



Industrie électrique d'Ottawa

Régime d'avantages sociaux

Tous les membres actifs et à la retraite

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2026

Conservez ce livret en lieu sûr

Votre régime d'avantages sociaux se veut un supplément important de votre revenu et une protection précieuse pour vous et votre famille.

Le présent livret définit les conditions spécifiques de votre régime d'avantages sociaux, de même que les niveaux de couverture de chaque garantie. Assurez-vous de le conserver en lieu sûr pour le consulter au besoin.

Voici les assureurs de la couverture :

Garantie	Assureur/administrateur	Numéro de police	Annexe
Assurance vie de base, assurance vie de base pour les personnes à charge, assurance invalidité de longue durée	Canada Vie, compagnie d'assurance-vie	325077	Annexe A
Assurance décès et mutilation accidentels de base	Zurich Compagnie d'assurances SA	8622073	Annexe B
Soins de santé complémentaires et soins dentaires	Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa	61083	s. o.
Programme d'aide aux membres (PAM)	Building Trades	s. o.	s. o.
Télémédecine, deuxième avis médical et TCCi assistée par un thérapeute	CloudMD	s. o.	Annexe C

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 (« Ellement »), l'administrateur du régime, au 613 699-8967, sans frais au 1 866 517-8967, par télécopieur au 844 736-5600 ou par courriel à EIO@ellement.ca.

Veuillez visiter le site web du régime à www.eiobenefits.ca/fr-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.

Note importante

Le présent document renferme des renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux. Veuillez le conserver en 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.



En tant que promoteur du régime, l'Industrie électrique d'Ottawa, ou ses fiduciaires ou agents désignés, établissent les règles ou règlements applicables à l'administration ou à la gouvernance du régime d'avantages sociaux et des transactions connexes.

L'Industrie électrique d'Ottawa, ou ses fiduciaires ou agents désignés, ont le droit d'interpréter le 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 la couverture décrite dans le présent livret.

Les interprétations ou décisions de l'Industrie électrique d'Ottawa ou de ses fiduciaires ou agents désignés sont définitives et lient toutes les parties.

Protection de vos renseignements personnels

Ellement Consulting Group recueillera, utilisera, tiendra à jour, divulguera et communiquera uniquement les renseignements personnels considérés comme nécessaires à l'administration du régime. Les renseignements personnels seront protégés conformément à la législation applicable. Les administrateurs du régime pourront échanger des renseignements avec les personnes ou les organisations pertinentes – institutions, organismes gouvernementaux, organismes d'enquête, syndicat, fiduciaires, entreprises affiliées à Ellement Consulting Group, assureurs, réassureurs, vérificateurs, organismes de réglementation ou autres – pour administrer le régime et les droits aux prestations. Veuillez faire parvenir toute question sur la politique de confidentialité à notre agent de protection de la vie privée par la poste, ou encore, par courriel à privacy@element.ca.

The Privacy Officer
Ellement Consulting Group LP
1345 Taylor Avenue
Winnipeg, MB
R3M 3Y9

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 de l'Industrie électrique d'Ottawa ont préséance. 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.

Toute fraude ou déclaration mensongère lors d'une demande de règlement invalide votre réclamation. Vous n'aurez pas droit aux avantages demandés. Il est possible que dans certains cas, un paiement en trop vous soit versé par erreur. Cela signifie que vous recevez un paiement d'un montant supérieur à celui auquel vous aviez droit. Si vous recevez un paiement auquel vous n'avez pas droit, vous devez immédiatement rembourser le promoteur du régime, Ellement, qui administre votre régime d'avantages sociaux en cette qualité, ou l'assureur. Si vous recevez un paiement auquel vous n'aviez pas droit et que vous ne le remboursez pas, l'une ou plusieurs des mesures suivantes pourront être prises :

- a) Tout paiement auquel vous avez droit pourra être retenu jusqu'à concurrence du montant que vous devez.
- b) Des poursuites en justice pourront être intentées contre vous.

Énoncé de mission

Historique

Le 1er octobre 1962, l'Industrie électrique d'Ottawa (IÉO) établissait le régime d'avantages sociaux des membres actifs et retraités de la section locale 586 de la FIOE, de leurs personnes à charge et de leurs survivants.

Objectifs

L'objectif premier du régime est de rembourser la totalité ou une portion des coûts des soins de santé, des soins dentaires et des fournitures des membres admissibles non couverts par le régime provincial d'assurance maladie. Le régime est aussi conçu pour assurer une protection financière en cas de décès ou d'invalidité grâce à une assurance vie collective, de même qu'une garantie en cas de décès ou mutilation accidentels et une assurance invalidité de longue durée.

Le régime :

- Fournit une couverture efficace de soins de santé et de soins dentaires, une assurance vie ainsi qu'une assurance invalidité de longue durée à tous les membres admissibles et à leurs personnes à charge.
- Assure un service haut de gamme, économique et efficace aux membres et à leurs bénéficiaires.
- Est administré de façon à promouvoir les objectifs de ses membres tout en respectant les principes de saine gouvernance et de responsabilité fiduciaire.

Le texte du régime décrit les garanties et les conditions en détail. Il peut par la suite être modifié en tout temps. Les demandes de règlement seront administrées conformément aux règles en vigueur à leur date de prise d'effet, ainsi qu'à toute modification apportée au régime. Les membres peuvent consulter le texte du régime en tout temps auprès de leur syndicat.

Ellement, l'administrateur du régime, a été choisie pour traiter et rembourser les demandes de règlement conformément au texte du régime.

Table des matières

Résumé des avantages sociaux	8
1. Renseignements généraux	18
1.1 Date d'entrée en vigueur du régime	18
1.2 Votre régime complète les régimes provinciaux	18
1.3 Qui est admissible	18
1.4 Délai d'admissibilité	18
1.5 Prise d'effet de la couverture	18
1.6 Définitions	19
1.7 Compte de la banque d'heures	20
1.8 Remboursement du solde du compte banque d'heures	21
1.9 Changement dans la couverture	21
1.10 Modification des renseignements	22
1.11 Règles relatives au bénéficiaire	22
1.12 Suspension du statut de membre du syndicat et de la couverture	22
1.13 Fin de la couverture	23
1.14 Fin de la couverture par suite de la cessation de la participation au régime de retraite	23
1.15 Remise en vigueur de la couverture	24
1.16 Prolongation de la couverture	24
1.17 Remise en vigueur des avantages sociaux/maximums applicables	26
1.18 Solde du compte de banque d'heures en excédent de deux années de primes	26
1.19 Programme de paiement direct	26
1.20 Paiements préautorisés	27
1.21 Programme de subventions pour les membres en chômage	27
1.22 Programme de réduction des primes pour les membres à faible revenu	27
1.23 Coordination des prestations	27
1.24 Ordre de la détermination des prestations	28
1.25 Imposition	28
1.26 Couverture à l'étranger	29
2. Soins de santé complémentaires	30
2.1 Paiement des prestations	30
2.2 Carte-médicaments à paiement direct	30
2.3 Accident du travail/frais afférents	30
2.4 Frais admissibles	30
2.4.1 Médicaments d'ordonnance et préparations pharmaceutiques	31
2.4.2 En dehors de la province, mais au Canada	32
2.4.3 Soins dentaires dus à un coup accidentel à la bouche	32
2.4.4 Ambulance	32
2.4.5 Fournitures médicales	32
2.4.6 Soins infirmiers	34

2.4.7	Services paramédicaux	35
2.4.8	Centre de désintoxication	35
2.4.9	Soins de la vue	35
2.4.9.1	Verres correcteurs, lentilles cornéennes correcteurs, et la chirurgie oculaire au laser	35
2.4.9.2	Examens de la vision	35
2.4.9.3	Entraînement visuel	35
3.	Soins dentaires	36
3.1	Prédétermination des prestations	36
3.2	Disposition d'indemnisation de remplacement	36
3.3	Services de base	36
3.4	Restaurations majeures	37
3.5	Soins orthodontiques	37
4.	Exclusions générales	38
5.	Prestation de Deuil	39
6.	Programme d'aide aux membres (PAM)	40
7.	Soumission d'une demande des prestations de soins de santé, de soins dentaires et de soins CGS.	41
7.1	Renseignements généraux	41
7.1.1	Coordination des prestations	41
7.2	Options de présentation des demandes	41
7.2.1	Application d'assurance collective d'Ellement ou portail de réclamations	41
7.2.2	Soumission manuelle des demandes de règlement (courriel, par la poste ou en mains propres)	42
7.2.3	Soumissions de facturation directe	43
7.2.3.1	Fournisseurs de soins de santé complémentaires	43
7.2.3.2	Demandes de règlement de soins dentaires soumises directement par votre fournisseur de soins dentaire	43
7.3	Dépôt préautorisé pour les remboursements de réclamations	43
7.4	Procédure d'appel des demandes de règlement	44
8.	Nous joindre	45
Annexe A :	Assurance-vie de base du membre, assurance-vie de base pour les personnes à charge, et assurance invalidité de longue durée	46
Annexe B :	Assurance décès et mutilation accidentels de base	47
Annexe C :	Autres services disponibles par l'entremise de CloudMD	48

Résumé des avantages sociaux

Voici un sommaire de votre régime d'avantages sociaux. Pour plus de détails sur chaque garantie, consultez la section appropriée de ce livret.

Assurance vie de base du membre

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE A – CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Critères d'admissibilité des membres <i>(Toute l'information concerne les membres âgés de moins de 65 ans sauf si autrement spécifié.)</i>	Volume
• Activement au travail le 1er novembre 2018 ou après. • Temporairement mis à pied pendant moins de 24 mois consécutifs.	\$250,000
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2018.	\$125,000
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2014.	\$100,000
• Non activement au travail depuis le 30 septembre 2005. • À la retraite au 1er juillet 1982 ou après, et avant le 1er octobre 2005.	\$50,000
• À la retraite avant le 1er janvier 1982.	\$25,000
• Membre (peu importe son âge) temporairement mis à pied pendant plus de 24 mois consécutifs, mais moins de 36 mois.	\$7,500

Un membre à la retraite est considéré comme un membre en règle de la section locale 586 de la FIOE qui reçoit des prestations de retraite du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa.

Réductions

- Réduction de 50 % du montant de capital assuré de l'assurance vie applicable ci-dessus en date du 1er janvier de l'année qui coïncide avec la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans, ou qui la suit immédiatement.
- Réduction de 10 % du solde le 1er janvier de chaque année subséquente.

