

Compte de dépenses de santé

Pendant une période limitée, la Fiducie de santé et de bien-être de la Section locale 2002 des Unifor rend disponible un compte de dépenses de santé à chaque membre admissible. Ce programme est totalement financé au moyen de fonds préalablement négociés dans le cadre du processus de négociation de la convention collective. Comme ces fonds proviennent de l'employeur, ils ne peuvent pas être utilisés pour des améliorations des primes/prestations du RCRI, car celui-ci serait alors considéré comme étant partiellement financé par l'employeur, et les prestations qui en découlent seraient alors imposables pour les membres.

Les prestations de ce programme ne sont pas imposables pour les membres, sauf au Québec (imposition provinciale).

Ce que vous devez savoir :

Date d'entrée en vigueur : 1^{er} août 2015

Vous serez en mesure de soumettre des demandes de remboursement pour des dépenses encourues à compter du 1^{er} août 2015 et ce jusqu'au 31 juillet 2016. Les réclamations devront être reçues au bureau de l'administrateur du régime AU PLUS TARD le 31 juillet 2016 à 12h00 – midi (heure de l'est). Tout solde du compte non-réclamé à la fin de 31 juillet 2016 deviendra inutilisable.

Montant dont vous disposez :

Membre à plein temps : 200,00 \$
Membre à temps partiel : 100,00 \$

Qui est admissible:

Vous êtes admissible si vous êtes couvert par le Régime collectif d'assurance revenu en cas d'invalidité (RCRI) de la Section 2002 des Unifor le 1^{er} août 2015.

Vous pouvez également demander le remboursement de dépenses encourues pour vos personnes à charge (conjoint légal ou de fait, et enfants), y compris pour un parent ou grand-parent considéré comme personne à charge en vertu de la loi sur l'impôt sur le revenu.

Qui peut recevoir des paiements du compte de dépenses de santé?

Seul le membre peut recevoir les fonds versés à partir du compte de dépenses de santé. Par conséquent, les demandes de remboursement des soins dentaires ne peuvent être versés directement à un dentiste à partir du compte de dépenses de santé.

Types de dépenses admissibles :

Vous pouvez utiliser le crédit du compte de dépenses de santé pour les dépenses jugées admissibles par l'Agence des douanes et du revenu du Canada, comme

- Montant de franchise ou co-assurance
- Médicaments dispensés sur ordonnance, comme Viagra ou traitement de la fertilité
- Traitement dentaire important, comme pont, couronne, dentier ou orthodontie
- Dépenses pour correction de la vue, ceci incluant la chirurgie au laser
- Services de massage par un thérapeute agréé

Pour de plus ample information ou pour toute question au sujet des dépenses jugées admissibles par l'Agence des douanes et du revenu du Canada, consulter le site Internet : www.cra-arc.gc.ca/ (sélectionnez « Formulaires et publications », puis entrez IT-519R2 dans la case prévue à cet effet et appuyez sur « Rechercher »).

Comment soumettre une demande de remboursement à partir du compte de dépenses de santé :

Pour une dépense qui n'est pas totalement remboursée par le programme des dépenses de santé, soumettre une demande de remboursement du solde non remboursé, comme suit : compléter un formulaire de demande de remboursement et annexer les originaux des reçus; envoyer ceci à l'adresse indiquée sur le formulaire. Les dépenses admissibles peuvent ainsi être remboursées à 100 %. Il est possible de télécharger un formulaire à partir du site Internet de l'administrateur du programme www.canben.com; le/la Président(e) de votre district dispose également d'un stock de formulaires.

Comment déterminer le solde utilisable du compte de dépenses de santé?

Avec chaque remboursement de dépenses, vous recevez un relevé intitulé Explanation of Benefits / Description des prestations, qui indique les détails de la transaction : montant du remboursement demandé, montant admissible, montant remboursé, solde du compte.

Pour toute question concernant ce programme de protection, contacter Canadian Benefits Consulting Group, dont le personnel se fera un plaisir de vous aider.

Solidairement,

Sophia Michailidis
Présidente

Terry Carlucci
Fiduciaire

Marie Doyle
Fiduciaire

Ross McConkey
Fiduciaire

Jeremy Rabbitte
Fiduciaire



Compte de dépenses de santé pour les membres du syndicat Unifor (Section locale 2002) employés par Air Canada / Aéroplan

La Fiducie de santé et de bien-être de la Section locale 2002 des Unifor est heureux d'annoncer un nouveau programme de prestations pour les membres, appelé compte de dépenses de santé.

Vos fiduciaires reconnaissent l'évolution de vos besoins lorsqu'il s'agit de votre régime collectif. Un compte de dépenses de santé vous donne beaucoup plus de souplesse et de contrôle, ce qui vous permet de tirer le meilleur parti de votre régime. En vous basant sur vos propres exigences individuelles, et vos priorités en matière de soins de santé, vous décidez comment utiliser votre compte de dépenses de santé.

