

**NOVA SCOTIA SCHOOL BOARDS ASSOCIATION
CONSEIL SCOLAIRE ACADIEN PROVINCIAL – CUPE**



Numéro de contrat : 6785-005 & 006

Date d'effet de la mise à jour : 1^{er} juin 2017

PRATIQUES DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le cadre de son offre de protection santé et voyage ainsi que d'assurance-vie de qualité, Croix Bleue Medavie recueille des renseignements personnels sur ses clients et les personnes à leur charge et les conserve en dossier. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie. La protection des renseignements personnels n'est pas une préoccupation nouvelle de Croix Bleue Medavie. Il a toujours été fondamental pour nous de veiller à la confidentialité des renseignements sur les clients. Notre personnel prend très au sérieux les politiques sur la protection de la vie privée instaurées ainsi que les marches à suivre pour assurer la confidentialité.

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Il peut s'agir par exemple du nom, de l'âge, des numéros d'identification, du revenu, des données d'emploi, de l'état civil, de l'état des personnes à charge, des dossiers médicaux et de renseignements financiers.

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels sont nécessaires pour permettre à Croix Bleue Medavie de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de protection-santé et voyage ainsi que d'assurance-vie. Vos renseignements personnels servent à :

- Fournir les services précisés dans votre contrat ou la police collective dont vous êtes un membre admissible
- Comprendre vos besoins et pour pouvoir recommander des produits et services adéquats.*
- Administrer nos dossiers.

* Ne s'applique pas en Ontario ni au Québec

PRATIQUES DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type d'assurance, il nous sera peut-être nécessaire de fournir certains renseignements personnels aux personnes suivantes afin de vous fournir les services stipulés dans votre contrat :

- d'autres Croix Bleue au Canada, afin d'administrer votre régime d'assurance si vous vivez à l'extérieur des provinces atlantiques, du Québec ou de l'Ontario;
- des spécialistes de la santé, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tierces parties, sous pli confidentiel, lorsque c'est nécessaire pour administrer des garanties précisées au contrat ou votre police collective; et
- le titulaire de carte de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un participant.

Nous ne fournissons pas ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres compagnies aux fins de marketing et de sollicitation. Les renseignements personnels au sujet du client ou des personnes à sa charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans la permission du client, sauf si Croix Bleue Medavie doit le faire pour respecter les clauses du contrat que vous avez signé avec nous. Pour nous assurer que vous recevrez le meilleur service de Croix Bleue Medavie, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état civil ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge.

Si vous trouvez des erreurs dans nos renseignements à votre sujet, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger. En devenant un client de Croix Bleue Medavie ou en remplissant une demande de règlement, vous acceptez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions pas ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez visiter notre site Web ou veuillez nous écrire à l'adresse fournie ci-après.

Veillez noter que la non-utilisation de renseignements à votre sujet par Croix Bleue Medavie pourrait se traduire par notre empêchement de vous fournir des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

PRATIQUES DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements Personnels de Croix Bleue Medavie, communiquez avec nous en écrivant à :

www.medavie.croixbleue.ca ou en appelant le 1 800 667-4511 ou le 1 800 355-9133 (en Ontario).

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

ou

privacyofficer@medavie.croixbleue.ca

Si l'enjeu n'est pas résolu à votre satisfaction, vous pouvez déposer une plainte par écrit au :

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

CONTENU DE LA BROCHURE

Croix Bleue Medavie administre les garanties suivantes pour le compte de Nova Scotia School Boards Association :

- Soins de santé complémentaires
- Soins de la vue
- Médicaments
- Soins dentaires

Croix Bleue Medavie fournit les services ci-dessous :

- enÉquilibre - Programme d'aide aux employés et leur famille

La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada assure les garanties suivantes :

- Assurance vie collective de base et facultative
- Assurance décès et mutilation accidentels
- Assurance salaire de longue durée

Les renseignements figurant dans la présente brochure donnent un aperçu des principales caractéristiques de votre régime collectif. Elle est préparée à titre d'information seulement et ne constitue pas une entente en tant que telle. Les modalités exactes de votre régime collectif sont décrites dans le contrat d'assurance collective que votre employeur a en sa possession.

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

Toute action ou procédure en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu de la présente police sera refusée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période allouée par la Loi sur les assurances.

La présente brochure remplace toutes les autres émises précédemment.

Veillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.



Profitez de nombreux rabais sur des soins médicaux et des soins de la vue ainsi que sur de nombreux autres produits et services. Visitez www.avantagebleu.ca.

TABLE DES MATIÈRES

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES.....	1
SOINS DE LA VUE.....	5
MÉDICAMENTS.....	7
SOINS DENTAIRES.....	8
ENÉQUILIBREMD PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET À LEUR FAMILLE.....	11
EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DES GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES	12
RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES	13
ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE	14
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	17
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE.....	19
RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS	23
BROCHURE ET RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENTS EN LIGNE.....	25

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour l'un des services suivants au Canada pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais Usuels et Raisonables pour ces services admissibles, en tenant compte d'une franchise, du pourcentage de remboursement et du montant maximum indiqué ci-dessous. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Usuel et Raisonable : Usuel et Raisonable désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Croix Bleue Medavie ou selon le guide d'honoraires établi par Croix Bleue Medavie.

Pourcentage de remboursement : 100 %

OXYGÈNE

Le coût de l'oxygène.

SOINS INFIRMIERS PRIVÉS

Maximum : 10 000 \$ par année civile

Les frais de soins médicalement nécessaires, dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire, à domicile (autre qu'une maison de convalescence ou une maison de repos) avec l'autorisation écrite du médecin traitant. De plus, les services provenant d'un préposé aux bénéficiaires sont admissibles en vertu de la présente garantie jusqu'à concurrence de quatre heures par jour. Ces préposés offrent des services essentiels relatifs au bain, à l'habillement, à la toilette, à l'alimentation assistée et à la mobilité. L'assuré pourrait être admissible à recevoir des services chez lui s'il reçoit des soins actifs d'un infirmier ou s'il doit recevoir des soins à la maison durant une période de rétablissement après avoir pris congé d'un l'hôpital tout en requérant des soins temporaires à domicile au cours de la période de rétablissement.

Tous les services de soins infirmiers doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue Medavie pour être pris en considération en vue d'un remboursement possible.

SERVICE PROFESSIONNEL D'AMBULANCE

Maximum : 1 000 \$ par année civile

Les frais de transport d'un patient en civière par service professionnel d'ambulance ou par avion, s'il y a lieu, jusqu'à concurrence de trois sièges en classe économique à bord d'un vol régulier.