Les réductions ne peuvent dépasser les montants suivants :

À l'âge de :	Réduction du capital assuré de :	Original Starting Volume			
		250 000 \$	125 000 \$	100 000 \$	50 000 \$
65	50%	125,000 \$	62,500 \$	50,000 \$	25,000 \$
66	10%	100,000 \$	50,000 \$	40,000 \$	20,000 \$
67	10%	75,000 \$	37,500 \$	30,000 \$	15,000 \$
68	10%	50,000 \$	25,000 \$	20,000 \$	10,000 \$
69 et plus	10%	25,000 \$	12,500 \$	10,000 \$	5,000 \$

La couverture d'assurance vie est maintenue à la retraite pourvu que les primes requises soient payées.

Assurance vie des personnes à charge

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE A – CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Capital assuré	10 000 \$ pour le conjoint. 10 000 \$ par enfant âgé de 15 jours ou plus.
Réduction	Réduction de 50 % en date du 1er janvier de l'année qui coïncide avec la date à laquelle le membre atteint l'âge de 65 ans, ou qui la suit immédiatement. birthday.
Fin de la protection	Date à laquelle la couverture d'assurance vie du membre prend fin.

Assurance décès et mutilation accidentels (ADMA) de base du membre

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE B – ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

Critères d'admissibilité des membres (Toute l'information concerne les membres âgés de moins de 65 ans sauf si autrement spécifié.)	Volume
• Activement au travail le 1er novembre 2018 ou après. • Temporairement mis à pied pendant moins de 24 mois consécutifs.	250,000 \$
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2018.	125,000 \$
• Non activement au travail depuis le 31 octobre 2014. • À la retraite au 1er août 1998 ou après, mais avant le 1er novembre 2014.	100,000 \$
• À la retraite au 1er juillet 1982 ou après, mais avant le 1er août 1998.	50,000 \$
• À la retraite avant le 1er janvier 1982.	25,000 \$
Fin de la couverture	70 ans

Réductions

- Réduction de 50 % du montant de capital assuré de l'ADMA applicable ci-dessus en date du 1er janvier de l'année qui coïncide avec la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans, ou qui la suit immédiatement.
- Réduction de 10 % du solde le 1er janvier de chaque année subséquente.

Les réductions ne peuvent dépasser les montants suivants :

At Age:	Reduction from starting volume of:	Original Starting Volume			
		250,000 \$	125,000 \$	100,000 \$	50,000 \$
65	50%	125,000 \$	62,500 \$	50,000 \$	25,000 \$
66	10%	100,000 \$	50,000 \$	40,000 \$	20,000 \$
67	10%	75,000 \$	37,500 \$	30,000 \$	15,000 \$
68	10%	50,000 \$	25,000 \$	20,000 \$	10,000 \$
69	10%	25,000 \$	12,500 \$	10,000 \$	5,000 \$

La garantie de base en cas de décès ou de mutilation accidentels est maintenue à la retraite jusqu'à l'âge de 70 ans, pourvu que les primes requises soient payées.

Assurance invalidité de longue durée du membre

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE A – CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Prestations	2 500 \$ par mois.
Délai de carence	119 jours civils ou date de cessation du versement des prestations d'AE, selon la dernière de ces éventualités.
Durée maximale des prestations	Jusqu'à l'âge de 60 ans ou à la retraite, selon la première de ces éventualités
Statut des prestations	Imposables.
Fin de la couverture	Jusqu'à l'âge de 60 ans moins le délai de carence ou à la retraite, selon la première de ces éventualités.

Le montant maximal des prestations peut être réduit des prestations et paiements provenant d'autres sources, tel que décrit à la section Assurance invalidité de longue durée (ILD) de ce livret.

Soins de santé complémentaires

Franchise	Aucune.
Niveau de remboursement	90 % (à moins d'indication contraire).
Prestation maximale	Maximum à vie de 50 000 \$ par personne assurée pour les médicaments. Voir les maximums indiqués sous <i>Médicaments d'ordonnance</i> ci-dessous.
Fin de la protection	La couverture est maintenue à la retraite pourvu que les primes requises soient payées.

Remarque : Certains avantages individuels sont assujettis à des maximums mensuels, annuels ou à vie.

Médicaments d'ordonnance

• Franchise	5,00 \$ par ordonnance, laquelle est supprimée si les frais d'ordonnance de la pharmacie n'excèdent pas le maximum du Régime d'assurance-médicaments de l'Ontario.
• Niveau de remboursement	90 % des frais admissibles (à moins d'indication contraire).
• Médicaments admissibles	Médicaments, sérums, vaccins et préparations injectables qui nécessitent une ordonnance avec numéro d'identification (DIN) valide, lorsqu'ils sont prescrits par un professionnel de la santé ou un dentiste agréé et dispensés par un pharmacien, un dentiste ou un médecin.
• Substitutions génériques	Oui
• Carte-médicaments	Oui
• Plafonds et exclusions	
Médicaments admissibles	Maximum à vie de 50 000 \$ par personne assurée. Si le montant à vie maximal est atteint, la limite annuelle de 1 000 \$ par personne assurée s'appliquera.

- Approvisionnement des médicaments	Limité à : • 34 jours pour les médicaments d'ordonnance. • 100 jours pour les médicaments d'entretien.
- Injections sclérosantes pour le traitement des varices	Traitement médical nécessaire (médicament seulement) dans les provinces où il n'y a pas de couverture provinciale.
- Viscosupplémentation	1 500 \$ par personne assurée tous les 6 mois
- Produits et médicaments antitabagiques	500 \$ à vie par personne assurée, y compris les médicaments sur ordonnance, les produits en vente libre et les thérapies (y compris l'hypnose, les traitements au laser, etc.).
- Médicaments contre la dysfonction sexuelle	1 000 \$ par personne assurée par année civile.
- Traitement et médicaments liés à la fertilité	3 cycles de traitement à vie (médicaments seulement).
- Médicaments pour la perte de poids	Certains médicaments sont couverts si des critères précis sont respectés.
- Fournitures pour diabétiques:	Frais raisonnables et habituels (à l'exception des tampons d'alcool et de l'alcool à friction).
- Glucomètre ou réflectomètre; ou moniteur flash FreeStyle Libre; ou un récepteur de glucomètre en continu:	Consultez la section « Fournitures et services médicaux »
- Capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu:	5 000 \$ par personne assurée chaque année civile

L'administrateur du régime peut exiger une autorisation pour certains médicaments.

Soins hospitaliers

• Franchise	Aucune.
• Niveau de remboursement	100 % (à moins d'indication contraire).
• Centre de désintoxication	Période de confinement maximale de 28 jours (approbation requise).
• Établissement de soins infirmiers	90 %, jusqu'à un maximum de 31,25 \$ par jour en chambre individuelle ou à deux lits.

Soins de la vue

• Franchise	Aucune
• Niveau de remboursement	100% des frais admissible (à moins d'indication contraire).
• Maximum:	800 \$ par personne assurée par période de 2 années civiles.

• Frais admissibles	Lunettes de prescription, comprenant : • lentilles et montures réguliers • lentilles et montures de sécurité • lentilles et montures de soleil Lentilles cornéennes de prescription Chirurgie oculaire au laser
• Cristallin artificiel/lentilles intraoculaires (LIO) pour les cataractes	Frais raisonnables et habituels.
• Examens de la vision, incluant la réfraction oculaire et la tomographie en cohérence optique	125 \$ par personne assurée pour un examen régulier par période de 2 années civiles.
• Examens de la vision pour une urgence	200 \$ per personne assurée pour un examen de la vision pour une urgence par période de 2 années civiles.
• Frais pour le diagnostic d'une condition oculaire	200 \$ per personne assurée pour les frais pour le diagnostic d'une condition oculaire par période de 2 années civiles.
• Entraînement visuel	Admissible si effectuée par un optométriste autorisé.

Services professionnels/paramédicaux

• Franchise	Aucune
• Niveau de remboursement	90 % des frais admissibles (à moins d'indication contraire).
• Maximum	1 900 \$ par personne assurée, par année civile, pour tous les praticiens combinés. Remarque : Les tests et évaluations psychologiques et les soins et services orthophoniques ne sont pas assujettis au maximum annuel combiné de 1 900 \$.
• Praticiens admissibles	
• Acupuncteur	Raisonnables et habituels.
• Chiropraticien	Raisonnables et habituels.
• Homéopathe	Raisonnables et habituels: - Comprend des fournitures et des suppléments
• Massothérapeute ou orthothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Naturopathe	Raisonnables et habituels.
• Ergothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Ostéopathe	Raisonnables et habituels.
• Physiothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Podiatre	Raisonnables et habituels.
• Podologue	Raisonnables et habituels.
• Psychologue, travailleur social, conseiller, psychothérapeute	Raisonnables et habituels.
• Orthophoniste	Raisonnables et habituels.

Fournitures et services médicaux

• Franchise:	Aucune.
• Niveau de remboursement	90 % des frais admissibles (à moins d'indication contraire).
• Maximum par service et/ou fourniture	
- Prothèse mammaire externe (à la suite d'une mastectomie)	Frais raisonnables et habituels
- Soutien-gorge chirurgical	Achat de 6 soutiens-gorges chirurgicaux par personne assurée par année civile.
- Soins infirmiers privés	Frais raisonnables et habituels pour les services d'une infirmière autorisée (IA). 18,75 \$ par jour par famille pour les services d'une infirmière praticienne autorisée (IPA).
- Oeil artificiel	Raisonnables et habituels.
- Bonnets de moignon	Raisonnables et habituels.
- Chaussures orthopédiques (sur mesure)	2 paires jusqu'à concurrence de 500 \$ par paire par personne assurée par année civile.
- Orthèses ou soutien plantaire (sur mesure)	2 paires jusqu'à concurrence de 500 \$ par paire par personne assurée par année civile.
- Bas de soutien	2 paires jusqu'à concurrence de 75 \$ par paire par personne assurée par année civile.
- Prothèses auditives	2 000 \$ par personne assurée par 5 années civiles (incluant les tests auditifs). Sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un audiologiste.
- Services de diagnostic	Raisonnables et habituels.
- Perruques à la suite d'une chimiothérapie	100 % jusqu'à concurrence d'un maximum à vie de 1 000 \$ par personne assurée.
- Fournitures pour diabétiques:	Consultez la section « Médicaments d'ordonnance ».
- 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.
- Capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu	Consultez la section « Médicaments d'ordonnance ».
- Neurostimulateurs transcutanés (TENS)	Achat ou location, un appareil toutes les 5 années civiles, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels.
- Dispositif intra-utérin	Frais raisonnables et habituels.
- Support dorsal ObusForme®	Une fois tous les 5 années civiles, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels.
- Traitement hors de la province	Exclus.

