suivantes, sur la recommandation d'un médecin qualifié et autorisé :

- l'achat ou la location (mais non la réparation ou le remplacement) d'un membre ou d'un œil artificiel (ou encore d'un corset dorsal), lorsque la perte du membre ou de l'œil a lieu alors que la personne est couverte en vertu de ce régime. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location (mais non la réparation ou le remplacement) d'un appareil orthopédique pour un membre, de plâtres, d'attelles, d'un stimulateur cardiaque électronique, de bandages herniaires ou de béquilles (l'appareil orthopédique doit être fabriqué d'un matériau rigide ou semi-rigide et nécessaire aux activités normales de la vie quotidienne et non seulement pour pratiquer un sport ou d'autres activités connexes);
- l'achat ou la location d'une marchette, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un poumon d'acier. La recommandation du médecin doit inclure le diagnostic médical;
- l'achat ou la réparation de supports plantaires fabriqués sur mesure. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. La recommandation du médecin doit inclure le diagnostic médical;
- l'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, de sous-bouts, de talons compensés ou d'attelles Dennis Brown. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. La recommandation du médecin doit inclure le diagnostic médical;
- les bas de contention achetés à un magasin de fournitures médicales. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Une prescription indiquant le nom de marque et le taux de compression est nécessaire ainsi que le diagnostic médical;
- les fournitures requises à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie ou requises pour le traitement de la fibrose kystique, de la maladie de Parkinson, de la maladie de Crohn et du diabète;
- l'achat d'une prothèse mammaire et d'un ou des soutiens-gorges requis à la suite d'une mastectomie, comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location d'un Cryo Cuff ou d'un appareil de mouvements passifs continus. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location d'un neurostimulateur transcutané. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. La recommandation du médecin doit inclure le diagnostic médical et la durée prévue du traitement;
- l'achat de perruques ou de postiches par suite de la perte de cheveux en raison d'un problème de santé. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- La circoncision. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;

- le plasma sanguin, le sang ou les substituts de sang et leur administration;
- une prothèse auditive sur ordonnance de l'otorhinolaryngologiste traitant certifié. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Les frais de réparation ou d'entretien, les piles, les chargeurs ou tout autre accessoire semblable ne sont pas compris. Si la perte auditive est liée au travail, nous vous encourageons à demander un remboursement de la CSPAAT (Ontario) ou de la CSST (Québec);
- les bouchons d'oreille moulés fabriqués sur mesure. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- l'achat ou la location d'équipement respiratoire;
- Les dispositifs intra-utérins comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*.
- Fournitures pour diabétiques
- Glucomètre ou réflectomètre; ou moniteur flash FreeStyle Libre; ou un récepteur de glucomètre en continu pour les personnes diagnostiquées diabétiques. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*;
- Capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu pour les personnes diagnostiquées diabétiques. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

Il est fortement conseillé de soumettre une estimation des coûts, ainsi que toute documentation étayant la demande, avant d'engager des frais. Tout équipement dûment autorisé sera remboursé en fonction de la date à laquelle le prix de l'article a été entièrement réglé.

Examens diagnostiques

Les rayons X, les analyses de laboratoire diagnostiques, la radiothérapie ou la radiumthérapie (non applicable durant l'hospitalisation).

Infirmière autorisée

Le régime rembourse les soins externes d'une infirmière autorisée qui n'est pas parente avec vous par le sang ou le mariage et qui ne réside pas normalement avec vous ou l'une des personnes à votre charge. Cependant, si vous êtes un membre à la retraite, les frais admissibles correspondent à ceux indiqués dans le *Sommaire des garanties*. L'approbation préalable de l'administrateur du régime est requise.

Services paramédicaux

Les soins professionnels des praticiens autorisés, diplômés et certifiés suivants (qui œuvrent dans leur domaine reconnu dans la province où ils y sont autorisés et ne soignent pas un membre de leur famille immédiate.) La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*. Le remboursement est calculé en fonction des dates où les services sont rendus. Si vous optez pour un paiement en bloc des services, le remboursement sera effectué à la fin de la durée du contrat pour autant que vous soumettiez tous les reçus et une copie du contrat. Tous les reçus doivent clairement indiquer le nom de ceux qui ont pris part aux séances/services.