AMBULANCIER AUXILIAIRE SPÉCIAL

Maximum : 500 \$ par année civile

Les frais de déplacement d'un infirmier (sans lien de parenté avec le patient) lorsque médicalement nécessaire et une fois approuvés par Croix Bleue Medavie.

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais Usuels et Raisonables pour ces services admissibles, en tenant compte d'une franchise, du pourcentage de remboursement et du montant maximum indiqués ci-dessous. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Usuel et Raisonable : Usuel et Raisonable désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Croix Bleue Medavie ou selon le guide d'honoraires établi par Croix Bleue Medavie.

Pourcentage de remboursement : 100 %

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les soins dentaires requis quand les dents naturelles ont été endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou à la mâchoire. Les soins doivent être rendus ou approuvés aux fins de paiement par Croix Bleue Medavie dans les 180 jours suivant l'accident. Les soins seront remboursés jusqu'aux frais habituels et courants prévus au guide d'honoraires des généralistes de l'Ordre des dentistes dans votre province de résidence au moment du traitement.

APPAREILS DE CONTRÔLE POUR DIABÉTIQUES

Maximum : 700 \$ par période de cinq années civiles consécutives.

Le coût des appareils suivants servant au contrôle du diabète : préci-jet, glucomètre ou autre appareil semblable approuvé par Croix Bleue Medavie.

Le coût d'une pompe à insuline lorsqu'elle est approuvée par Croix Bleue Medavie jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnable établis. Les membres du régime seront responsables de tout montant supérieur à la taxe usuels et raisonnable.

APPAREILS DE CORRECTION AUDITIVE

Maximum : Maximum de 600 \$ de frais admissibles par période de trois années civiles consécutives. Les enfants à charge de moins de 21 ans nécessitant un appareil pour chaque oreille sont admissibles à deux appareils auditifs (un par oreille) jusqu'à concurrence de 600 \$ de frais admissibles par appareil auditif par période de trois années civiles consécutives.

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens) prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste ou un audiologiste agréés.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

Maximum : 75 \$ par période de 24 mois consécutifs

Les frais de dispositifs intra-utérins (DIU).

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

AUTRES FOURNITURES

Les frais d'achat de vêtements de compression, ainsi que les frais de location (ou l'achat, si approuvé par Croix Bleue Medavie) d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, pompe de compression pour le traitement du lymphoedème, de matériel pour l'administration d'oxygène et d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS) avec l'autorisation écrite d'un médecin. Les frais d'achat d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS) sont limités à un montant maximum de 3,000 \$ de frais admissibles la vie durant.

Une fois que matériel original a été approuvé, la location ou l'achat autorisé d'une autre pièce de matériel semblable se limite à une par période de cinq années civiles consécutives.

CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES ET FOURNITURES QUI Y SONT RELIÉES

Maximum : 300 \$ par année civile (400 \$ par année civile pour les enfants à charge de moins de 21 ans)

Les frais de chaussures orthopédiques quand les chaussures sont fabriquées sur mesure avec des dispositifs spéciaux pour remédier ou s'adapter à un défaut ou à une anomalie mécanique du pied, lorsque prescrites par un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou le médecin traitant. De plus, les frais de modification de chaussures orthopédiques, de matériel d'ajustement et de supports plantaires, lorsque prescrits par l'un des professionnels susmentionnés pour remédier ou s'adapter à un défaut ou à une anomalie mécanique du pied.

FOURNITURES POUR STOMISÉS

Le coût des fournitures essentielles pour stomisés.

AUTRES SERVICES PROFESSIONNELS

Maximum : 750 \$ par professionnel par année civile
35 \$ pour des radiographies, par professionnel par année civile

Les frais Usuels et Raisonnable de traitement donnés par les professionnels licenciés suivants, à l'exception de ceux dispensés dans un hôpital : orthophoniste, massothérapeute, psychologue clinicien, chiropraticien, ostéopathe, podologue/podiatre, physiothérapeute, acupuncteur et naturopathe.

PROTHÈSES

Les frais de matériel et de fournitures médicales, incluant les membres, les seins, ou les yeux artificiels, les béquilles, cannes, attelles, plâtres, bandages herniaires et appareils de soutien, à l'exception des prothèses myoélectriques. Le remplacement n'est admissible qu'à la suite d'un changement pathologique ou physiologique. Les frais maximums de réparations ou d'ajustements sont de 500 \$ de frais admissibles par année civile.

Les prothèses capillaires, lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 500 \$ de frais admissibles. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique des cheveux sont exclus (p. ex., calvitie de type masculin).

SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES

AIDES ORTHOPHONIQUES

Maximum : viager de 500 \$

Les appareils orthophoniques (approuvés par un orthophoniste qualifié et par le médecin traitant) pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux soins de santé complémentaires prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au 70^e anniversaire de l'adhérent, selon la première éventualité.

LES DÉLAIS ET PROCÉDURES DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les soins de santé complémentaire sont remboursés à l'adhérent. L'adhérent doit payer le fournisseur, se procurer un reçu officiel du paiement complet et le faire parvenir à Croix Bleue Medavie en vue du traitement de la demande. Pour certains services, l'adhérent doit remplir un formulaire de demande et le joindre au reçu. Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur, de l'administrateur de votre régime, Johnson Inc. ou de votre fournisseur de service, le cas échéant.

Pour effectuer une demande de règlement, remplissez le formulaire de demande que vous vous êtes procuré.

Les demandes de règlement doivent être soumises moins de quatre mois après réception des services ou des fournitures ou au plus tard 24 mois après ou avant la fin de vos prestations pour soins de santé complémentaire.

SOINS DE LA VUE

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour l'un des services suivants pendant que vous êtes assuré, Croix Bleue Medavie paiera les frais Usuels et Raisonables pour ces services admissibles, en tenant compte d'une franchise, du pourcentage de remboursement et du montant maximum indiqués ci-dessous. Les montants maximums s'appliquent à chacun des assurés.

Usuel et Raisonable : Usuel et Raisonable désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Croix Bleue Medavie ou selon le guide d'honoraires établi par Croix Bleue Medavie.

Pourcentage de remboursement : 100 %

VERRES DE CONTACT À LA SUITE D'UNE MALADIE

Maximum : 200 \$ par période de deux (2) années civiles consécutives

Lorsqu'il y a nécessité médicale à la suite d'une kératite ulcéreuse, de cicatrisation sévère de la cornée, de kératocône ou d'aphakie, et pourvu que la vision puisse être améliorée à au moins 20/40.