Soins dentaires

Franchise	Aucune.
Guide des tarifs des actes buccodentaires	Basé sur le Guide des tarifs des actes buccodentaires de l'Association dentaire 2024, à l'intention des dentistes omnipraticiens, des denturologistes, des spécialistes, et des hygiénistes dentaires indépendants, là où le service est rendu.
Remboursement	
• Soins de base et restaurations majeures	90% des frais admissibles
- Maximum	Maximum combiné pour les soins de base et de restauration majeure de 2 000 \$ par personne assurée par année civile.
• Soins orthodontiques	80% des frais admissibles
- Maximum	6 000 \$ à vie par personne assurée.
Fréquence des traitements	
• Examen buccodentaire complet	Une fois par période de 24 mois consécutifs.
• Examen buccodentaire de rappel	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Examen buccodentaire particulier:	Illimité.
• Examen buccodentaire d'urgence:	Illimité.
• Série complète de radiographies ou radiographie panoramique	Une fois par période de 24 mois consécutifs.
• Polissage	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Radiographies interproximales	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Détartrage	8 unités par année civile.
• Surfaçage radiculaire	Frais raisonnables et habituels.
• Traitement au fluorure	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Obturation de la couleur de la dent (composite)	Admissible pour toutes les dents.
• Appareils parodontaux incluant les plaques occlusales et appareils anti-bruxisme	Frais raisonnables et habituels.
• Ajustements d'un appareil parodontal pour contrôler le bruxisme	Frais raisonnables et habituels.
• Scellants de puits et fissures	Pour les enfants de moins de 18 ans.
• Équilibration occlusale	4 unités par année civile.
• Mainteneurs d'espace	Seulement pour les dents primaires manquantes.

• Instructions en matière d'hygiène buccale	Une fois par période de 6 mois consécutifs.
• Anesthésie	Frais raisonnables et habituels.
• Ajustements des prothèses dentaires, incluant les ajustements mineurs	Frais raisonnables et habituels.
• Rebasage/réalignement des prothèses dentaires	Frais raisonnables et habituels.
• Couronne préformée en acier inoxydable et polycarbonate	Frais raisonnables et habituels.
• Incrustations et incrustations de recouvrement	3 surfaces dentaires ou plus, une fois tous les 5 ans
• Couronnes et facettes	Une fois tous les 5 ans.
• Ponts et prothèses dentaires	Une fois tous les 5 ans.
• Implants dentaires	Une fois tous les 5 ans.
• Services liés à la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)	Frais raisonnables et habituels.
• Frais de laboratoire	Limités aux frais raisonnables et habituels pour le traitement ou le service dentaire.
Fin de la protection	La couverture dentaire est maintenue à la retraite pourvu que les primes requises soient payées.

Si la couverture prend fin et est réinstaurée à l'intérieur d'une période de 6 mois, le maximum applicable à la date de la fin de la protection est reporté.

Prestation de Deuil

Montant de la prestation	Maximum de 400 \$ par jour ¹ , pour un maximum de deux jours de perte de salaire à la suite du décès d'un enfant, d'un petit-enfant, d'un parent, d'un grand-parent, d'un beau-parent, d'un frère, d'une sœur, d'un beau-frère, d'une belle-sœur ou d'un conjoint, tel que défini dans 5. <i>Prestation de deuil.</i>
--------------------------	---

¹ Remarque : Les membres dont le salaire est inférieur au taux de base d'un compagnon du secteur industriel, commercial et institutionnel recevront une prestation quotidienne calculée au prorata.

Programme d'aide aux membres (PAM)

Franchise	Aucune.
Événements de la vie	Problèmes personnels, dont des problèmes financiers, juridiques, maritiaux, de stress, d'abus d'alcool et de drogues, etc.

Télémédecine

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE C – AUTRES SERVICES DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DE CLOUDMD.

Services	Soins de santé et soutien médical virtuels pour les questions, les besoins et les problèmes non urgents.
----------	--

Thérapie cognitivo-comportementale en ligne assistée par un thérapeute (TAiCBT)

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE C – AUTRES SERVICES DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DE CLOUDMD.

Services	La thérapie cognitivo-comportementale offerte en ligne comprend une combinaison de contenu en ligne et de thérapie directe individuelle.
----------	--

Deuxième avis médical

REPORTEZ-VOUS À L'ANNEXE C – AUTRES SERVICES DISPONIBLES PAR L'ENTREMISE DE CLOUDMD.

Services	Renseignements médicaux revus par un professionnel de la santé pour s'assurer que le diagnostic posé est le bon et que le programme de traitement est optimal.
----------	--

1. Renseignements généraux

1.1 Date d'entrée en vigueur du régime

Le régime décrit dans ce livret est à jour au 1er mai 2025.

1.2 Votre régime complète les régimes provinciaux

Votre régime d'avantages sociaux est conçu pour vous offrir une 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 par un régime provincial. Le régime collectif n'offre pas de prestations pour des soins ou des traitements qui sont interdits par l'assurance privée.

1.3 Qui est admissible

Un membre en règle du syndicat qui est :

- au service d'un employeur et directement rémunéré par celui-ci et qui, selon la convention collective avec le syndicat, doit cotiser au Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa au nom de ce membre; ou qui est employé salarié à temps plein :
 - i) d'un entrepreneur en électricité; ou
 - ii) du syndicat; ou
 - iii) du Construction Council of Ontario de la FIOE.
- un entrepreneur qui a signé un accord de participation avec le syndicat.
- un propriétaire/exploitant qui n'a pas d'employés rémunérés à l'heure et qui, sous réserve d'un accord de participation avec le syndicat, a consenti à verser les cotisations obligatoires au fonds en son propre nom. La participation est facultative.

La couverture de conjoint et des enfants à charge est disponible sous réserve des conditions énumérées dans ce livret.

1.4 Délai d'admissibilité

Vous serez admissible au régime à compter du premier jour du deuxième mois suivant le cumul de 225 heures dans votre compte de banque d'heures.

1.5 Prise d'effet de la couverture

Membre actif

- Une fois les conditions et le délai d'admissibilité satisfaits.

Membre inactif

- Au retour au statut actif du membre.

Personnes à charge

- À la date à laquelle la couverture du membre commence (si une personne à charge a été identifiée); ou
- À la date à laquelle la personne à charge devient admissible à la couverture; ou
- À la date de la demande de couverture de la personne à charge, pourvu que la demande soit présentée dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité initiale à la couverture de la personne à charge.

Remplissez un nouveau formulaire d'inscription pour ajouter ou changer un conjoint légalement marié ou de fait, ou ajouter ou supprimer un enfant. Les demandes de changement de couverture des personnes à charge sont assujetties à l'examen et à l'approbation du syndicat de la section locale 586 de la FIOE.

1.6 Définitions

Actif ou activement au travail : membre qui, dans le cadre de son travail, effectue l'ensemble des tâches habituelles de son occupation.

Bénéficiaire révocable/irrévocable : *Bénéficiaire révocable* signifie que la personne que vous nommez pour recevoir les avantages d'une police d'assurance peut être modifiée. *Bénéficiaire irrévocable* signifie que la personne que vous nommez pour recevoir les avantages d'une police d'assurance ne peut pas être modifiée sans son consentement écrit.

Conjoint : s'entend :

- d'une personne avec qui le membre est légalement marié; ou
- d'un conjoint de fait, y compris un conjoint du même sexe, avec lequel le membre cohabite depuis au moins 12 mois et qui est connu publiquement comme étant son conjoint/partenaire.

Le membre doit indiquer le nom de la personne considérée comme son conjoint aux fins de la police. Un seul conjoint sera couvert en vertu de la police pour une même période.

Convention collective : contrat d'après lequel les cotisations sont versées au Fonds en fiducie par l'employeur au nom d'un membre.

Employeur (s'entend de n'importe laquelle des définitions suivantes) :

- Le titulaire de la police;
- Un entrepreneur en électricité qui emploie des membres à temps plein et qui, conformément à la convention collective avec le syndicat, est tenu de verser des cotisations au Fonds en fiducie au nom desdits membres;
- Un entrepreneur en électricité qui a des employés salariés à temps plein et qui, sous réserve d'une entente de participation avec le syndicat, est tenu de verser des cotisations au Fonds en fiducie au nom desdits employés;
- La section locale 586 de la FIOE ou du Construction Council of Ontario de la FIOE qui a des employés salariés à temps plein; ou
- Un propriétaire/exploitant qui n'a pas d'employés rémunérés à l'heure et qui, sous réserve d'un accord de participation avec le syndicat, a consenti à verser des cotisations au Fonds en son propre nom.

Enfant à charge : une personne célibataire qui demeure avec vous, qui est à votre charge, et qui répond aux deux exigences suivantes :

1^{ère} exigence :

- (i) votre enfant naturel ou adopté ; ou
- (ii) l'enfant naturel ou adopté de votre conjoint(e) (soit époux/épouse légal ou conjoint(e) de fait)

2^{ème} exigence :

- (i) âgé de moins de 21 ans ; ou
- (ii) âgé de 21 ans ou plus, mais moins de 25 ans, et qui fréquente à temps plein un établissement accrédité d'enseignement ; ou
- (iii) âgé de 21 ans ou 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 conformément à 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 un médecin.

Pour éviter les délais ou des problèmes de traitement des demandes, communiquez avec l'administrateur du régime en cas de modification du statut d'une personne à charge. Les demandes de modification concernant les personnes à charge assurées sont soumises à l'examen et à l'approbation de la section locale 586 de la FIOE.

Inactif / en chômage : membre qui s'absente temporairement du travail en raison d'une mise à pied temporaire, d'un congé autorisé, d'une grève ou de tout autre arrêt de travail.

Invalidité : comme définie aux sections de l'assurance vie et de l'assurance invalidité de longue durée (ILD) du présent livret.

Personne assurée : personne couverte à titre de membre, conjoint ou personne à charge.

Retraité : un membre en règle qui :

- est retraité ou prend sa retraite, et qui n'est pas retourné au travail pour un employeur participant;
- perçoit des prestations de retraite du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa;
- a participé au régime d'avantages sociaux au cours des deux années précédentes et dont les avantages sont en vigueur au moment de la retraite. (Le personnel dont les avantages sont en vigueur au moment de la retraite est admissible);
- a rempli un formulaire confirmant le choix quant à son ensemble d'avantages sociaux et le fait qu'il prend sa retraite.

Syndicat : Fraternité internationale des ouvriers en électricité, section locale 586.

Temps plein : s'entend des salariés qui travaillent régulièrement au moins 20 heures par semaine.

Titulaire de la police : Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa en sa capacité de titulaire de la police des contrats collectifs numéros 325077, 8622073 et 61083.