Veuillez noter que les formulaires et rapports demandés par une tierce partie ne seront pas remboursés.

Praticien

Acupuncteur	Ostéopathe
Audiologiste	Physiothérapeute
Chiropraticien	Podiatre
Massothérapeute	Podologue
Naturopathe	Orthophoniste
	Psychologue, travailleur social, conseiller, psychothérapeute

* Les services d'un psychologue ne sont pas soumis au facteur de la coassurance.

** Payable au premier dollar (il n'est pas nécessaire de satisfaire en premier lieu le plafond provincial).

Centre de désintoxication

Les frais d'hospitalisation pour couvrir le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans un centre de traitement résidentiel approuvé par la province, jusqu'à un maximum de 28 jours par hospitalisation pour le traitement de l'alcoolisme, et jusqu'à un maximum de 92 jours par hospitalisation pour le traitement de la toxicomanie, jusqu'à un maximum de 15 000 \$ par période d'hospitalisation. La recommandation d'un médecin est requise.

Soins dentaires (résultant d'une blessure accidentelle)

La réparation ou le remplacement de dents naturelles par suite d'une blessure accidentelle, quand la personne est couverte par le régime. Le traitement doit débuter dans les 90 jours suivant la date de la blessure. Le remboursement est calculé selon le guide des tarifs en vigueur de l'association dentaire (de la province où le traitement a lieu) et selon le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié. Aucun remboursement n'est versé pour un traitement qui a lieu plus de deux ans après la date de la blessure.

Transport

Les frais d'ambulance terrestre ou aérienne autorisée servant au transport d'une personne en cas d'urgence ou pour suivre un traitement en milieu hospitalier :

- de l'endroit où la personne a subi l'accident ou la maladie, vers l'hôpital le plus proche où le traitement médical approprié est disponible;
- d'un hôpital à un autre;
- d'un hôpital au domicile de la personne.

Garantie de soins de la vue

Le remboursement des lunettes admissibles est calculé d'après la date à laquelle les articles ont été payés intégralement.

La couverture ne comprend aucune franchise ni aucun facteur de coassurance. Le régime rembourse les frais comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

Vous pouvez demander le remboursement des frais encourus pour des lunettes ou des lentilles cornéennes, mais non les deux, en plus des frais de lunettes de sécurité prescrites, durant une période de 24 mois consécutifs.

À l'étranger

Les frais encourus à l'étranger ne sont pas remboursés en vertu de ce régime. Toutefois, si vous êtes un membre en règle et que vous travaillez chez un entrepreneur de l'A.U. aux États-Unis, vos médicaments d'ordonnance pourront être couverts pendant que vous êtes à l'étranger jusqu'à un maximum à vie de 10 000 \$ et sous réserve de l'approbation du conseil des fiduciaires.

En dehors de la province, mais au Canada

Les frais engagés en dehors de la province, mais au Canada, sont admissibles comme s'ils avaient été engagés et avaient été admissibles dans la province de résidence pour autant que :

- le traitement soit requis par suite d'une urgence ou d'une maladie soudaine, si la personne assurée est temporairement en dehors de la province pour affaires, pour des vacances ou des études, ou pour une formation complémentaire;
- la personne assurée ne puisse obtenir les soins médicaux requis dans sa province de résidence et doit avoir recours à ce traitement ailleurs.

La prestation se limite à un maximum à vie de 10 000 \$ pour les membres retraités.

Frais non remboursés

- Les frais encourus à la suite de blessures corporelles que l'assuré (sain d'esprit ou non) s'inflige intentionnellement ou à la suite de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel.
- Les soins dentaires, à l'exception des prestations précisées dans la section Garantie de soins dentaires ou de la section Soins dentaires (résultant d'une blessure accidentelle).
- Le traitement esthétique, à moins d'être requis par suite d'une blessure corporelle accidentelle subie quand la personne était assurée en vertu de cette couverture.