VERRES, MONTURES ET VERRES DE CONTACT

Maximum : 150 \$ par période de deux (2) années civiles pour les adultes et par année civile pour les enfants à charge de moins de 18 ans

Les frais de verres de contact et de lunettes correctrices, incluant verres et montures, mais excluant les lunettes de protection ou les lunettes à des fins esthétiques.

EXAMENS DE LA VUE

Maximum : Maximum d'une fois toutes les deux années civiles dans le cas des adultes et chaque année civile dans le cas des enfants à charge âgés de moins de 18 ans.

Les frais engagés auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés pour les examens de la vue.

ENTRAÎNEMENT VISUEL

Maximum : 150 \$ viager

Les frais engagés auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés, pour entraînement visuel et exercices de réadaptation visuelle.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux soins de la vue prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au 70^e anniversaire de l'adhérent, selon la première éventualité.

SOINS DE LA VUE

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les soins de la vue sont remboursés à l'adhérent. L'adhérent doit payer le fournisseur, se procurer un reçu officiel du paiement complet et le faire parvenir à Croix Bleue Medavie en vue du traitement de la demande. Pour certains services, l'adhérent doit remplir un formulaire de demande et le joindre au reçu. Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur, de l'administrateur de votre régime, Johnson Inc. ou de votre fournisseur de service, le cas échéant.

Pour effectuer une demande de règlement, remplissez le formulaire de demande que vous vous êtes procuré.

Les demandes de règlement doivent être soumises moins de quatre (4) mois après réception des services ou des fournitures ou au plus tard 24 mois après ou avant la fin de vos prestations pour soins de la vue.

MÉDICAMENTS

Si vous (ou l'une de vos personnes à charge, s'il y a lieu) engagez des frais pour des médicaments qui nécessitent une ordonnance pour autoriser la vente, le médicament en question peut être assujéti à des quantités maximales et à des montants maximums. Toutes les dépenses admissibles sont couvertes, moins le montant pris en charge par le régime d'assurance maladie gouvernemental ou tel qu'approuvé par Croix Bleue Medavie. Les montants maximums sont appliqués au cas par cas.

Pourcentage de remboursement : l'employé paie 20 % jusqu'à un maximum de 10 \$ pour chaque médicament admissible sur l'ordonnance

Pourcentage de frais admissible : le régime paie 100 % du reliquat des frais admissibles

Méthode de paiement : paiement direct à la pharmacie

La couverture comprend les médicaments d'ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie et certains produits en vente libre qui sont jugés essentiels au maintien de la vie et qui sont approuvés par Croix Bleue Medavie.

Elle comprend les fournitures pour diabétiques, les médicaments sur ordonnance approuvés par Croix Bleue Medavie et certains produits en vente libre qui sont jugés nécessaires au maintien de la vie et qui sont approuvés par Croix Bleue Medavie.

Les médicaments admissibles sont les produits médicalement nécessaires qui, selon la loi, peuvent seulement être obtenus au moyen d'une ordonnance provenant d'un médecin ou d'un dentiste. Ils doivent figurer sur la liste de médicaments assurés par Croix Bleue Medavie et être dispensés par un pharmacien.

FOURNITURES POUR DIABÉTIQUES

Le coût des aiguilles, seringues, tampons, rubans réactifs, lancettes et fournitures pour pompe à insuline prescrits par un médecin.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux médicaments assurés prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au 65^e anniversaire de l'adhérent, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les médicaments assurés sont remboursés directement à la pharmacie.

Lorsque l'assuré présente la carte d'identité de Croix Bleue Medavie, le pharmacien s'occupera de facturer directement Croix Bleue Medavie.

SOINS DENTAIRES

En vertu de la garantie Soins dentaires, vous et vos personnes à charge êtes couverts pour une vaste gamme de soins dentaires, tels qu'énumérés ci-après. Les prestations sont basées sur les frais Usuels et Raisonnable, jusqu'à concurrence des montants prévus dans le guide de l'année courante des honoraires des dentistes généralistes de l'Association dentaire applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

Usuel et Raisonnable : Usuel et Raisonnable désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Croix Bleue Medavie ou selon le guide d'honoraires établi par Croix Bleue Medavie.

SOINS DE BASE

Pourcentage de remboursement : 80 %

Maximum : 1 000 \$ par année civile

Diagnostique – examen buccal clinique (un examen de rappel par année civile), tests, examens de laboratoire et plan de traitement. Radiographies : série complète ou pellicule panoramique (une par catégorie par année civile), radiographies individuelles, pellicules céphalométriques (maximum de 5 par période de deux années civiles) et pellicule interproximale (une procédure par année civile). Les pellicules occlusales, extra-orales et de l'articulation temporo-mandibulaire sont limitées à quatre par catégorie par année civile.

Prévention – nettoyage, polissage et traitements au fluorure (un par catégorie par année civile), analyse du régime alimentaire et recommandations ; conseils d'hygiène buccale, scellants des puits et fissures ; appareils de maintien d'espace, ainsi que leur entretien et réparation ; appareil de protection athlétique (un appareil par année civile).

Restauration - Caries, traumatismes et contrôle de la douleur; obturations, argent et plastique; facettes en plastique et couronnes préfabriquées en acier inoxydable.

Endodontie - Diagnostic et traitement de la pulpe (nerf) et des cavités qui la contiennent; traitements de canaux et traitements d'urgence.

Parodontie - Diagnostic et traitement de maladies qui affectent les éléments de soutien de la dent, comme l'os alvéolaire et la gencive; appareils parodontaux.

Prosthodontie - Ajustements de prothèses amovibles (trois mois après la mise en place initiale), réparations et ajouts, ainsi qu'un seul rebasage, regarnissage ou une seule réfection de la prothèse complète ou partielle inférieure et supérieure (en conservant le squelette existant) par période de deux années civiles consécutives et mise en condition tissulaire.

Chirurgie buccale - Extraction de dents; contrôle de l'hémorragie; soins post chirurgicaux.

Soins généraux - Traitement d'urgence de la douleur; anesthésie locale (ne faisant pas partie d'une chirurgie buccale ou d'un service de restauration) ainsi que sédation consciente.