1.7 Compte de la banque d'heures

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

Chaque mois, un nombre d'heures 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 du régime en mars. Ce chiffre est utilisé pour déterminer l'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
Juillet	Août	Septembre
Août	Septembre	Octobre
Septembre	Octobre	Novembre
Octobre	Novembre	Décembre
Novembre	Décembre	Janvier
Décembre	Janvier	Février
Janvier	Février	Mars

Remarque: Les nouveaux membres et les membres réintégréés sont couverts le premier jour du deuxième mois qui suit le mois au cours duquel ont été cumulées 225 heures de travail. Ainsi, le membre qui a travaillé 100 heures en février et 125 heures en mars est assuré à compter du 1^{er} mai.

1.8 Remboursement du solde du compte banque d'heures

Si votre couverture cesse et que vous n'êtes pas couvert pendant 24 mois consécutifs, tout solde restant dans votre compte de banque d'heures sera perdu.

Au décès

À votre décès, votre conjoint survivant et vos personnes à charge admissibles pourront utiliser le solde de votre compte pour prolonger la couverture, jusqu'à ce que le compte soit épuisé. Le programme de paiement direct n'est pas offert au conjoint survivant; toutefois, la réserve générale du fonds en fiducie assumera la prime applicable pour faire en sorte d'offrir une couverture minimale de six mois à compter de la date de votre décès. Le remboursement du solde d'un compte de banque d'heures n'est pas permis.

À la retraite

À la retraite, le solde de votre compte peut être utilisé pour prolonger la couverture pendant la retraite; sinon, le solde est perdu.

1.9 Changement dans la couverture

Si votre couverture change en raison d'un changement d'âge, de classe, de gains, etc., ou à la suite d'un changement de régime, votre couverture ne sera pas ajustée avant le premier jour du mois suivant la date du changement, sauf si le changement survient le premier jour du mois. De plus, vous devez être activement au travail et verser les contributions appropriées.

Si l'une de vos personnes à charge est hospitalisée le jour où sont censées prendre effet des prestations accrues, ces dernières 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.

1.10 Modification des renseignements

Pour vous assurer que vous recevez toute la correspondance voulue et que les renseignements appropriés sont versés à votre dossier, communiquez avec l'administrateur du régime dès qu'un changement survient (par exemple, nouvelle personne à charge, changement de bénéficiaire ou d'adresse).

1.11 Règles relatives au bénéficiaire

Le bénéficiaire représente la personne que vous avez désignée par écrit pour toucher des prestations. Au moment de votre adhésion, vous devez désigner le bénéficiaire à qui les prestations de décès seront payées.

Vous devez désigner un bénéficiaire révocable ou irrévocable. Vous pouvez changer une désignation révocable en tout temps, mais il est impossible de modifier une désignation irrévocable ou apporter certaines modifications à votre régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable.

Remarque: Lorsque la loi du Québec s'applique et que vous avez désigné votre conjoint marié ou conjoint de fait à titre de bénéficiaire, la désignation devient irrévocable, sauf indication contraire.

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.

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.

1.12 Suspension du statut de membre du syndicat et de la couverture

Si vous ne versez pas vos cotisations syndicales et de ce fait n'êtes plus membre du syndicat, vos prestations en vertu de ce régime sont résiliées à la date d'effet de la suspension, signalée par la section locale 586 de la FIOE. Le solde de votre compte de banque d'heures est perdu et transféré à la réserve générale du fonds.

1.13 Fin de la couverture

La couverture du membre prendra fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'appartenance au syndicat cesse pour le membre;
- Le premier jour du deuxième mois suivant le mois au sein duquel le nombre d'heures dans le compte de banque d'heures tombe sous le minimum requis pour prolonger l'assurance;
- Pour la couverture de l'ADMA et l'assurance ILD, le premier jour du deuxième mois suivant la date d'une mise à pied pour une période de plus de 24 mois;
- Pour la couverture d'assurance vie du membre et des personnes à charge, le premier jour du deuxième mois suivant la date d'une mise à pied excédant une période de 36 mois sauf si une preuve médicale a été fournie à l'appui d'une espérance de vie de moins de deux ans;
- Pour les garanties soins de santé complémentaire et soins dentaires, le premier jour du deuxième mois suivant la date d'une mise à pied excédant une période de 36 mois, aucun solde n'existant dans le compte de banque d'heures;
- Le premier jour du deuxième mois suivant la date à laquelle les actifs du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa du membre sont transférés en permanence du régime, sauf si une preuve médicale a été fournie à l'appui d'une espérance de vie de moins de deux ans;
- La date à laquelle le membre cesse d'être membre d'une catégorie admissible;
- La date à laquelle il est mis fin à la catégorie du membre;
- La date à laquelle le membre devient membre à temps plein des forces armées d'un pays;
- La date à laquelle le membre omet de verser les cotisations;
- Lorsque la date à laquelle la prime est due coïncide avec ou suit immédiatement la date à laquelle le membre atteint l'âge limite indiqué au *Sommaire des garanties*;
- La date à laquelle la police prend fin;
- La date à laquelle le membre commence à travailler pour un employeur non syndiqué ou non participant.

La couverture de la personne à charge prendra fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle la couverture du membre cesse;
- La date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge admissible;
- La date à laquelle la couverture de personne à charge en vertu de la police cesse;
- La date à laquelle les cotisations cessent d'être versées pour la couverture des personnes à charge après votre décès (voir *1.16.5 Garanties de soins de santé complémentaires et de soins dentaires des personnes à charge après votre décès* ci-dessous pour plus de détails);
- La date à laquelle le membre est en chômage depuis plus de 36 mois consécutifs.

1.14 Fin de la couverture par suite de la cessation de la participation au régime de retraite

Si vous choisissez de mettre fin à votre participation au Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa pour un motif autre qu'une espérance de vie écourtée, le transfert de vos actifs en dehors du régime alors que vous êtes toujours couvert fera en sorte que votre couverture sera résiliée le premier jour du deuxième mois suivant la date de règlement de votre compte de retraite. Tout solde d'heures dans votre compte sera perdu.

Si vous optez pour le transfert permanent de vos actifs de retraite en vertu d'un accord réciproque, mais que vous ne faites pas de même pour votre solde de compte au titre du régime d'avantages sociaux, il vous sera encore permis de cotiser à ce régime.

1.15 Remise en vigueur de la couverture

Si vos prestations ont pris fin parce que vous ne comptiez pas suffisamment d'heures dans votre banque et que vous n'avez pas participé au programme de paiement direct, votre couverture sera remise en vigueur lorsque vous aurez accumulé 225 heures dans un délai de 12 mois. La couverture entre en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la date où votre banque totalise 225 heures, pourvu que vous soyez au travail ou admissible à reprendre le travail, et un membre en règle du syndicat.

Si votre couverture a été suspendue en même temps que votre qualité de membre du syndicat, la couverture sera remise en vigueur à la date de réintégration à votre syndicat.

1.16 Prolongation de la couverture

1.16.1 Durant une période d'absence du travail

Si vous êtes absent du travail en raison :

- d'une maladie ou d'une blessure, votre couverture peut être prolongée jusqu'à la première des dates précisées à la section *Fin de la couverture*;
- d'une mise à pied temporaire :
 - (i) votre assurance vie et l'assurance vie des personnes à charge seront maintenues pour une période maximale de 36 mois débutant le premier jour du deuxième mois suivant le mois de votre mise à pied, à la condition que la prime soit versée; cependant, après 24 mois d'une mise à pied temporaire, la couverture d'assurance vie sera réduite à 7 500 \$;
 - (ii) votre ADMA et l'assurance ILD seront maintenues pour une période maximale de 24 mois débutant le premier jour du deuxième mois suivant le mois de votre mise à pied temporaire, à la condition que les primes soient versées;
 - (iii) les garanties soins de santé complémentaire et soins dentaires seront maintenues pendant un maximum de 36 mois débutant le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel vous avez été mis à pied, à la condition que les primes soient versées. Si le nombre d'heures dans votre compte est suffisant pour maintenir la couverture au-delà des 36 mois, la couverture pourra être maintenue jusqu'au premier jour du deuxième mois suivant l'épuisement de votre compte de banque d'heures.

Si vous êtes mis à pied après être devenu admissible à la couverture, que vous retournez au travail pendant au moins 36 heures dans le mois, et que vous êtes par la suite mis à pied, votre couverture peut se poursuivre pendant 36 autres mois de chômage additionnels commençant le premier jour du deuxième mois suivant le mois au cours duquel vous avez été mis à pied, pourvu que les primes aient été versées.

1.16.2 À la suite de la retraite

Si vous prenez votre retraite et que vous touchez une pension du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa, toutes les prestations en vigueur au moment de votre retraite peuvent être maintenues jusqu'à la première des dates précisées dans la section 1.13 *Fin de la couverture* ci-dessus, pourvu que la prime requise ait été versée et que vous répondiez aux critères d'admissibilité décrits ci-dessous.

Les primes requises varient selon votre classification immédiatement avant la date d'effet de votre retraite du Régime de retraite de l'Industrie électrique d'Ottawa.

En tant que propriétaire d'une entreprise reconnue comme employeur participant, comme entrepreneur ou comme l'un de ses employés administratifs, vous êtes tenu de verser la prime complète de votre programme d'avantages sociaux de retraité.

Il faut également que vous comptiez 10 ans de participation au régime d'avantages sociaux pour être admissible à la couverture à la suite de la retraite.

Comme employé rémunéré à l'heure ou employé du syndicat, vous êtes tenu également de verser la prime complète de votre programme d'avantages sociaux de retraite. Vous pourrez alors être admissible en qualité de retraité si vous répondez aux critères d'admissibilité suivants :

- vous comptez au moins 225 heures de participation au régime d'avantages sociaux au cours de chacune des 10 années précédant immédiatement votre date de départ effective à la retraite.
- dans l'éventualité où vous n'avez pas réussi à accumuler 225 heures dans votre compte au cours de l'une de ces 10 années précédant votre date effective de retraite, vous pouvez tout de même être admissible à la participation si :
 - (i) étiez invalide et touchiez des prestations d'invalidité de longue durée, une indemnité d'une commission des accidents du travail ou si l'on avait approuvé une exonération des primes d'assurance vie pour les années en question; ou
 - (ii) le gérant d'affaires de la section 586 de la FIOE confirme que, d'après les registres du syndicat, vous aviez démontré que vous étiez disposé à travailler en :
 - a) étant membre en règle de la section 586 de la FIOE, selon la constitution; et
 - b) ayant signé le livre au local du syndicat confirmant que vous étiez disposé à travailler selon les procédures de répartition; et
 - c) acceptant un emploi quand l'occasion s'est présentée dans les six mois de votre date de mise en disponibilité. Si l'emploi équivalait à moins de 225 heures, vous deviez avoir été disponible pour occuper l'emploi suivant à la date de mise en disponibilité.