- Toute blessure ou maladie pour laquelle la personne assurée peut toucher une indemnité ou une compensation en vertu d'une loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.
- Les frais encourus pour le traitement requis par suite d'une guerre (déclarée ou non), du service dans les forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à des mouvements populaires.
- Les services, traitements ou fournitures admissibles en vertu du régime et remboursables en vertu d'un programme gouvernemental, que l'assuré soit ou non couvert par un tel programme. L'administrateur du régime ne rembourse que la différence entre le montant admissible en vertu du programme gouvernemental et le montant admissible en vertu de ce régime.
- Les examens et services requis pour satisfaire aux exigences d'un tiers.
- Les voyages pour des raisons de santé.
- Les frais de services, de soins et de fournitures pour lesquels il n'y aurait pas de frais s'il n'y avait pas de couverture en vertu de ce régime.
- Le remplacement d'une prothèse perdue, égarée ou volée.
- Les médicaments, les sérums, les solutions injectées et les fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada (Direction générale des produits de santé et des aliments), ou qui sont expérimentaux ou limités dans leur usage, que ce dernier soit autorisé ou non.
- Les médicaments brevetés ou les spécialités pharmaceutiques, les aliments naturels et diététiques et les produits nutritionnels.
- Les frais de chambre d'hôpital.
- Les frais d'administration de médicaments.
- Les frais requis pour les loisirs ou les sports.
- Les traitements de médecine expérimentale ou les méthodes de traitement qui n'ont pas été approuvés par l'Association médicale canadienne ou une association connexe de médecine spécialisée.
- Les pompes à membrane et les tire-laits.

Remarque : Les demandes de règlement soumises par télécopie seront refusées.

Remise en vigueur de la garantie à vie maximale

Si la garantie à vie maximale a été payée pour une personne, un maximum de 1 000 \$ par personne par année civile s'appliquera.

Prolongation de la garantie après la fin de la couverture

Cette garantie se termine normalement lorsque votre couverture prend fin. Cependant, si, à cette date, vous êtes totalement invalide ou si l'une de vos personnes à charge est hospitalisée, cette couverture est maintenue pour la durée de votre invalidité ou de l'hospitalisation jusqu'à la fin de l'année civile qui suit l'année de cessation de votre emploi. Les prestations cesseront à la résiliation de la police collective.

Pour être considéré comme totalement invalide, vous devez, à la suite d'une maladie ou d'une blessure, être incapable d'exercer un emploi rémunérateur pour lequel vous avez la compétence ou pour lequel vous pourriez raisonnablement acquérir la compétence en raison de votre formation, de vos études ou de votre expérience.

Argent de l'hôpital

Les prestations de cette section s'appliquent aux Membres admissibles et à leurs personnes à charge admissibles âgées de plus de quatorze jours. Les prestations en espèces de l'hôpital cessent pour toute la famille lorsque vous atteignez l'âge de soixante-dix ans ou conformément à la disposition « Résiliation de la couverture des membres », selon la première éventualité.

Cette prestation offre une aide financière en cas d'hospitalisation prolongée. Il n'y a aucune restriction quant à l'utilisation de l'avantage : vous pouvez l'utiliser d'une manière qui répondra à vos besoins particuliers. Les reçus ne sont pas requis, mais les documents de congé qui vous seront fournis à la fin de votre séjour peuvent être nécessaires pour confirmer le nombre total de jours pendant lesquelles vous avez été admis à l'hôpital.

Vous et vos personnes à charge admissibles êtes couverts pour le montant de la prestation quotidienne pour un maximum de cent vingt jours, à condition que vous ou elles aient été confinées à l'hôpital pendant trois jours consécutifs ou plus et que vous soyez sous les soins d'un médecin.

Si une blessure ou une maladie nécessite plus d'une période d'hospitalisation, la période de prestations maximale de cent vingt jours sera rétablie à condition qu'au moins soixante et un jours se soient écoulés depuis votre congé de l'hôpital ou celui de votre personne à charge admissible.