SOINS DENTAIRES

SOINS MAJEURS DE RESTAURATION

Pourcentage de remboursement : 50 %

Maximum : 1 000 \$ par année civile

Application de la solution de rechange la moins coûteuse :

Lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux :

- Incrustations et couronnes
- Ponts

Restaurations complexes – Incrustations, incrustations avec recouvrement de cuspidés; et couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (autre que les restaurations préfabriquées). Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années civiles consécutives.

Autres services de restauration - Corps coulé, pivot préfabriqué, recimentation d'incrustations ou de couronnes; et ablation d'incrustations ou de couronnes.

Prothèses dentaires - Prothèses amovibles complètes (jusqu'à concurrence d'une prothèse complète par maxillaire (mâchoire supérieure) et d'une par mandibulaire (mâchoire inférieure) par période de cinq années civiles consécutives). Prothèses partielles (jusqu'à concurrence d'une prothèse par maxillaire (mâchoire supérieure) et d'une par mandibulaire (mâchoire inférieure) par période de cinq années civiles consécutives). Acrylique, pont (jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles consécutives), implants (jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles consécutives), restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses) (jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles consécutives), services reliés aux implants, construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie. Remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que :

- la prothèse ou le pont soit nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle
- alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
- la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.

SOINS DENTAIRES

PRESTATIONS PAYABLES AUX PERSONNES QUI ADHÈRENT AU RÉGIME DE SOINS DENTAIRES EN RETARD

Si la demande d'adhésion relativement à la garantie Soins dentaires est faite plus de 60 jours après la date à laquelle l'employé ou la personne à charge sont devenus admissibles, le montant maximal payable sera de 125 \$ par assuré au cours des 12 premiers mois de la protection. Cette disposition ne s'applique pas aux soins dentaires requis lorsque les dents naturelles sont endommagées par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche subi par l'assuré après la date du début de sa couverture.

FIN DE LA COUVERTURE

La couverture relative aux soins dentaires prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi de l'adhérent ou à 70 ans, selon la première éventualité.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les soins dentaires sont remboursables à l'adhérent. L'adhérent doit payer le fournisseur de services, se procurer un reçu officiel de paiement intégral et le faire parvenir à Croix Bleue Medavie aux fins de traitement. Il se peut que pour certains services obtenus, un formulaire de demande de règlement doit être rempli pour accompagner le reçu. Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur, de l'administrateur de votre régime, Johnson Inc. ou de votre fournisseur de service, le cas échéant.

Pour soumettre une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement approprié.

Les demandes de règlement doivent être soumises moins de quatre mois après réception des services ou des fournitures ou au plus tard 24 mois après ou avant la fin de vos prestations pour soins dentaires.

ENÉQUILIBREMD PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS ET À LEUR FAMILLE

enÉquilibre^{MD} est un programme d'aide aux employés et à leur famille complet et confidentiel qui offre des services de consultation et de soutien au téléphone, en personne et en ligne qui vous aident à surmonter les difficultés, notamment :

- Bien-être personnel
- Relations et famille
- Assistance juridique
- Aide financière
- Ressources pour les soins aux enfants et aux aînés
- Difficultés en milieu de travail
- Dépendance et guérison

Le programme *enÉquilibre* est entièrement bilingue et est offert 24 heures sur 24 et sept jours sur sept à vous et aux membres admissibles de votre famille. Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour accéder aux ressources du programme *enÉquilibre*, consultez le site www.monenequilibre.ca (nom d'utilisateur : ACSNE, mot de passe : enequilibre), composez le 1-877-418-2181 ou référez-vous à la brochure *enÉquilibre*.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DES GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES

Croix Bleue Medavie ne couvre pas les dépenses suivantes :

1. Les examens médicaux ou les bilans généraux de routine requis par un tiers.
2. Les soins facultatifs obtenus à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré.
3. Les frais qui n'auraient pas normalement été facturés si l'assuré n'était pas couvert en vertu du régime.
4. Tous produits ou services qui ne sont pas mentionnés dans le présent régime.
5. Les médications qui ne sont pas permises par les lois fédérales ou provinciales.
6. Les frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident.
7. Les soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé.
8. Les frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires de demande de règlement.
9. Les services normalement payés directement ou indirectement par l'employeur.
10. Les frais d'évaluation d'un programme de soins de santé.
11. Tous services et fournitures qui ne proviennent pas d'un fournisseur de soins de santé approuvé par Croix Bleue Medavie.
12. Les soins de convalescence, de garde ou de réadaptation.
13. Les soins donnés pour des conditions qui ne sont pas nuisibles pour la santé.
14. Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont rendus à des fins esthétiques ou qui excèdent les soins réguliers donnés conformément aux pratiques thérapeutiques courantes.
15. Les produits ou services habituellement fournis sans frais ou à un coût minime en vertu du régime gouvernemental d'assurance-maladie de l'assuré.
16. Les soins ou services que l'assuré reçoit ou est en droit de recevoir de la Commission des accidents du travail.
17. Les frais de déplacement ou de livraison.
18. Les soins requis à la suite de dommages corporels que l'assuré s'est infligés intentionnellement, ou d'une tentative de suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non.
19. Les blessures et les maladies subies lors de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou les blessures et les maladies subies durant une guerre.
20. Les blessures subies durant la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel.
21. Les produits ou services de nature expérimentale ou exploratrice.
22. Les produits ou services qui ne sont pas médicalement nécessaires ou dont l'efficacité n'est pas démontrée.
23. Les services dont le gouvernement interdit le paiement.
24. Les services fournis sans frais par l'employeur.
25. Les soins ou services pour lesquels l'adhérent ou ses personnes à charge reçoivent ou sont en droit de recevoir des indemnités d'un régime gouvernemental ou de tout autre régime.
26. Le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides.
27. Les facettes à des fins esthétiques.
28. Les soins donnés à la suite d'un accident sont exclus de la présente garantie.
29. Les soins donnés par un hygiéniste dentaire qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste.
30. Tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale.

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX GARANTIES DE SOINS DE SANTÉ ET DE SOINS DENTAIRES

RÉSILIATION DES GARANTIES

La protection pour vous-même et les personnes à votre charge prendra fin à la première des éventualités suivantes :

- la date de votre cessation d'emploi;
- la date à laquelle vous cessez d'être admissible en raison de votre retraite, de votre décès, d'un congé autorisé, d'une limite d'âge, d'un changement de catégorie d'employés;
- la date de résiliation du contrat collectif.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si certains services apparaissent plus d'une fois dans les garanties de soins de santé, la demande de règlement sera traitée de la manière la plus favorable pour l'assuré.