Si vous ne répondez pas aux critères d'admissibilité indiqués ci-dessus, mais que vous étiez membre en règle du syndicat de la section 586 de la FIOE au cours des 10 années précédant immédiatement la date de votre retraite, vous pouvez puiser dans votre solde de compte de banque d'heures, le cas échéant, ou régler directement les primes pour prolonger vos avantages jusque dans votre période de retraite, à la condition que vous régliez la prime totale de votre programme d'avantages sociaux de retraite.

Vous devrez remplir un formulaire de choix du membre confirmant votre départ à la retraite et votre classification au moment de votre départ à la retraite.

1.16.3 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 nécessaires en vue de maintenir votre couverture 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 par vous de la CSPAAT. Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime.

1.16.4 Si vous êtes atteint d'une invalidité totale et permanente

Si vous devenez invalide de façon totale et permanente, selon les définitions des sections sur l'assurance vie et l'invalidité de longue durée de ce livret, votre couverture en vertu du régime sera maintenue pourvu que les primes soient payées, sous réserve des conditions suivantes :

- L'assureur a accepté votre demande de renonciation à la prime; ou
- L'assureur a accepté votre admissibilité aux prestations d'invalidité de longue durée; ou
- Vous touchez des prestations de la CSPAAT depuis plus de 12 mois.

1.16.5 Après le décès

À votre décès, votre conjoint survivant et vos personnes à charge admissibles pourront utiliser le solde de votre compte pour prolonger la couverture, jusqu'à ce que le compte soit épuisé. Le programme de paiement direct n'est pas offert au conjoint survivant; toutefois, la réserve générale du fonds en fiducie assumera la prime applicable pour faire en sorte d'offrir une couverture minimale de six mois à compter de la date de votre décès. Le remboursement du solde d'un compte de banque d'heures n'est pas permis.

1.17 Remise en vigueur des avantages sociaux/maximums applicables

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 1^{er} janvier sont reportés à la fin de l'année civile.

1.18 Solde du compte de banque d'heures en excédent de deux années 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 1 000 \$. Un formulaire de déclaration et de sélection sera envoyé avant la fin de l'année avec confirmation du solde admissible au transfert dans le CGS. Un solde excédentaire admissible s'entend de tout montant en excédant du montant requis pour assurer 24 mois de couverture en vertu du Régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ par année civile (750 \$ par année avant 2024).

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.

L'option du 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, sera versé dans la réserve générale du Fonds en fiducie du régime d'avantages sociaux de l'Industrie électrique d'Ottawa. 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.

1.19 Programme de paiement direct

Si vous êtes sans emploi et que vous n'avez pas accumulé suffisamment d'heures dans votre compte de banque d'heures pour maintenir votre couverture, vous pouvez choisir de la maintenir en cotisant directement à votre régime pendant un maximum de 36 mois suivant une mise à pied. Vous devez maintenir votre statut de membre en règle du syndicat pour participer. Certains avantages prendront fin ou seront réduits avant la fin de la période de 36 mois, conformément aux autres dispositions énoncées dans ce livret.

1.20 Paiements préautorisés

Au lieu d'envoyer vos paiements chaque mois ou de fournir une série de chèques postdatés pour régler les primes des avantages sociaux des retraités, nous vous encourageons à vous inscrire au programme de paiements préautorisés (PPA). Ce programme permet à l'administrateur du régime de débiter le compte bancaire de votre choix le premier de chaque mois. Vous n'avez qu'à remplir le formulaire d'autorisation et à le remettre à l'administrateur du régime, accompagné d'un chèque portant la mention « annulé ».

1.21 Programme de subventions pour les membres en chômage

En qualité de membre en règle du syndicat, vous pouvez être admissible à une subvention mensuelle si vous êtes chômeur et que vous répondez aux critères suivants :

- vous avez signé le livre au local du syndicat confirmant que vous étiez disposé à travailler selon les procédures de répartition; et
- votre couverture est en vigueur, mais votre compte de banque d'heures est épuisé et contient moins d'un mois de primes; et
- vous avez obtenu la signature du gérant d'affaires sur le formulaire *Demande mensuelle – Programme de subventions* et l'avez soumise à l'administrateur du régime accompagnée de votre versement, comme il est précisé.

Si, dans les six mois de la date de votre mise en disponibilité, vous refusez d'accepter un emploi lorsque l'occasion se présente, vous ne serez plus admissible au programme de subventions et devrez assumer la totalité de la prime pour maintenir la couverture. Pour être admissible au programme dans le cas où l'emploi équivalait à moins de 225 heures, vous deviez avoir été disponible pour occuper l'emploi suivant à la date de mise en disponibilité.

1.22 Programme de réduction des primes pour les membres à faible revenu

La réduction des primes est offerte aux membres retraités/invalides de l'Industrie électrique d'Ottawa qui répondent aux critères suivants :

- le revenu brut de la famille n'excède pas le niveau national du seuil de pauvreté, plus 20 %;
- vous avez rempli une demande à cet effet et y avez joint une copie de votre avis d'imposition de l'année précédente (et celui de votre conjoint, le cas échéant);
- vous n'avez pas transféré vos actifs en dehors du Fonds en fiducie du régime de retraite de l'IÉO;
- vous êtes admissible aux prestations des retraités du régime d'avantages sociaux de l'IÉO;
- vous avez épuisé le solde de votre compte de banque d'heures; et
- vous n'êtes pas couvert en vertu du régime d'avantages sociaux de votre conjoint.

Le seuil de pauvreté est défini par la division de la statistique du revenu de Statistique Canada pour une ville de l'envergure de celle d'Ottawa.

Le revenu brut total est la combinaison du revenu de toutes sources d'un membre retraité ou invalide et de celui de son conjoint (le cas échéant) incluant : tout revenu de retraite, RPC/RRQ et pension de vieillesse, prestations d'invalidité, et toutes autres sources de revenu, mais excluant le revenu payable à ou au nom d'une personne à charge.

1.23 Coordination des prestations

Lorsque le versement des prestations prévues au nom du régime est disponible pour une personne en vertu de n'importe quel autre contrat, police ou régime d'assurance payé d'avance, les prestations sont coordonnées et le montant payable selon les présentes est réparti au prorata et limité dans la mesure où le montant total disponible pour toutes les couvertures ne doit pas dépasser 100 % des frais admissibles.

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 des demandes pour soins dentaires.

1.24 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 paiement des prestations se détermine de la façon suivante :

- si un autre régime ne comprend pas la coordination des prestations, les prestations d'un tel régime seront payées avant l'application des prestations du présent régime;
- si un autre régime comprend la coordination des prestations, ses prestations sont coordonnées avec les prestations du présent régime comme suit :

La priorité sera donnée au régime pour lequel la personne est admissible à recevoir des prestations dans l'ordre suivant :

- (i) 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;
 - (ii) 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
 - (iii) 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;
- en cas de séparation ou de divorce :
 - (i) le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - (ii) le régime du conjoint partenaire du parent ayant la garde de l'enfant;
 - (iii) le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant; ou
 - (iv) le régime du conjoint partenaire n'ayant pas la garde de l'enfant.
 - si la personne est couverte par un autre régime, la priorité s'établira comme suit :
 - (i) le régime en vertu duquel l'employé est un membre actif à temps plein;
 - (ii) le régime en vertu duquel l'employé est un membre actif à temps partiel; ou
 - (iii) le régime en vertu duquel l'employé est un retraité.

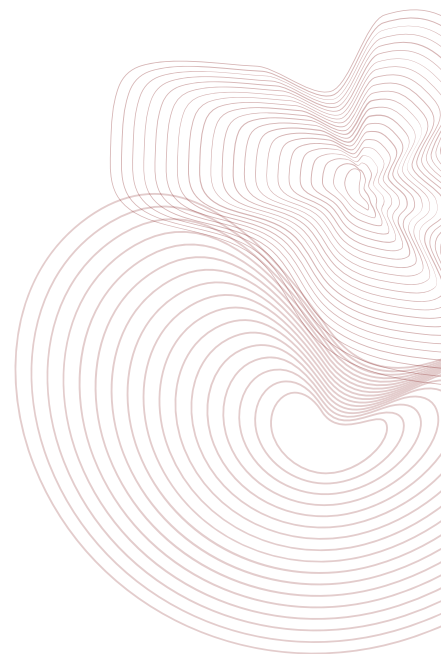
Si l'on ne peut établir la priorité de la façon indiquée ci-dessus, les prestations seront établies au prorata parmi les régimes en proportion des sommes qui auraient été versées en vertu de chaque régime, si seul un régime avait été en vigueur.

1.25 Imposition

Toutes les primes d'assurance vie temporaire 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.

1.26 Couverture à l'étranger

Priority shall be attributed to the plan under which the person is eligible to receive the benefits in
Le régime limite la couverture au Canada exclusivement. Si vous voyagez à l'étranger, il est
recommandé que vous souscriviez une couverture médicale indépendante à l'étranger.



2. Soins de santé complémentaires

2.1 Paiement des prestations

Si vous ou les personnes à votre charge engagez des frais admissibles pour des soins et des fournitures médicalement nécessaires, le régime verse une prestation sous réserve des maximums et des exclusions. Le montant remboursé est calculé selon le montant précisé au *Sommaire des garanties*, une fois la franchise annuelle déduite. Toutes les fournitures et tous les soins couverts doivent être considérés comme raisonnables et acceptables par la profession médicale canadienne, et jugés efficaces dans une forme, une intensité, une fréquence et une durée essentielles au diagnostic et au traitement de la maladie ou de la blessure. Certains médicaments peuvent nécessiter une autorisation de l'administrateur du régime.

2.2 Carte-médicaments à paiement direct

Les médicaments d'ordonnance sont immédiatement remboursés lorsque vous utilisez la carte-médicaments à paiement direct fournie par TELUS Santé et Ellement.

Grâce à la carte-médicaments à paiement direct, vos demandes de règlement pour médicaments d'ordonnance sont traitées à la pharmacie de votre choix pendant que vous attendez. Il n'y a aucun formulaire à remplir. Présentez simplement la carte à votre pharmacien au moment de régler l'achat d'un médicament d'ordonnance. Votre remboursement sera traité immédiatement. La carte-médicaments à paiement direct ne couvre que le coût des médicaments d'ordonnance.

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 TELUS Santé coordonne les prestations en qualité de second payeur pour le remboursement des achats de médicaments d'ordonnance, l'entreprise limitera le remboursement au montant des frais raisonnables et usuels.

Tous les membres recevront des cartes-médicaments à paiement direct par la poste. Veuillez noter que seul le nom de la personne assurée apparaît sur la carte.