Garantie de soins dentaires

La garantie de soins dentaires sert à assumer le coût de certains frais dentaires admissibles engagés par vous et les membres assurés de votre famille. Pour être admissible, le traitement dentaire doit être recommandé et prodigué par un dentiste ou un hygiéniste dentaire indépendant. Le remboursement ne doit pas dépasser les tarifs du guide des tarifs des actes buccodentaires applicable pour le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié.

Guide des tarifs des actes buccodentaires

Le Guide des tarifs des actes buccodentaires désigne le guide des tarifs de l'association des dentistes omnipraticiens publié dans la province où le traitement ou service a été prodigué, et en vigueur pour l'année civile précisée dans le *Sommaire des garanties*. S'il n'existe pas de guide de tarifs applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs de l'Ontario servira à calculer le remboursement.

Disposition d'indemnisation de remplacement

Dans certains cas, un autre traitement peut être disponible. Il vous incombe, à vous et à votre dentiste, de choisir le traitement approprié. Afin de déterminer sa responsabilité, l'administrateur du régime se réserve le droit de rembourser le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié. La disposition d'indemnisation de remplacement ne s'applique pas aux dispositions, services ou dispositifs exclus.

Seuls les traitements énumérés sont admissibles.

Exclusion des maladies préexistantes

Les frais admissibles engagés par une personne durant les quatre premiers mois de sa couverture ne sont pas remboursés si ces frais résultent d'un traitement dentaire entamé ou planifié au cours des quatre mois qui précèdent le début de la couverture de cette personne.

Plan de traitement ou estimation

Pour que vous et votre dentiste sachiez à l'avance la portion qui sera remboursée par le régime et la portion qui sera assumée par le membre, il est recommandé de soumettre un plan de traitement à l'administrateur du régime dans le cas d'un traitement de plus de 500 \$. Le plan confirmera, avant le début du traitement, la couverture, les restrictions pour certains services, les plafonds et le guide des tarifs en vigueur. Il ne vise pas à limiter le choix du dentiste, à vous imposer un traitement, à établir les coûts ou à garantir le remboursement après la fin de la couverture.

Un plan de traitement est un rapport écrit (comprenant les radiographies, au besoin) du dentiste énonçant les soins dentaires requis par le patient, une description écrite du traitement nécessaire selon le jugement professionnel du dentiste et le coût du traitement proposé.

Franchise

La franchise précisée dans le *Sommaire des garanties* correspond au montant total des frais admissibles que vous devez absorber chaque année civile avant de recevoir un remboursement en vertu de ce régime. Si la franchise à l'égard des soins de santé complémentaires a déjà été payée, celle des frais dentaires ne sera pas requise et vice versa.

Frais admissibles

Soins de base et préventifs

- Les services suivants sont admissibles au remboursement, une fois par année civile :
 - l'examen de rappel (une fois tous les 9 mois);
 - la radiographie interproximale (une fois tous les 9 mois);
 - la prophylaxie/le polissage (maximum d'une unité de 15 minutes tous les 9 mois);
 - l'application topique d'une substance anticancérigène.
- Un examen buccodentaire complet (une fois par 24 mois consécutifs).
- Des radiographies dentaires, à l'exception des radiographies panoramiques et d'une série buccale complète de radiographies qui sont chacune limitées à une fois par 24 mois consécutifs.
- Les consultations dentaires.
- Les protège-dents et un appareil initial de maintien d'espace et sa mise en place pour les dents primaires manquantes.
- L'équilibration occlusale.
- Les scellants de puits et fissures uniquement pour les molaires permanentes des enfants à charge jusqu'à 18 ans, une fois par dent à vie.
- Les obturations en amalgame, silicate, résine acrylique ou composite, sauf les facettes.
- Les tenons, les couronnes préfabriquées en acier inoxydable et les couronnes en polycarbonate.
- Les antibiotiques injectés sur l'ordonnance d'un dentiste.

Remarque : Les frais admissibles pour les services prodigués par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste ou d'un hygiéniste dentaire indépendant sont couverts.