Si vous êtes admissible à des couvertures semblables en vertu d'un autre régime collectif, les prestations payables en vertu de ce régime doivent être coordonnées avec tous les régimes et ne dépasseront pas la totalité des dépenses admissibles. Dans le cas où deux conjoints bénéficient d'une couverture par l'intermédiaire du régime de leur employeur respectif, le premier payeur des demandes de règlement de chaque conjoint est le régime de l'employeur du conjoint qui a obtenu le service. Tout montant non payé par le premier payeur peut alors être soumis au régime de l'autre conjoint (deuxième payeur) en vue de son analyse.

Les demandes de règlement des enfants à charge doivent être d'abord présentées au régime du conjoint dont le mois de naissance est le premier dans l'année civile, puis au régime de l'autre conjoint. Lorsque vous présentez une demande à un deuxième payeur, veuillez vous assurer de joindre les détails relatifs au paiement fournis par le premier payeur.

Le paiement de prestations sera coordonné avec tout autre régime ou contrat, conformément aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP).

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel de soins de santé établi par la Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Cette option de transformation est offerte au conjoint survivant et aux personnes à charge une fois que la couverture de prestations aux survivants est terminée.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

MONTANT DE L'ASSURANCE DE BASE

Méthode de calcul : deux fois le revenu annuel
Protection maximale : 250 000 \$

Tous les montants d'assurance sont arrondis au 1 000 \$ supérieur.

La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à l'âge de 70.

MONTANT DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Vous pouvez, ainsi que votre conjoint, souscrire de l'assurance vie additionnelle, sous réserve d'une preuve d'assurabilité, par tranche de 5 000 \$ jusqu'à concurrence d'un maximum de 250 000 \$ par assuré. Les couvertures d'assurance vie collective de base et facultative réunies ne peuvent excéder 500 000 \$.

Une preuve d'assurabilité est requise pour tous les montants d'assurance vie facultative.

La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou au 70^e anniversaire de l'assuré, selon la première éventualité.

PRESTATION DE DÉCÈS – ASSURANCE VIE DE BASE

La prestation de décès prévoit le versement à votre bénéficiaire désigné du montant de votre assurance vie collective en vigueur au moment de votre décès.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Les prestations d'assurance vie facultative vous sont versées si vous êtes vivant. Sinon, elles sont versées au bénéficiaire désigné.

MALADIE EN PHASE TERMINALE

Un paiement anticipé peut être versé si vous souffrez d'une maladie qui ne vous laisse pas plus de 12 mois à vivre à compter de la date de votre demande. Une attestation médicale sera exigée. La demande doit être effectuée par écrit et la prestation sera équivalente au montant le moins élevé parmi les suivants : 50 000 \$ ou 50 % de votre couverture d'assurance vie collective de base. On déduira le montant de ce paiement du montant de votre assurance vie collective de base autrement payable lors de votre décès.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous devenez totalement invalide avant votre 65^e anniversaire, et demeurez invalide pour une période de six mois consécutifs, la couverture d'assurance se poursuit sans paiement de la prime à partir du premier jour du mois suivant la date où l'invalidité a eu lieu, pourvu qu'une preuve d'invalidité totale et continue soit déposée tel que demandé. L'invalidité totale signifie un état d'incapacité en raison d'une blessure accidentelle ou d'une maladie vous empêchant de vous engager dans toute occupation pour laquelle vous êtes raisonnablement qualifié en vertu de votre éducation, formation ou expérience et l'incapacité d'effectuer un travail contre une rémunération ou un profit. Toutefois, si vous êtes en droit de recevoir des prestations d'assurance salaire de longue durée en vertu du présent régime, vous serez considéré comme étant totalement invalide aux fins de l'exonération des primes.

Dans l'éventualité où vous vous rétablissez et cessez d'être totalement invalide mais, par la suite, vous redevenez invalide à nouveau pour la même cause ou pour une cause connexe, la deuxième période d'invalidité sera considérée comme une suite de la première invalidité; à moins que les périodes d'invalidité soient séparées par un intervalle d'au moins six mois durant lequel vous êtes retourné travailler de façon permanente.

Si la période d'invalidité totale est considérée comme une suite de la période d'invalidité totale précédente, les primes seront exonérées sans la mise en application d'une autre période de six mois d'invalidité totale.

Si vous êtes admissible au régime des préretraités, l'exonération des primes pour l'invalidité totale sera réduite à 10,000 \$.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Advenant votre décès dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi, les prestations d'assurance vie collective seront versées, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance vie individuelle émise en vertu du droit de transformation.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si votre assurance vie collective de base ou facultative prend fin à votre 65^e anniversaire, ou avant, en raison de votre retraite, de votre cessation d'emploi ou de la résiliation de votre statut de membre d'une catégorie d'employés admissibles à l'assurance en vertu du présent régime, vous pouvez alors souscrire de l'assurance vie individuelle du type offert à ce moment-là par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, d'un montant ne dépassant pas 200 000 \$.

Si vous quittez votre emploi avant votre 65^e anniversaire, vous pouvez opter pour une police individuelle émise par l'assureur sans justification d'assurabilité. Une demande d'adhésion écrite doit être faite auprès de l'assureur et la prime requise doit lui être versée dans les 31 jours suivant immédiatement la date de cessation d'emploi.

Cette option s'applique aussi à des réductions échelonnées ou à des résiliations de couverture qui deviennent effectives à un âge déterminé.

Un droit de transformation limité existe lors de la résiliation du contrat d'assurance collective, conformément aux directives du Surintendant des Institutions Financières.

ASSURANCE VIE COLLECTIVE DE BASE ET FACULTATIVE

DROIT DE TRANSFORMATION (suite)

Si l'assurance vie de votre conjoint en vertu de cette garantie prend fin à son 65^e anniversaire, ou avant, pour les raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la résiliation de l'assurance vie collective de l'adhérent pour toute raison qui permet à l'adhérent de transformer son assurance vie; ou
- le divorce ou la séparation légale d'avec l'adhérent.

Le conjoint peut alors souscrire une assurance vie individuelle auprès de l'assureur ne dépassant pas le montant de l'assurance vie collective facultative qui prend fin à l'égard du conjoint.