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

2.3 Accident du travail/frais afférents

Pour les accidents du travail, les frais admissibles au remboursement en vertu de la couverture de la CSPAAT seront remboursés au régime lorsqu'ils seront récupérés de cette dernière.

2.4 Frais admissibles

Le régime rembourse les soins et les fournitures ci-après, à la condition qu'ils ne soient pas couverts par le régime provincial d'assurance maladie, jusqu'aux maximums indiqués au *Sommaire des garanties*.

2.4.1 Médicaments d'ordonnance et préparations pharmaceutiques

- Les médicaments, les sérums, les vaccins et les préparations injectables qui nécessitent une ordonnance avec un numéro d'identification d'un médicament (DIN/NIM) valide, lorsqu'ils sont prescrits par un professionnel de la santé ou un dentiste agréé et dispensés par un pharmacien, un dentiste ou un médecin.
- Les médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas couverts.
- 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.
- Les produits et médicaments antitabagiques, y compris les médicaments sur ordonnance, les produits de remplacement de la nicotine en vente libre et les thérapies antitabagiques (y compris l'hypnose, le laser, etc.), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Pour les produits de remplacement de la nicotine en vente libre, un reçu officiel de la pharmacie indiquant le nom du patient, la date du service, l'article acheté et le montant payé est requis.
- Les traitements et médicaments liés à la fertilité, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- 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 contraceptifs oraux.
- Les injections sclérosantes utilisées dans le traitement des varices, lorsque le traitement est principalement à des fins thérapeutiques et non à des fins cosmétiques, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments contre la dysfonction sexuelle, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Les médicaments pour la perte de poids, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Le Botox® est couvert s'il est prescrit pour des motifs autres qu'esthétiques.
- Les produits de viscosupplémentation, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- La franchise du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) pour les personnes âgées et le copaiement des prescriptions sont remboursés.
- Appareils et fournitures pour diabétiques, tels que :
 - les aiguilles, seringues, bandelettes réactives et lancettes pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'alcool et de l'alcool à friction), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
 - glucomètre/réflexomètre, moniteur flash FreeStyle Libre, ou un récepteur de glucomètre continu, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties (Consultez la section « Fournitures médicales »)* ;
 - les capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

2.4.2 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, alors que 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.

2.4.3 Soins dentaires dus à un coup accidentel à la bouche

Soins dentaires pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles résultant directement d'un coup accidentel porté à la bouche. Les dommages doivent être causés par un coup direct porté à la bouche et non par un objet placé volontairement ou non dans la bouche. L'accident doit être survenu après la date d'entrée en vigueur du régime et la couverture doit être toujours en vigueur au moment de la prestation des soins.

Les soins doivent être terminés dans les 6 mois suivant la date de l'accident.

Le remboursement sera basé sur le montant de l'intervention la moins coûteuse offrant un résultat professionnel adéquat, conformément au Guide des tarifs des actes buccodentaires de l'Association dentaire présenté dans le Sommaire des garanties, avec un taux de remboursement de 100 %.

Pour les soins dentaires non liés à un coup accidentel à la bouche, voir 3. *Garantie de soins dentaires* ci-dessous.

2.4.4 Ambulance

Les frais pour le transport d'urgence par une ambulance terrestre ou une ambulance aérienne autorisée vers l'hôpital le plus proche où pourra être administré le traitement approprié.

2.4.5 Fournitures médicales

Les frais pour les fournitures suivantes sont couverts lorsqu'ils sont fournis sur recommandation ou avec l'approbation du médecin traitant ou, si la loi le permet, par l'ostéopathe ou le podiatre traitant. Tout équipement approuvé sera remboursé en fonction de la date à laquelle le prix de l'article a été payé au complet.

Il est fortement recommandé de soumettre une estimation avec tous les documents médicaux à l'appui avant d'engager de l'équipement médical entraînant des implications substantielles de coût :

- appareils et fournitures pour diabétiques, tels que :
 - les aiguilles, seringues, bandelettes réactives et lancettes pour diabétiques (à l'exclusion des tampons d'alcool et de l'alcool à friction), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties (Consultez la section « Médicaments d'ordonnance »)* ;
 - fournitures pour pompes à insuline, remboursables à la suite de l'épuisement de la subvention provinciale ;
 - Les capteurs FreeStyle Libre et les émetteurs et capteurs de glucose en continu, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties (Consultez la section « Médicaments d'ordonnance »)* ;

- glucomètre/réflexomètre; ou moniteur flash FreeStyle Libre; ou un récepteur de glucomètre continu, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- aides à la mobilité : les aides à la mobilité, tels que des cannes, des béquilles, des marchettes : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- fauteuil roulant :
 - un fauteuil roulant (électriques) et ses réparations, lorsqu'ils sont requis à cause d'une maladie ;
 - un fauteuil roulant (type standard) et ses réparations : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- certaines prothèses, à savoir :
 - une prothèse mammaire (externe) requise à la suite d'une mastectomie et les soutien-gorge chirurgical, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
 - les membres artificiels (type standard) ;
 - les yeux artificiels, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- prothèses auditives : prothèse auditive, incluant sa réparation et son entretien, les piles ou chargeur, moule de prothèse auditive et tests auditifs, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Preuve de refus des demandes de la WSIB sera requis pour un remboursement en vertu du régime ;
- poumons d'acier ;
- bas de soutien : les bas de soutien, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- chaussures orthopédiques : les chaussures orthopédiques (sur mesure) pour le traitement de problèmes inhabituels, de malformation congénitale ou post-traumatique, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- manchette cryogénique, tel que les produits Cryo/Cuff
- dossier ObusForme® : *achat*, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- orthèses : les orthèses ou soutien plantaire (sur mesure), s'ils sont prescrits à des fins médicales, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- supports :
 - les appareils orthopédiques (à l'exclusion des supports lombaires), ceintures herniaires, plâtres, attelles (à l'exclusion des attelles dentaires), collet cervical : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat. Les appareils orthopédiques doivent être fabriqués avec des matériaux rigides ou semi-rigides, nécessaires aux activités normales de la vie quotidienne, et non seulement pour les activités sportives ;
 - les manches (y compris les manches Jobst) pour le lymphœdème après une mastectomie, vêtements pour brûlures (y compris les vêtements pour brûlures Jobst), les bonnets de moignon, les harnais d'épaule, les licols de tête ;

- lit d'hôpital : lit d'hôpital (type standard, avec ou sans matelas), et incluent des ridelles pour lit d'hôpital : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat. Appareils de traction lorsqu'ils font partie d'un lit d'hôpital ;
- appareil de mouvement passif continu (CPM) : *location*, lorsque nécessaire à la suite d'une chirurgie ;
- respirateur : respirateur/ventilateur (type standard), oxygène et son administration, et moniteurs d'apnée : *location ou achat*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- appareils respiratoires : les appareils respiratoires à pression positive intermittente, les appareils pour thérapie par aérosols, les tentes à inhalation et les nébuliseurs pour la fibrose kystique, l'emphysème aigu, la bronchite obstructive chronique ou l'asthme chronique ;
- le moniteur d'apnée du sommeil pour les dysrythmies respiratoires ;
- le coût du sérum pour les tests d'allergie ;
- stimulateurs : les stimulateurs de consolidation de fractures ;
- TENS : un neurostimulateur transcutané (TENS) : *location ou achat*, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Le remboursement des frais de location ne dépassera pas le prix d'achat ;
- ostomie : les frais engagés à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie et les frais des produits pour l'incontinence, remboursables à la suite de l'épuisement de la subvention provinciale ;
- isotopes radioactifs : le radium ou le cobalt ou les isotopes radioactifs, les analyses diagnostiques de laboratoire et les rayons X ;
- les dispositifs intra-utérins, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- les fournitures chirurgicales ;
- le sang ou le plasma sanguin ;
- un foyer ou une clinique de soins infirmiers pour l'hébergement et les soins infirmiers habituellement fournis dans un foyer de soins infirmiers autorisé pour les soins de convalescence ou les soins de maladies chroniques (sauf les soins en lieu surveillé), jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* ;
- les perruques pour les patients ayant subi un traitement de chimiothérapie, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*. Les perruques pour toutes les autres conditions médicales ne sont pas couvertes ;
- le traitement hors de la province n'est pas couvert.

2.4.6 Soins infirmiers

Soins d'une infirmière particulière autorisée inscrite auprès de l'organisme local approprié et qui ne réside pas dans votre maison, n'est pas un membre de votre famille, n'a aucun lien de parenté avec vous et ne réside pas normalement dans votre résidence pour la période précisée par le médecin traitant.

Si une infirmière autorisée n'est pas disponible, les services médicalement nécessaires dispensés par une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière praticienne autorisée seront admissibles, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Remarque : L'administrateur du régime doit approuver ces demandes avant le début des soins infirmiers.

2.4.7 Services paramédicaux

Soins professionnels des praticiens autorisés, diplômés et certifiés (qui œuvrent dans leur domaine reconnu dans la province où ils y sont autorisés et ne soignent pas un membre de leur famille immédiate), jusqu'aux maximums précisés dans le *Sommaire des garanties*. Notez que seuls les frais raisonnables et usuels par visite seront remboursés. Tous les reçus doivent clairement indiquer le nom de ceux qui ont pris part aux séances.

Le remboursement est calculé en fonction des dates où les services sont rendus. Si vous décidez de vous prévaloir d'un paiement en bloc ou d'un programme de paiement annuel pour ces services, le remboursement sera effectué à la fin de la période du contrat, après avoir soumis tous les reçus et une copie du contrat.

2.4.8 Centre de désintoxication

Si vous êtes admis dans un centre de désintoxication provincial approuvé, le régime assume les frais usuels et habituels jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*, pourvu que le traitement soit approuvé à l'avance par l'administrateur du régime.

2.4.9 Soins de la vue

Les dépenses pour soins de la vue sont admissibles lorsque ces soins sont recommandés par un médecin (y compris un ophtalmologiste) ou un optométriste.

Le remboursement d'un examen de la vision est basé sur la date de l'examen. Le remboursement des lunettes ou lentilles cornéennes admissibles est basé sur la date à laquelle l'article a été entièrement payé.

2.4.9.1 Verres correcteurs, lentilles cornéennes correcteurs, et la chirurgie oculaire au laser

Le régime couvre le coût de lunettes de prescription (y compris les lunettes réguliers, les lunettes de sécurité et les lunettes de soleil), de lentilles cornéennes de prescription, ou encore d'une chirurgie au laser, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Le coût d'une chirurgie au laser peut être amorti sur plusieurs années.