Soins endodontiques, parodontaux et chirurgie buccale

- Les soins endodontiques comprenant le traitement des maladies de la chambre pulpaire et le traitement radiculaire (traitement de canal), notamment le blanchiment des dents devitalisées.
- Les soins parodontaux comprenant le traitement des maladies des tissus mous (gencives) et des os qui entourent le collet de la dent.
- L'extraction sans complication de dents sorties et l'extraction chirurgicale de dents incluses et de racines résiduelles.
- L'anesthésie générale requise en rapport avec la chirurgie dentaire ou les extractions.
- La chirurgie buccale non comprise dans la section Soins de base et préventifs.
- Le détartrage thérapeutique jusqu'à un plafond de 8 unités (15 minutes par unités) par année civile.

Restaurations majeures

- Une prothèse amovible partielle ou complète, une prothèse fixe ou autre :
 - si nécessaire à la suite de l'extraction d'au moins une dent naturelle lorsque la personne est assurée en vertu de cette couverture;
 - lorsque la prothèse existante a été mise en place temporairement et est remplacée par une prothèse permanente ou un pont dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire;
 - lorsque la prothèse existante date d'au moins cinq ans et ne peut plus servir (ne s'applique pas aux prothèses amovibles).
- Les incrustations métalliques, les incrustations avec recouvrement et les couronnes, une fois tous les 5 ans.
- Les réparations d'un pont, d'une couronne, d'une incrustation et d'une incrustation avec recouvrement, une fois tous les 5 ans.
- Les facettes pour des raisons non esthétiques.
- La réparation, le rebasage et le regarnissage de la prothèse.
- L'ajustement de la prothèse, à l'exception des ajustements mineurs qui sont limités à un par 6 mois consécutifs.
- Le remplacement des prothèses une fois tous les 5 ans.
- Les implants dentaires (payable en vertu de la disposition d'indemnisation de remplacement).

Remarque : Les frais admissibles pour les services prodigués par un denturologiste autorisé dans les limites de son permis d'exercice sont couverts.

Soins orthodontiques

Les soins orthodontiques sont remboursés pour les enfants à charge de moins de 19 ans. La couverture est limitée comme indiqué dans le *Sommaire des garanties*.

- Examen orthodontique.
- Clichés diagnostiques et modèles.

- Observations, ajustements et appareils orthodontiques.
- Paiement pour le traitement continu en cours.
- Frais de laboratoire connexes.

Un plan de traitement orthodontique doit être présenté avant la première demande de règlement. Le remboursement des frais orthodontiques initiaux ne dépassera pas 35 % du coût total de traitement. Le solde des frais pourra être remboursé mensuellement pendant la durée du traitement actif décrit dans le plan. Le remboursement des honoraires mensuels reposera sur le montant ou la date du paiement en cas de différence par rapport au plan de traitement.

Frais non remboursés

- Les frais encourus à la suite de blessures corporelles que l'assuré (sain d'esprit ou non) s'inflige intentionnellement ou à la suite de la perpétration ou d'une tentative de perpétration d'un acte criminel.
- Les traitements dentaires reçus à l'étranger.
- Toute blessure ou maladie pour laquelle la personne assurée peut toucher une indemnité ou une compensation en vertu d'une loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail.
- Les frais encourus pour le traitement requis par suite d'une guerre (déclarée ou non), du service dans les forces armées de n'importe quel pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à des mouvements populaires.
- Les frais d'un dentiste pour le déplacement, les rendez-vous non respectés, le transport, l'hébergement et les conseils par téléphone ou par un autre moyen de communication.
- La chirurgie ou le traitement esthétique (lorsque reconnu comme tel par l'administrateur du régime), sauf si la chirurgie ou le traitement est nécessaire à la suite de blessures accidentelles. La chirurgie ou le traitement doit débuter dans les 90 jours suivant l'accident.
- Les frais encourus pour les attelles dentaires permanentes.
- Les services, traitements ou fournitures admissibles en vertu du régime et remboursables en vertu d'un programme gouvernemental, que l'assuré soit ou non couvert par un tel programme. L'administrateur du régime ne rembourse que la différence entre le montant admissible en vertu du programme gouvernemental et le montant admissible en vertu de ce régime.
- Des traitements dentaires reçus du service dentaire ou médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.
- Le remplacement d'une prothèse perdue, égarée ou volée.
- Les examens requis pour satisfaire aux exigences d'un tiers.
- Les prothèses en porcelaine pour molaires.