RESTRICTION DE LA COUVERTURE

Advenant votre décès, ou celui de votre conjoint, par suicide, que vous ou votre conjoint ayez été ou non sains d'esprit, le paiement de tout montant d'assurance vie collective facultative ayant été en vigueur depuis moins de deux (2) années consécutives durant votre vie, ou celle de votre conjoint, se limitera au remboursement des primes. Cette exclusion s'applique à votre couverture d'assurance vie collective facultative ainsi qu'à celle de votre conjoint.

FIN DE LA COUVERTURE

L'assurance vie collective prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance vie collective;
- la date de résiliation de la présente assurance;
- la date à laquelle vous atteignez la limite d'âge en vertu de ce régime;
- la fin du délai de grâce pour lequel toute prime n'a pas été payée en entier.

L'assurance vie collective facultative de vos personnes à charge prend fin à la date à laquelle une telle personne ne répond plus à la définition d'une personne à charge ou à son 65^e anniversaire.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement d'assurance vie doivent être effectuées dès que possible. Le formulaire de demande de règlement applicable est disponible auprès de l'employeur ou de l'administrateur de votre régime, Johnson Inc.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

MONTANT DE L'ASSURANCE

Conjoint : 5 000 \$

Enfant : 2 500 \$

La garantie prend fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à votre 70^e anniversaire, selon la première éventualité.

PRESTATION DE DÉCÈS

La prestation d'assurance vie des personnes à charge vous sera versée au décès de votre personne à charge.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

Est admissible toute personne à charge qui satisfait la définition de personnes à charge contenue dans la section intitulée « Renseignements additionnels ».

ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA PROTECTION

L'assurance vie des personnes à charge entre en vigueur à la dernière des dates suivantes : la date où la demande d'adhésion a été remplie; ou la date à laquelle la personne est devenue à votre charge, pourvu qu'à cette date la personne à charge n'était pas hospitalisée. Si la personne à charge est hospitalisée le jour où l'assurance sur sa personne doit prendre effet, l'entrée en vigueur est reportée à la date de sa sortie de l'hôpital. Si un enfant naît pendant que cette assurance est en vigueur, l'assurance des personnes à charge pour cet enfant prend effet dès la 28^e semaine de grossesse, même si celui-ci est hospitalisé.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Ne sont pas admissibles à cette assurance les personnes à charge qui correspondent aux critères suivants :

- tout conjoint résidant à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique, ou
- toute personne dont la preuve d'assurabilité, si elle est exigée, n'a pas été approuvée par l'assureur.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si une demande de règlement pour invalidité totale est approuvée aux termes du régime d'assurance vie collective, l'assurance vie des personnes à charge reste en vigueur et les primes sont exonérées pendant la période d'indemnisation.

DROIT DE TRANSFORMATION

Un adhérent qui cesse de travailler pour l'employeur peut souscrire, de la même façon que pour son assurance vie de base, une assurance individuelle sur la vie de son conjoint, ne dépassant pas le montant d'assurance vie qui prend fin à l'égard du conjoint. L'option de transformation s'étend au conjoint seulement et non aux enfants à charge.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

PROLONGATION DE LA PROTECTION

Advenant le décès de votre conjoint dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi, les prestations d'assurance vie collective seront versées, pourvu qu'il y ait renonciation à toute police d'assurance individuelle émise en vertu du droit de transformation.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement d'assurance vie doivent être effectuées dès que possible. Le formulaire de demande de règlement applicable est disponible auprès de l'employeur ou de l'administrateur de votre régime, Johnson Inc.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

MONTANT D'ASSURANCE

Méthode de calcul :	66,67 % de la première tranche de 2 500 \$ du revenu mensuel, plus 50 % du prochain 2 500 \$, plus 40 % reliquat
Protection maximale :	5 000 \$ par mois
Protection minimale :	3 500 \$
Délai de carence :	150 jours
Expiration :	Les prestations prennent fin à l'âge de 65 ans.

Les prestations en vertu de la présente disposition relative à l'assurance-invalidité de longue durée ne sont pas imposables.

Les prestations prennent fin à la retraite, à la cessation d'emploi ou à l'âge de 65 ans, selon la première éventualité.

La garantie prend fin à l'âge de 65 moins le délai de carence.

Les régimes d'invalidité de longue durée (ILD) sont élaborés de manière à vous procurer un revenu mensuel si vous êtes confronté à des pertes de revenu pendant une période d'invalidité de longue durée ou permanente.

INVALIDITÉ (deux ans -- propre travail de l'assuré -- 60 %/60 %)

Pour être admissible à cette couverture, vous devez être sous les soins continus d'un médecin. Vous n'êtes pas considéré totalement invalide durant la période suivant les 24 premiers mois après le délai de carence si vous êtes considéré apte, par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, à accomplir une partie substantielle (60 %) des tâches régulières de votre travail pour n'importe quel employeur.

Par la suite, vous n'êtes pas considéré totalement invalide durant la période suivant les 24 premiers mois de prestations si vous êtes considéré apte, par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, à accomplir au moins 60 % des tâches régulières relatives à tout travail, pour n'importe quel employeur, et pour lequel vous êtes raisonnablement apte ou pourriez le devenir en suivant un cours, une formation ou en acquérant de l'expérience.

On entend par tâches régulières celles qui sont reliées aux activités professionnelles considérées essentielles à votre rendement au travail et qui prennent proportionnellement la majeure partie du temps à être exécutées.

INVALIDITÉ PARTIELLE

Pour être considéré partiellement invalide, vous devez d'abord avoir été jugé comme étant totalement invalide au cours du délai de carence. À la suite du délai de carence, si vous êtes seulement apte à retourner au travail de façon réduite, l'assureur appliquera les dispositions régulières conformément à la présente garantie.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

RECHUTE

Toutes les périodes successives d'invalidité totale survenant au cours de la garantie seront considérées comme une seule et même période d'invalidité totale, à condition que l'invalidité subséquente provienne de raisons identiques ou reliées à la demande de prestations d'assurance salaire de longue durée approuvée au préalable par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et, à la condition que les intervalles d'invalidité totale n'aient pas été interrompues par une période supérieure à six mois. Votre demande de règlement ne peut être approuvée par aucun autre régime et, vous devez être atteint d'invalidité totale pour des raisons identiques ou reliées à la cause précédente, et ce, dans les six mois après être retourné au travail de façon active.

Si vous retournez au travail chez un nouvel employeur et que vous n'avez plus de protection d'assurance salaire, vous pouvez être admissible à des prestations d'assurance salaire si ce nouvel emploi fait partie d'un programme de retour au travail approuvé au préalable par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence désigne la période constituée par les premières journées consécutives d'une invalidité totale pour lesquelles aucune prestation en vertu de la présente garantie n'est payable.