2.4.9.2 Examens de la vision

Examens de la vision, incluant la réfraction oculaire, et la tomographie en cohérence optique jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Un examen oculaire d'urgence est remboursé jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

Les honoraires pour le diagnostic d'une condition de l'oeil, lorsque ceux-ci ne sont pas couverts par la province, jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.

2.4.9.3 Entraînement visuel

Entraînement visuel effectué par un optométriste autorisé.

3. Soins dentaires

Si, alors que vous êtes assuré, vous ou vos personnes à charge engagez des frais admissibles pour des soins dentaires, le régime les remboursera sous réserve des maximums applicables. Le montant payable sera déterminé en fonction du pourcentage indiqué au *Sommaire des garanties*.

Le remboursement est basé sur les guides des tarifs des associations dentaires indiquées au *Sommaire des garanties*.

Les soins dentaires sont admissibles s'ils sont donnés par un dentiste, un denturologiste ou un hygiéniste dentaire indépendant dûment autorisé par la loi.

Pour obtenir des renseignements sur les soins dentaires liés à une blessure accidentelle aux dents naturelles, voir 3.4.3 *Frais dentaires dus à un coup accidentel à la bouche* ci-dessus.

3.1 Prédétermination des prestations

Lorsqu'un plan de traitement coûte 500 \$ ou plus et implique l'utilisation de couronnes, d'incrustations en profondeur et de surface, de ponts, de prothèses dentaires, d'implants ou de soins d'orthodontie, il est recommandé que l'assuré obtienne une estimation écrite préparée par le dentiste, incluant les procédures, les frais détaillés et les radiographies. Le plan de traitement doit être soumis à l'administrateur du régime avant le début des traitements. Ce dernier évaluera le plan et informera l'assuré du montant des prestations payables.

3.2 Disposition d'indemnisation de remplacement

Dans certains cas, un autre traitement peut être disponible. C'est à vous et à votre dentiste qu'il revient de décider quelle méthode sera employée. Comme fondement pour établir sa responsabilité en vertu du régime d'avantages sociaux, l'administrateur du régime se réserve le droit de rembourser le traitement le moins onéreux susceptible de produire un résultat professionnel approprié.

Cette disposition ne s'applique pas aux dispositions, services ou dispositifs exclus. Seuls les traitements énumérés sont admissibles.

3.3 Services de base

Les services suivants seront admissibles au paiement. Consultez le *Sommaire des garanties* pour connaître les limites pertinentes :

- Examen de rappel.
- Radiographie interproximale.
- Polissage.
- Instructions d'hygiène buccale.
- Traitement au fluorure.
- Examen buccodentaire complet.
- Série complète de radiographies ou radiographie panoramique.
- Alvéolectomie simple (incision dans l'alvéole dentaire) lors d'une ablation.
- Extraction chirurgicale d'une dent, y compris l'extraction des dents touchées.
- Extraction chirurgicale d'une tumeur, d'un kyste, d'un néoplasme et incision et drainage d'un abcès.

- Obturations en amalgame, en silicate, en résine acrylique
- Incrustation sans recouvrement ou incrustation avec recouvrement d'une ou deux surfaces dentaires (pour trois surfaces dentaires ou plus, voir 3.4 *Restaurations majeures* ci-dessous).
- Scellant de puits et de fissures pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.
- Détartrage thérapeutique.
- Surfaçage radiculaire.
- Mainteneurs d'espace pour les dents primaires manquantes.
- Appareils pour contrôler le bruxisme et dispositifs servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Radiographies diagnostiques et analyses de laboratoire nécessaires à la chirurgie dentaire.
- Anesthésie requise pour un traitement dentaire admissible.
- Consultations demandées par le dentiste traitant.
- Regarnissage, rebasage, l'ajustement ou la réparation d'une prothèse dentaire existante.
- Services endodontiques (soins de base nécessaires à une pulpotomie ou à un traitement de canal) et blanchiment des dents dévitalisées.
- Services de la parodontite (soins de base nécessaires au traitement des maladies des gencives).
- L'équilibration occlusale est limitée aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Antibiotiques injectés sur l'ordonnance d'un dentiste.

3.4 Restaurations majeures

Les services suivants seront admissibles au paiement. Consultez le *Sommaire des garanties* pour connaître les limites pertinentes:

- Incrustation sans recouvrement ou incrustation avec recouvrement lorsque trois surfaces dentaires ou plus sont touchées si les matériaux existants ne peuvent être restaurés, et jusqu'aux maximums précisés au *Sommaire des garanties* (pour une ou deux surfaces dentaires, voir 3.3 *Soins de base* ci-dessus)
- Couronnes, y compris en or ou en porcelaine lorsqu'un substitut ne peut être utilisé.
- Première prothèse amovible ou premier pont, une fois que la couverture est en place pendant au moins 12 mois.
- Les implants dentaires et soins connexes.
- Les services et fournitures offerts dans le cadre d'une reconstruction buccale complète, d'une correction de la dimension verticale ou d'une correction du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire sont limités aux maximums précisés au *Sommaire des garanties*.
- Réparation d'un pont, d'une couronne, d'une incrustation en profondeur et de surface ou d'une facette prothétique.
- Remplacement d'un pont, d'une couronne, d'une incrustation en profondeur et de surface, d'une facette prothétique ou d'une prothèse amovible dans les cas suivants :
 - i) lorsque la prothèse existante date d'au moins cinq ans et ne peut plus servir;
 - ii) lorsque la prothèse existante a été mise en place temporairement et est remplacée par une prothèse permanente dans les 12 mois suivant la mise en place de la prothèse temporaire.

3.5 Soins orthodontiques

Tous les soins nécessaires ayant pour objectif principal de corriger la malocclusion des dents.

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.

4. Exclusions générales

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- Une maladie ou une blessure auto-infligée, peu importe l'état mental de la personne.
- 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 d'un médecin ou d'un dentiste pour le déplacement, les rendez-vous non respectés, le transport, l'hébergement et les conseils donnés 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.
- Une blessure découlant directement ou indirectement d'une insurrection, d'une guerre, du service au sein des forces armées de n'importe quel pays ou de la participation à une émeute.
- 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 requis pour satisfaire aux exigences d'un tiers.
- Les voyages pour des raisons de santé.
- Des traitements dentaires reçus du service dentaire ou médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.
- 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 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.
- La marijuana à des fins thérapeutiques, sous quelque forme que ce soit.
- Les dépenses requises pour les loisirs ou les sports.
- Les services ou fournitures reçus durant une période de séjour hospitalier qui a commencé avant l'entrée en vigueur de l'assurance.
- Les frais de transport et de livraison.
- Les frais hospitaliers, sauf les frais en centre de désintoxication et établissement de soins infirmiers, comme le précise le régime.
- L'équipement de protection personnelle.
- Les services non énumérés comme des dépenses couvertes.
- Diaphragme
- Pompe tire-lait

5. Prestation de Deuil

Date d'entrée en vigueur

La prestation de deuil sera versée à partir du 1^{er} mai 2025.

Définitions

Voici les définitions utilisées pour les besoins de la prestation de deuil :

Enfant ou petit-enfant : enfant ou petit-enfant naturel du membre ou légalement adopté par lui, ou bel-enfant ou autre enfant qui est à la charge du membre et qui vit avec lui dans une relation parent-enfant régulière.

Parent ou grand-parent : parent ou grand-parent naturel ou légalement adoptif du membre.

Beau-parent ou beau-grand-parent : parent ou grand-parent du conjoint du membre.

Soeur ou frère : **soeur ou frère naturel ou légalement adopté, demi-soeur**, demi-frère ou autre personne partageant un parent commun avec le membre.

Belle-soeur ou beau-frère : frère ou soeur du conjoint, y compris la belle-fille ou le beau-fils.

Conjoint : une personne avec laquelle le membre est légalement marié ou un conjoint de fait, y compris un partenaire de même sexe, avec lequel le membre a cohabité pendant au moins 12 mois et qui est publiquement reconnu comme son conjoint ou partenaire.

Montant de la prestation

La prestation de deuil est payable jusqu'à concurrence de 400 \$ par jour¹, pour un maximum de deux jours de perte de salaire à la suite du décès d'un enfant, d'un petit-enfant, d'un parent, d'un grand-parent, d'un beau-parent, d'un frère, d'une soeur, d'un beau-frère, d'une belle-soeur ou d'un conjoint, tel que défini ci-dessus.

¹ Remarque : Les membres dont le salaire est inférieur au taux de base d'un compagnon du secteur industriel, commercial et institutionnel recevront une prestation quotidienne calculée au prorata.

Éligibilité

La prestation de deuil est versée uniquement au membre qui :

- était employé par un employeur participant au moment de la période de congé de deuil et qui n'a pas été remboursé pour les jours d'absence confirmés par son employeur;
- a rempli le formulaire de demande de prestation de deuil, disponible auprès de la section locale 586 de la FIOE ou d'Ellement Consulting Group LP;
- présente un certificat de décès ou une déclaration de décès fourni par le directeur des pompes funèbres;
- obtient une lettre de son employeur confirmant son absence du travail en raison d'un deuil pendant les jours indiqués et attestant qu'il n'a pas été remboursé par ce dernier pour ces journées d'absence.

6. Programme d'aide aux membres (PAM)

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.

7. Soumission d'une demande des prestations de soins de santé, de soins dentaires et de soins CGS.

7.1 Renseignements généraux

Pour avoir droit à un remboursement, Ellement doit recevoir une preuve de dépenses dans les 12 mois suivant la date de l'achat ou du service. Si votre couverture prend fin, vous avez 90 jours après la date de résiliation pour présenter une demande de remboursement.

Aucun intérêt ne sera versé sur les remboursements dans le cadre de ce régime.

Tous les frais engagés et payés par vous seront réputés avoir été engagés et payés en dollars canadiens et les remboursements seront effectués en dollars canadiens.

Les remboursements seront effectués pour des frais engagés et payés par vous pour les soins, les substances et les appareils admissibles énumérés dans les dispositions de cette police et conformément à ces dernières, à la condition que de tels frais :

- i) soient engagés et payés pour des soins, des substances et des appareils prescrits par un médecin et fournis sous sa direction, sous réserve des conditions de cette entente; et
- ii) de l'avis de l'administrateur du régime, sont raisonnables et habituels dans la région où ils sont rendus ou fournis.

Aucun remboursement ne sera effectué pour des frais admissibles si les primes n'ont pas été payées pour les mois au cours desquels les soins, les substances ou les appareils ont été fournis.