Prestations après la fin de votre couverture

Aucune prestation n'est versée pour des soins dentaires encourus après la date de fin de votre couverture. Cette disposition sera en vigueur même si vous aviez présenté un plan de traitement détaillé et que l'administrateur du régime vous avait confirmé le montant des frais admissibles.

Programme d'aide aux membres (PAM)

But du programme

Le Programme d'aide aux membres (PAM) des métiers du bâtiment est un service d'aide confidentiel à la disposition des membres et de leurs personnes à charge qui ont des problèmes d'ordre personnel. Les conseillers offrent de l'aide pour atténuer les symptômes et le stress liés à des problèmes tels que :

- Abus de substance et d'alcool
- Anxiété
- Dépression
- Panique
- Difficultés interpersonnelles
- Abus (physique, sexuel ou émotionnel)
- Traumatisme
- Cheminement dans la séparation ou le divorce
- Gestion de la colère

Visitez le site Web du programme à <https://tradesmap.org/> pour en savoir plus ou communiquez avec ce service au 613 742-7962 ou 1 800 258-0580. La confidentialité des communications signifie qu'aucun renseignement que vous fournissez ne sera divulgué à un tiers, à moins que vous donniez l'autorisation écrite de partager certaines informations avec une personne en particulier, ou que la loi l'exige.

Soumission d'une demande de règlement

Pour faire une demande, procurez-vous le formulaire approprié auprès de l'administrateur du régime. Remplissez le formulaire sans tarder et faites-le parvenir à ce dernier dans les délais prescrits. Les prestations sont versées rapidement si les renseignements requis sont complets et précis.

Parfois, les médecins et les dentistes soumettent la demande directement. Ce procédé occasionne souvent des retards puisque les sections membre et employeur doivent aussi être remplies.

Assurance vie et assurance vie pour les personnes à charge

Une preuve écrite de l'événement, de la cause et des circonstances de la perte est requise à la date la plus récente des suivantes :

- le 15^e mois suivant la date de la perte;
- 90 jours suivant la date à laquelle la couverture d'assurance de la personne prend fin;
- 90 jours suivant la date à laquelle la couverture de la police prend fin.

Décès et mutilation accidentels

Si vous devez faire une demande de règlement, communiquez immédiatement avec Ellement, qui fournira les renseignements nécessaires.

Un avis et une preuve de demande de règlement doivent parvenir à Zurich Compagnie d'assurances SA dans les 90 jours suivant la date de l'accident, le début de l'invalidité ou après la période de survie.

Invalidité de longue durée

Un avis écrit initial de la demande de règlement doit être remis à l'administrateur du régime dans les 30 jours suivant la fin du délai de carence et une preuve écrite initiale dans les 6 mois suivant la fin du premier mois après le délai de carence de l'invalidité. Des preuves d'invalidité totale seront requises de temps à autre.

Accès aux documents liés aux garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie

Vous et chacune des personnes à votre charge couvertes avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- les sections du contrat d'assurance collective ou de l'exposé de régime qui vous concernent, vous et les personnes à votre charge;
- votre demande d'adhésion au régime;
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

La Financière Manuvie se réserve le droit de vous facturer ces copies après votre première demande.

Délais de prescription des poursuites judiciaires à l'égard des garanties souscrites auprès de la Financière Manuvie

Vous ne pouvez intenter aucune poursuite judiciaire contre la Financière Manuvie (à l'égard des garanties souscrites auprès de cette dernière) à l'intérieur des 30 jours qui suivent la production de preuves, comme indiqué à la section Soumission d'une demande de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes exigibles au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables, sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Indemnité hebdomadaire

Un avis écrit de la demande de règlement doit être remis à l'administrateur du régime dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité et une preuve écrite dans les 120 jours suivant cette date. Des preuves d'invalidité totale seront requises de temps à autre.

Soins de santé complémentaires et garantie de soins de la vue

Conservez une liste de tous les frais encourus par vous et les personnes à votre charge. Il importe que les reçus originaux des dépenses admissibles indiquent clairement le nom de la personne pour laquelle les frais ont été engagés.