Lorsque l'invalidité ne s'avère pas continue, vos jours d'invalidité peuvent être cumulés pour satisfaire le délai de carence, à condition que la protection demeure en vigueur au cours du cumul du délai, qu'il n'y ait pas d'interruption de plus de 30 jours, que l'invalidité provienne de raisons identiques ou reliées à l'invalidité précédente et que chaque période d'invalidité totale ait été complétée dans les 365 jours après le début du délai de carence, ou tel qu'approuvé au préalable par l'assureur si la période est plus longue.

Les crédits de congé de maladie, aux fins de déterminer la période d'admissibilité, seront :

- a) appliqués à partir de la date à laquelle l'invalidité totale commence ;
- b) établis en fonction du nombre total de crédits de congé de maladie accumulés et disponibles à la date à laquelle l'invalidité totale commence ;
- c) comptés comme si un crédit de congé de maladie (ou toute partie de ce dernier), peu importe à quoi il sert, équivaut à un jour entier de la période d'admissibilité.

CONDITIONS PRÉEXISTANTES (3-6-12)

On entend par conditions préexistantes une maladie ou une blessure que vous avez subie et pour laquelle vous avez reçu un traitement médical, une consultation, des soins ou des services (incluant des mesures diagnostiques) ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits, au cours des trois mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la garantie d'assurance salaire de longue durée.

Les prestations d'assurance salaire de longue durée ne sont pas payables à la suite d'une invalidité provenant d'une condition préexistante, sous réserve des dispositions suivantes :

- vous n'avez pas reçu de traitement médical, de consultation, de soins ni de services (incluant des mesures diagnostiques), ni de médicaments prescrits, au cours de toute période de six (6) mois consécutifs durant la période de 15 mois commençant trois mois avant la date d'effet de votre assurance salaire de longue durée et se terminant 12 mois après cette date; ou
- l'invalidité survient après 12 mois de travail consécutifs à partir de la date d'effet de votre assurance salaire de longue durée.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

INTÉGRATION DES PRESTATIONS

Régime de réduction directe

Les prestations mensuelles seront intégrées aux autres revenus auxquels vous avez droit en raison de votre invalidité en cours. L'intégration des prestations est appliquée de la façon suivante :

1. Le montant des prestations mensuelles payable par le régime ILD est réduit directement de tout montant versé en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec (prestations primaires seulement), de la Loi sur les accidents du travail et des « revenus provenant de toute autre source ». Les « revenus provenant de toute autre source » comprennent les suivants :
 - les prestations d'invalidité offertes en vertu de n'importe quel autre programme gouvernemental, à l'exclusion des prestations secondaires en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec;
 - les prestations de retraite fournies par un régime de l'employeur ou un programme gouvernemental;
 - le revenu ou les prestations payables en vertu de tout régime collectif offert par l'employeur ou par l'intermédiaire de celui-ci;
 - le revenu ou les prestations payables en vertu d'un régime provenant d'une association, d'un syndicat ou d'un organisme sans but lucratif dont vous êtes membre;
 - les prestations de remplacement du revenu payables en vertu d'un régime d'assurance-automobile, lorsque telle réduction n'est pas interdite par la loi; et
 - la rémunération payable par un employeur ou provenant d'un travail autonome, mais excluant 50 % du revenu reçu en vertu d'un programme de réadaptation approuvé.
2. Si nécessaire, le montant des prestations ILD déterminé ci-dessus en 1. est réduit davantage de sorte que le montant total des indemnités mensuelles, y compris toutes les sommes des revenus précités en 1. ne dépasse pas 85 % du revenu précédant la période d'invalidité.

Au cours d'un programme de réadaptation approuvé, le montant du revenu mensuel tel que défini précédemment, sera ultérieurement réduit, si nécessaire, de manière à ce que ce montant, en incluant les revenus provenant de toutes les autres sources de revenus mentionnées précédemment en 1., y compris 100 % des gains reçus en vertu d'un programme de réadaptation ne dépasse pas 100 % de gains bruts des revenus précédant la période d'invalidité.

Gel du Régime de pensions du Canada/Régie des rentes du Québec

Une fois que la réduction initiale du RPC/RRQ a été établie pour une demande de règlement d'assurance salaire de longue durée, elle ne sera pas modifiée en raison des ajustements au coût de la vie effectués sur les paiements du RPC/RRQ.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS

Aucune prestation ne sera versée à la suite d'une maladie ou d'une blessure subies lors de la participation ou de l'implication quelconque de l'assuré dans une activité criminelle, qu'il y ait ou non un chef d'accusation ou une déclaration de culpabilité.

Aucune prestation d'assurance salaire de longue durée n'est payable pour l'une des raisons suivantes :

1. une période d'invalidité au cours de laquelle vous ne recevez pas de soins appropriés de la part d'un médecin, soit un spécialiste autorisé ou un professionnel de la santé du domaine médical qui correspond à votre état;
2. une période de temps au cours de laquelle vous ne recevez pas de traitements ou ne participez pas à un programme de réadaptation qui, selon l'avis de l'assureur, est jugé approprié;
3. une période au cours de laquelle vous êtes emprisonné;
4. une invalidité qui résulte directement ou indirectement d'une blessure ou d'une maladie volontaire, que vous ayez été ou non sain d'esprit;
5. une invalidité causée par une insurrection, une guerre, déclarée ou non, un acte hostile de la part des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un soulèvement populaire; ou
6. une invalidité durant l'une des périodes suivantes, la plus longue de ces périodes étant prise en considération :
 - le congé de maternité que vous prenez conformément à une loi provinciale ou fédérale, ou conformément à une entente mutuelle entre l'employeur et vous;
 - période durant laquelle les prestations d'assurance-emploi de maternité sont versées ou seraient versées si vous étiez admissible.

EXONÉRATION DES PRIMES

Si vous êtes totalement invalide et êtes admissible aux prestations d'assurance salaire de longue durée, toute prime à verser en vertu de la présente garantie sera exonérée à partir du premier mois civil complet suivant le délai de carence. L'exonération des primes sera en vigueur jusqu'à ce que vous retourniez activement au travail de façon permanente ou ne soyez plus admissible aux prestations.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Pour soumettre une demande de prestations d'assurance salaire de longue durée, veuillez remplir le formulaire applicable en vous adressant à votre employeur ou de l'administrateur de votre régime, Johnson Inc.