Administré par :
Canadian Benefits Consulting Group
2300 Yonge Street, bureau 3000, PO 2426
Toronto, ON M4P 1E3
Tél : 416-488-7755 / 1-800-268-0285
Télécopieur : 416-488-7774



FIDUCIE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DE LA SECTION LOCALE 2002 DES UNIFOR

RELEVÉ DES DÉPENSES COUVERTES - COMPTE DE DÉPENSES DE SANTÉ

SEULES SONT ADMISSIBLES LES DÉPENSES ENCOURUES À COMPTER DU 1ER AOÛT 2015 JUSQU'AU 31 JUILLET 2016.

LES RÉCLAMATIONS DOIVENT ÊTRE REÇUES AU BUREAU DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME,
CANADIAN BENEFITS JUSQU'À MIDI (HEURE DE L'EST).

(MONTANT MAXIMUM DES CRÉDITS DISPONIBLES : 200 \$ POUR PLEIN TEMPS - 100 \$ POUR TEMPS PARTIEL)

FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MEMBRE : Agrafier les reçus originaux

pour chaque dépense dont le remboursement est demandé. Remettre la demande de remboursement à l'administrateur du régime. Toutes les dépenses admissibles en vertu de votre régime collectif d'assurance DOIT d'abord être soumis à l'assureur du régime collectif d'assurance. Pour demander le remboursement de toute partie non payée de votre demande, vous devez soumettre une copie de vos reçus originaux accompagnés d'une autorisation de l'assureur du régime collectif d'assurance.

| | | | |
|---------------|------------|-------------------|------|
| NOM DU MEMBRE | EMPLOYÉ N° | DATE DE NAISSANCE | SEXE |
| | | Jour Mois Année | |

| | | | |
|-------------------|-------|----------|-------------|
| ADRESSE DU MEMBRE | VILLE | PROVINCE | CODE POSTAL |
| NUMÉRO ET RUE | | | |

Veuillez indiquer votre statut d'emploi actuel : Plein temps Temps partiel

Recevez-vous des prestations d'un autre programme collectif? Oui Non

Si oui, joindre une copie du relevé de paiement émis par la compagnie d'assurance.

Lorsqu'une dépense concerne un enfant âgé de plus de 18 ans, joindre une copie du formulaire d'inscription dans un établissement scolaire (pour l'année en cours)

Lorsqu'une demande de remboursement concerne un parent, joindre une copie du plus récent formulaire d'impôts sur le revenu.

| PRÉNOM | SEXE | DATE DE NAISSANCE J M A | DATE DE LA DÉPENSE | NOM OU CODE DIN DU MÉDICAMENT OU AUTRE TYPE DE DÉPENSE | MONTANT FACTURÉ |
|--------|------|----------------------------|--------------------|---|-----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

DEMANDE DE VIREMENT AUTOMATIQUE POUR PRESTATION CDS

Pour demander un virement automatique, veuillez joindre un formulaire de chèque portant la mention "NUL" avec la demande ET compléter les renseignements ci-dessous.

No Succursale No Institution No Compte

Canadian Benefits Consulting Group Limited

Canadian Benefits Consulting Group Limited s'engage à protéger la confidentialité, l'exactitude et la sûreté de toute information personnelle recueillie, utilisée/divulguée dans le cadre de ses activités.

Je certifie par la présente que l'information fournie sur ce formulaire est véridique, complète et exacte, et que chaque dépense de la liste a été encourue pour un traitement médical de la personne identifiée ci-dessus. J'ai été informé que la soumission d'informations inexactes ou incomplètes peut susciter un retard de traitement ou le refus d'un paiement. J'autorise toute personne physique ou morale (médecin, dentiste ou autre prestataire de soins et/ou établissement prestataire de services ou compagnie d'assurance ou autre organisation) en possession d'informations médicales ou autres informations personnelles pertinentes à l'égard de moi-même ou de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge à divulguer ou échanger avec le commanditaire du programme Canadian Benefits ou leur représentant et/ou mandataire toute information nécessaire pour la vérification et la confirmation de la validité de cette demande de remboursement. Je confirme que je suis autorisé à agir à ces fins au nom de mon conjoint et/ou de mes personnes à charge. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'identification et l'administration de toute prestation; je suis informé que la fourniture de mon information d'identification et la divulgation à cette fin sont facultatives et ne constituent pas une condition de fourniture des services, et que je suis en droit de ne pas accorder mon autorisation ou de résilier celle-ci. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

DATE : _____ MOIS _____ ANNÉE _____ SIGNATURE DU MEMBRE : _____

Administrateur :



(Transmettre la demande de remboursement à :)

2300 Yonge Street, Suite 3000, PO 2426, Toronto, Ontario M4P 1E4
(416) 488-7755 1-800-268-0285