Si vous engagez des frais, procurez-vous un formulaire de demande de règlement auprès de l'administrateur du régime ou sur le site Web www.ua71benefits.ca/fr. Remplissez soigneusement le formulaire, joignez-y les reçus originaux et faites parvenir le tout à l'administrateur du régime. Les demandes de règlement en ligne de TELUS Santé simplifient le processus pour vos fournisseurs de soins de santé, au-delà de votre pharmacien et de votre dentiste, afin qu'ils puissent facilement facturer directement les services. Cela signifie que vous n'aurez pas à vous occuper de la paperasse de remboursement. Pour vérifier si votre fournisseur de soins de santé utilise eRéclamations, veuillez consulter <https://plus.telushealth.co/page/eclaims/discover/>.

Afin d'être admissibles au remboursement, les demandes de règlement de soins de santé complémentaires doivent être envoyées au plus tard à la fin de l'année civile qui suit l'année où vous avez engagé les frais.

Remarque : Les reçus originaux joints aux demandes ne sont pas retournés. Ils sont conservés par Ellement.

Garantie de soins dentaires

Des formulaires standard de demande de règlement pour soins dentaires sont disponibles chez tous les dentistes et sont acceptés pourvu que les renseignements au sujet du membre et de l'employeur, ainsi que le numéro de police soient clairement indiqués.

Si vous engagez des frais pour soins dentaires, procurez-vous un formulaire auprès de l'administrateur du régime ou de votre dentiste. Dans ce dernier cas, demandez au dentiste de remplir sa partie, puis remplissez la vôtre et faites parvenir le formulaire à Ellement aux fins de validation. La preuve écrite de votre demande doit être fournie avant la fin de l'année civile qui suit l'année où vous avez engagé les frais.

Traitement électronique des demandes de règlement pour soins dentaires

Ellement traitera votre demande de remboursement pour soins dentaires à l'aide du service de traitement des demandes par échange de données informatisées (EDI). Avec EDI, votre demande peut être envoyée directement du cabinet du dentiste à notre service de règlement des demandes.

Notre service EDI fait appel au réseau de données sécurisées de Telus, soit le réseau spécialisé de traitement des demandes parrainé par l'Association dentaire canadienne. Avec Telus, vous savez que les renseignements contenus dans votre demande de règlement de soins dentaires seront transmis à Ellement de façon rapide, sécuritaire et confidentielle, directement du cabinet de votre dentiste.

Pour bénéficier du service EDI, il suffit d'indiquer à votre dentiste qu'Ellement est l'administrateur de votre régime et de lui communiquer les codes de sécurité suivants :

- le numéro d'assureur Telus (ou numéro BIN), soit le 000034 sur le réseau Telus;
- votre numéro d'identification de membre;
- le numéro de police de votre régime d'avantages sociaux.

L'administrateur du régime peut vous fournir votre numéro d'identification de membre.

Lorsque votre demande de règlement de soins dentaires est soumise électroniquement, elle est traitée dans les deux à quatre jours ouvrables suivants.

Dépôt préautorisé

Vous pouvez faire déposer directement dans votre compte bancaire le montant de vos remboursements de soins médicaux et dentaires.

Grâce au programme de dépôt préautorisé d'Ellement, vous pouvez recevoir votre remboursement dans les deux à cinq jours suivant l'approbation de votre demande de règlement pour soins médicaux ou dentaires. Vous n'aurez plus à attendre l'arrivée d'un chèque ni à vous rendre à votre institution financière pour déposer votre chèque de remboursement.

Pour vous inscrire à ce service, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

Demandes de règlement des soins de santé complémentaires en ligne

Il est possible de soumettre vos demandes pour soins de santé complémentaires en ligne ou sur l'application d'Ellement.

Avant de présenter votre première demande, inscrivez-vous sur le portail de demandes d'Ellement et fournissez votre numéro de groupe ainsi que votre numéro de certificat, indiqués sur votre carte d'avantages sociaux. Pour télécharger l'application, rendez-vous directement sur l'App Store ou Google Play. Vous pourrez ensuite configurer votre compte.