La demande de règlement doit être effectuée par écrit et parvenir chez l'assureur à la première des dates suivantes :

- 90 jours suivant immédiatement la fin du délai de carence; ou
- six (6) mois suivant la résiliation de la garantie d'assurance salaire de longue durée.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

EMPLOYÉS ADMISSIBLES

Pour être admissible à l'assurance collective, vous devez être employé de façon permanente, résider au Canada, être couvert par le régime Medical Services Insurance de la Nouvelle-Écosse, être activement au travail et travailler un nombre d'heures minimum de 15 heures par semaine, et ce, de façon régulière, et avoir complété le délai d'admission applicable au régime. Le délai d'admission de votre régime collectif a été établi au premier jour du mois qui suit trois (3) mois d'emploi continu.

Les employés doivent adhérer au régime en remplissant un formulaire de demande d'adhésion dans les 60 jours suivant le délai d'admission. La protection entre en vigueur à la date d'admissibilité sauf lorsque : a) l'employé n'est pas activement au travail le jour de la prise d'effet, ou b) la demande est présentée après le délai d'adhésion de 60 jours.

Si vous n'êtes pas activement au travail le jour où vous auriez normalement été admissible à la protection, l'entrée en vigueur du régime sera reportée à la date à laquelle vous retournerez au travail à temps plein.

Toutes les garanties décrites dans cette brochure sont offertes aux employés du groupe, sous réserve de l'adhésion de l'employé ainsi que de l'approbation du Service de sélection des risques.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

On entend par « personnes à charge » votre conjoint légal (satisfaisant la définition ci-dessous) et les enfants non mariés et sans emploi à votre charge, y compris vos enfants naturels, adoptifs et ceux de votre conjoint. Les enfants du conjoint de fait sont couverts pourvu qu'ils vivent avec vous.

On entend par « conjoint » une personne du sexe opposé ou du même sexe qui est légalement mariée à l'adhérent ou qui réside avec lui de façon continue depuis au moins une année entière dans une situation assimilable à une union conjugale (conjoint de fait). En cas de divorce, de séparation légale ou de cessation de la cohabitation (état de conjoint de fait), l'adhérent peut choisir de conserver la couverture de son ancien conjoint ou de demander à Croix Bleue Medavie de résilier la couverture de son ancien conjoint. Croix Bleue Medavie n'assurera en aucun cas plus d'un conjoint en vertu d'un même régime.

Les enfants à charge sont admissibles à la protection s'ils sont âgés de moins de 21 ans ou s'ils sont âgés de plus de 21 ans mais de moins de 26 ans s'ils fréquentent à temps plein un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université.

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES (suite)

Les enfants non mariés, sans emploi et âgés de 21 ans ou plus ont qualité de personne à charge si leur dépendance envers l'adhérent est due à une déficience physique ou mentale, pourvu que l'état d'invalidité totale dont ils souffrent ait été présent de façon continue depuis leur 21^e anniversaire de naissance. Sont également considérés comme personnes à charge, les enfants non mariés et sans emploi dont l'invalidité totale a débuté avant leur 26^e anniversaire pendant qu'ils étudiaient à temps plein dans un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université et si l'invalidité est présente de façon continue depuis ce temps.

La protection pour les personnes à charge admissibles prend effet le même jour que votre couverture; si des personnes à charge s'ajoutent plus tard, la protection à leur égard prend effet dès qu'elles deviennent admissibles, pourvu qu'une demande d'adhésion ait été présentée au cours du délai d'adhésion de 60 jours. Si une demande d'adhésion n'a pas été remplie au cours de cette période de 60 jours, une déclaration de santé à l'égard de ces personnes à charge est demandée et elle doit être approuvée avant la prise d'effet de la protection.

DÉCLARATION DE SANTÉ

La déclaration de santé n'est pas requise si la demande est présentée dans les 60 jours à partir de la date où, pour la première fois, la personne devient admissible. Si la demande de couverture n'est pas faite dans le délai de 60 jours, un certificat de bonne santé peut être requis pour l'employé et ses personnes à sa charge, s'il y a lieu, avant le début de la protection.

La déclaration de santé peut être requise dans certaines autres situations avant que la couverture ne soit approuvée. Vous devrez assumer les frais relatifs à l'obtention d'une déclaration de bonne santé si vous ou votre personne à votre charge présentez une demande d'adhésion dans le délai de 60 jours à partir de la date d'admissibilité.

AUTRE GARANTIE

Lorsqu'il existe plus d'un type de traitement, Croix Bleue Medavie, en consultation avec ses conseillers en soins de santé, se réserve le droit de rembourser les fournitures et les services admissibles selon une autre procédure ou fourniture moins chère, lorsqu'elle le juge approprié et conforme à une bonne gestion de la santé.

BROCHURE ET RENSEIGNEMENTS SUR LES DEMANDES DE RÈGLEMENTS EN LIGNE

Johnson Inc. et Croix Bleue Medavie sont heureux de vous donner l'accès à leurs sites Internet des adhérents respectifs pour vous permettre d'accéder à des renseignements au sujet de votre régime d'assurance collective dans un environnement convivial et des plus confidentiels.

Grâce au site des adhérents de Croix Bleue Medavie, vous pouvez consulter des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Grâce au site réservé aux « membres seulement » de Johnson Inc., vous serez en mesure de consulter votre relevé de prestations courant, y compris vos retenues salariales courantes ainsi que les renseignements sur votre bénéficiaire. Il existe également un lien pour accéder aux renseignements les plus récents sur la brochure d'assurance.

PREMIÈRE VISITE DU SITE « MEMBRES SEULEMENT » DE JOHNSON INC.

Pour accéder au site Web 'Membres seulement' de Johnson Inc., veuillez communiquer avec le Service des régimes d'avantages sociaux de Johnson au 902 453-9543 ou, sans frais, au 1 800 453-9543.

PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **www.medavie.croixbleue.ca**.

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

Les deux sites offrent des caractéristiques additionnelles en plus de celles mentionnées précédemment. Nous vous invitons donc à visiter ces sites pour découvrir les caractéristiques qui vous seront les plus utiles.

Veillez prendre note que pour des raisons de confidentialité et de sécurité, vous devez accéder aux sites de Johnson Inc. et de Croix Bleue Medavie séparément. Les adhérents de régime remarqueront toutefois que l'inscription aux sites est relativement simple et directe. Pour obtenir un accès, vous n'avez qu'à vous inscrire en suivant les étapes indiquées ci-dessus.

Administé par Johnson Incorporated



1-800-453-9543