7.1.1 Coordination des prestations

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

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

7.2 Options de présentation des demandes

7.2.1 Application d'assurance collective d'Ellement ou portail de réclamations

Vous pouvez soumettre tous les types de demandes de règlement par l'intermédiaire de l'application d'assurance collective d'Ellement ou du portail de réclamations. Avant de soumettre votre première demande de règlement, vous devrez vous inscrire à l'application d'assurance collective Ellement ou au portail des demandes de règlement en utilisant votre numéro de groupe et votre numéro de certificat qui se trouvent sur votre carte d'avantages sociaux. Vous pouvez télécharger l'application et configurer votre compte directement à partir de l'App Store ou de Google Play en recherchant « Ellement Group Benefits » ou scannez ce code QR.



7.2.2 Soumission manuelle des demandes de règlement (courriel, par la poste ou en mains propres)

Si vous préférez soumettre des demandes de remboursement manuellement, Ellement a besoin d'un formulaire de réclamation dûment rempli et signé.

Pour tous les frais autres que dentaires, nous avons besoin du Formulaire de demande de règlement pour soins médicaux fourni par Ellement.

Pour les demandes de règlement dentaires, nous avons besoin du formulaire de Demande de règlement pour soins dentaires standard fourni par votre fournisseur de soins dentaires. Si votre fournisseur de soins dentaires ne fournit pas ce formulaire, nous pouvons vous fournir un formulaire de Demande de règlement pour soins dentaires à apporter à votre rendez-vous pour que votre dentiste le remplisse.

Les formulaires de règlement de demande sont disponibles sur le site web du régime d'avantages sociaux (www.eiobenefits.ca/fr-ca) ou peuvent être demandés en communiquant avec Ellement.

Les demandes de règlement peuvent être soumises par courriel, par la poste ou en les déposant en personne à notre bureau (voir 8. *Contactez-nous* ci-dessous pour plus de détails).

Ellement offre un service pratique de soumission des demandes de règlement pour soins de santé et soins dentaires. Les membres peuvent soumettre les formulaires de demande et les reçus originaux en personne :

Lundi au vendredi : pendant les heures normales d'ouverture

Pour plus de commodité, une boîte de dépôt sécurisée est située à côté des portes d'entrée du bâtiment pour les dépôts en dehors des heures d'ouverture. Les réclamations déposées seront traitées dans un délai de deux à cinq (2-5) jours ouvrables.

Soumettez vos demandes à :

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

7.2.3 Soumissions de facturation directe

7.2.3.1 Fournisseurs de soins de santé complémentaires

Votre fournisseur de services peut également soumettre des demandes de règlement en votre nom, ce qui vous aide à réduire vos dépenses personnelles. TELUS Santé offre un service de demandes de règlement électronique, qui permet aux fournisseurs comme les chiropraticiens et les optométristes de facturer directement leurs services. Vous n'avez donc pas à remplir de formulaires de remboursement.

Pour savoir si votre professionnel utilise déjà le service de demandes de règlement électronique ou pour trouver un fournisseur de services qui le fait dans votre région, visitez le site <https://plus.telussante.co/page/ereclamations/fournisseur/>.

Si votre fournisseur rencontre des problèmes, il peut contacter la ligne dédiée aux fournisseurs d'Ellement au 1-877-679-0088 ou envoyer un courriel à providers@element.ca pour obtenir de l'aide.

7.2.3.2 Demandes de règlement de soins dentaires soumises directement par votre fournisseur de soins dentaires

Ellement traitera les demandes de remboursement pour soins dentaires à l'aide du service de traitement des demandes par échange de données informatisées (EDI). Avec EDI, les demandes sont envoyées directement du bureau 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 bureau de votre dentiste.

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

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

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

7.3 Dépôt préautorisé pour les remboursements de réclamations

Les membres peuvent bénéficier du service de dépôts préautorisés en avoir leurs remboursements déposés directement dans leur compte bancaire.

Vous recevez un remboursement dans les deux à cinq (2-5) jours suivant l'approbation de votre demande de règlement pour soins de santé ou soins dentaires. Vous n'aurez plus à attendre l'arrivée d'un chèque et à vous rendre à la banque pour le déposer.

Pour demander un Formulaire de dépôt direct pour le remboursement des demandes, communiquez avec Ellement :

 Téléphone au 613 699-8967 (sans frais au 1 866 517-8967)

 Courriel à EIO@ellement.ca .

7.4 Procédure d'appel des demandes de règlement

Si une demande est rejetée et que vous n'êtes pas d'accord avec la décision, vous pouvez soumettre un recours par écrit à Ellement Consulting Group LP, en décrivant les motifs de votre recours et en incluant toute information médicale justifiant les frais engagés comme étant médicalement nécessaire.

Le recours sera examiné et la décision vous sera communiquée par écrit.

8. Nous joindre

Ellement Consulting Group LP

Pour toute question ou assistance concernant vos avantages, vous pouvez contacter Ellement Consulting Group LP en utilisant les coordonnées suivantes :

 613-699-8967



1-866-517-8967

 844-736-5600



EIO@element.ca

 Adresse de correspondance :
1345 Taylor Avenue 1J 7S9
Winnipeg, MB R3M 3Y9



Adresse de bureau :
1150 Cyrville Road, Bureau 220
Ottawa, ON K1J 7S9

Pour prendre rendez-vous, visitez le site Web du régime d'avantages sociaux à l'adresse www.eiobenefits.ca/fr-ca et cliquez sur le lien « Prendre rendez-vous » au bas de la page.

Vous pouvez également visiter:

<https://outlook.office365.com/EllementOttawaBooking1@element.ca/>

ou scannez le code QR pour prendre rendez-vous avec notre équipe.



Annexe A – Assurance-vie de base du membre, assurance-vie de base pour les personnes à charge, et assurance invalidité de longue durée

Souscrites par LA CANADA VIE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

Police No. 325077 – Assurance-vie de base du membre, assurance-vie de base pour les personnes à charge, et assurance-invalidité de longue durée

Pour toute question relative à l'assurance vie de base du membre, à l'assurance vie de base pour le personnes à charge, et à l'assurance invalidité de longue durée, veuillez contacter

Ellement Consulting Group, votre administrateur de régime.

Annexe B – Assurance décès et mutilation accidentels de base

Souscrite par ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA

Police No. 8622073

Pour toute question relative à l'assurance décès et mutilation accidentels, veuillez contacter **Ellement Consulting Group**, votre administrateur de régime.



Annexe C – Autres services disponibles par l'entreprise de Cloud MD

Pour toute question relative à ces services, veuillez contacter **Ellement Consulting Group**, votre administrateur de régime.

PROGRAMME DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE CLOUD MD VIRTUAL CARE & KII

Vous avez une question ou une préoccupation en matière de santé ? Ces deux plateformes de soins virtuels sont conçues pour répondre à vos besoins en matière de soins de santé par le biais d'un clavardage texte et vidéo sécurisé, en tout temps, où que vous soyez.

Cette plateforme en ligne vous offre, à vous et à votre famille, un soutien médical personnalisé 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, où que vous soyez au Canada. Communiquez instantanément avec un fournisseur de soins de santé pour vos questions et préoccupations en matière de santé primaire.

- Consultations virtuelles illimitées par chat texte et vidéo sécurisé, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- Soutien pratique en matière de soins primaires et de santé mentale
- Remplissez et renouvelez les ordonnances, les références à des spécialistes et les demandes de laboratoire
- Couverture pour vous et vos personnes à charge admissibles Suivis virtuels sans rendez-vous requis
- Dossiers de santé sur la plateforme, avec des mises à jour envoyées à votre médecin de famille avec votre consentement.

Évitez les visites aux cliniques sans rendez-vous ou aux salles d'urgence pour des problèmes non urgents tels que :

- Infections, éruptions cutanées et irritations cutanées
- Anxiété et dépression
- Problèmes d'estomac et digestifs
- Toux, rhume et grippe
- Conseils en matière de perte de poids et abandon du tabac
- Et bien plus encore

Ce service n'est pas destiné aux urgences.



DEUXIÈME AVIS MÉDICAL – ASSISTANCE EN SANTÉ ET NAVIGATION

Obtenez un deuxième avis médical et de l'aide en cas de maladie grâce au programme Kii. Le programme *Medical Second Opinion de Kii* vous met en contact avec l'expertise des meilleurs spécialistes sans le temps ni les frais de déplacement.

Par téléphone ou par l'intermédiaire de la plateforme Web sécurisée, les membres et les personnes à charge admissibles peuvent soumettre leurs renseignements médicaux détaillés, leurs dossiers médicaux et leurs résultats de tests diagnostiques. L'expert le plus approprié est affecté à la consultation et rendra un deuxième avis détaillé. Ils vous aideront également à orienter les soins vers des spécialistes et d'autres ressources liées à votre problème de santé.

Le deuxième avis médical aide à :

- Prenez la décision la plus éclairée concernant vos soins de santé ou ceux d'une personne à charge admissible
- Assurez-vous que votre diagnostic est correct
- Assurez-vous que votre plan de traitement est optimal pour vous
- Renseignez-vous sur les nouvelles options de traitement novatrices
- Vous guider tout au long du processus.

Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec Kii au 1-866-814-0018, vous pouvez également vous inscrire en ligne à kiihealth.ca/register (code d'accès IBEW1123).

THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE EN LIGNE

Les défis personnels peuvent avoir un impact sur votre état d'esprit ou votre capacité à donner le meilleur de vous-même. Les administrateurs du Régime de santé et d'avantages sociaux de l'Industrie de l'électricité d'Ottawa ont investi dans Kii, un programme de santé et de bien-être pour vous fournir, à vous et à vos personnes à charge, le soutien dont vous avez besoin, quand vous en avez besoin. Kii offre une grande variété d'options pour vous aider à vous sentir mieux, comme :

Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Votre thérapeute vous guide à travers un programme de lectures et d'exercices en ligne pour vous aider à améliorer votre résilience et à faire face aux défis de la vie.

Coaching en santé mentale

Travaillez avec un coach en santé mentale pour établir vos objectifs, créer un plan d'action et faire des vérifications régulières pour vous garder sur la bonne voie. Votre entraîneur est là pour vous.

Kii est entièrement confidentiel et personne ne saura si vous vous êtes inscrit ou si vous avez eu accès à de l'aide.

Connectez-vous à Kii de n'importe où, n'importe quand. Quand et où vous en avez besoin.

C'est aussi très facile de commencer. Il faut moins d'une minute pour activer votre compte. Activez votre compte gratuit :

1. Visitez www.kiihealth.ca sur n'importe quel navigateur Web (ordinateur, tablette ou smartphone)
2. Cliquez sur « Inscrivez-vous ici »
3. Entrez : <Code d'accès IBEW1123>
4. Complétez votre profil et créez un mot de passe
5. Cliquez sur le lien dans le courriel de confirmation, et voilà !