Si vous préférez soumettre manuellement vos demandes, des formulaires sont disponibles sur le site. Vous pouvez également les obtenir en communiquant avec Ellement.

Remarque : Les reçus originaux joints aux demandes sont conservés par Ellement. Nous vous recommandons de photocopier ces documents avant de soumettre vos demandes.

Dans une situation de coordination des prestations, où Ellement est le payeur secondaire, vous devez joindre l'explication originale des garanties de l'assureur principal, ainsi qu'une copie des reçus pertinents ou de la demande pour soins complémentaires.

Coordination des prestations

Si vous ou l'une des personnes à votre charge êtes assurés en vertu d'un autre régime offrant une couverture semblable, les prestations remboursées en vertu de ce régime seront ajustées afin que le montant total remboursé par tous les régimes n'excède pas les frais encourus.

Cette disposition vous permet de présenter une demande de règlement pour une partie non remboursée d'une demande au régime de votre conjoint. Afin de déterminer quel conjoint doit soumettre une demande de prestations pour un enfant à charge, vérifiez la date de naissance des deux adultes. Le conjoint dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier durant l'année devra soumettre la demande de règlement de l'enfant à son régime. Le solde pourra être soumis au régime de l'autre conjoint.

Administration du régime d'avantages sociaux

Sous réserve des limites du régime d'avantages sociaux, les fiduciaires peuvent établir les règles ou les règlements de son administration et de l'exercice de ses activités. Les fiduciaires ont le droit d'interpréter le régime et de décider de toute question soulevée, y compris le droit de corriger des ambiguïtés, des inégalités, des incohérences ou des omissions possibles. Les interprétations, les déterminations et les décisions des fiduciaires concernant les questions qui relèvent de leur compétence sont finales et lient les parties. Pour faire appliquer les dispositions du régime, les fiduciaires peuvent :

- créer des comités dont ils déterminent les pouvoirs;
- autoriser un ou plusieurs membres de comités ou un représentant à exécuter ou à livrer un document, ou à effectuer un paiement en leur nom;
- retenir les services d'actuaire, de conseillers juridiques et autres conseillers professionnels;
- employer des représentants et offrir des services actuariels, de bureau et de comptabilité, au fur et à mesure des besoins.

Assurances

Les fiduciaires ont le droit de signer un contrat avec tout organisme dûment autorisé à souscrire une partie ou l'ensemble des garanties.

Paielement des dépenses du régime

Toutes les dépenses raisonnables et habituelles engagées pour le fonctionnement du régime sont assumées par le fonds en fiducie.

Opérations du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'A.U., section locale 71

L'administrateur du régime tient des comptes faisant état des opérations budgétaires du régime et conserve ces données pour examen périodique.

Registre

L'administrateur du régime tient un registre des noms de tous les membres assurés en vertu du régime, de la somme des garanties en vigueur concernant chacun de ces membres, de la date à laquelle la garantie est entrée en vigueur, ainsi que de la date d'effet de toute augmentation ou baisse des garanties.

Erreurs d'écriture

Les erreurs d'écriture commises par les fiduciaires et l'administrateur du régime n'invalident pas les garanties en vigueur ni ne maintiennent des garanties résiliées. À la découverte d'une erreur ou d'un retard, un rajustement approprié des primes est effectué.

Procédure d'appel des demandes de règlement

Si une demande de règlement est rejetée et que le membre n'est pas d'accord, ce dernier peut en appeler en présentant une demande écrite à Ellement. Il doit préciser les motifs de l'appel et inclure les renseignements médicaux justifiant les frais engagés comme étant médicalement nécessaires.

Les demandes d'appel seront étudiées avec nos médecins ou dentistes consultants et la décision sera communiquée par écrit au membre.

Votre régime est administré par :

Ellement Consulting Group SEC
1150, chemin Cyrville, bureau 220
Ottawa, ON K1J 7S9

Tél. : 613 704-6266
Sans frais : 1 844 804-6266

Courriel : UALocal71@ellement.ca

