

Air Canada

Numéros des exposés de régime : G0788000, G0788021

Numéro de police d'assurance collective : G0788034

Régime G : Membres actifs d'Unifor – Préposés à l'Affectation

Régime GL : Membres actifs d'Unifor – Préposés à l'Affectation (congé)

Régime H : Membres d'Unifor à temps plein

Régime HL : Membres d'Unifor à temps plein (congé)

Régime H1 : Membres d'Unifor à temps partiel

Régime H1L : Membres d'Unifor à temps partiel (congé)

Régime I : Membres actifs d'Unifor à temps plein – Spécialistes – Affectation des équipages

Régime IL : Membres actifs d'Unifor à temps plein – Spécialistes – Affectation des équipages (congé)

Remarque : les numéros ci-dessus sont les principaux numéros à fournir lorsque vous communiquez avec Manuvie. Prenez bien soin de les inscrire, ainsi que le numéro de certificat figurant sur votre carte d'avantages sociaux, dans toute correspondance et sur tout formulaire de demande de règlement.

Date d'effet de l'exposé de régime : 1^{er} avril 2024

Date d'effet de la police d'assurance collective : 1^{er} avril 2024

Le régime décrit dans cette brochure est à jour le 1^{er} avril 2025.

Table des matières

Définition de termes fréquemment utilisés	3
Qui peut bénéficier de la couverture?	8
Admissibilité	8
Attestation médicale	8
Date d'effet de la couverture	8
Traitement des demandes de règlement	9
Comment présenter une demande de règlement	9
Exigences concernant la présentation des demandes de règlement	9
Coordination des prestations – Médicaments, Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires.....	10
Cessation de la couverture	12
Cessation de la couverture	12
Vos avantages sociaux.....	13
Assurance vie.....	13
Décès et mutilation accidentels	15
Médicaments	20
Soins médicaux complémentaires	30
Soins dentaires	42
Garantie d'assurance maladies graves	48
Renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux.....	54

Définition de termes fréquemment utilisés

Nous vous donnons ici une définition de certains termes fréquemment utilisés dans la présente brochure.

Année contractuelle

1er avril au 31 mars

Administrateur

Manuvie.

Autorisation préalable

Mécanisme de gestion des demandes de règlement qui s'applique à une liste définie de médicaments, de fournitures, de soins ou de services pour déterminer leur admissibilité selon des critères cliniques prédéfinis et une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Autorisé, diplômé

La situation d'une personne légalement autorisée à exercer sa profession en vertu d'un permis ou d'un certificat délivré par l'autorité compétente à l'endroit où les services sont fournis.

Date d'adhésion annuelle

Date à laquelle le salarié est autorisé chaque année à apporter des modifications à la couverture dont il bénéficie au titre du régime.

Diligence raisonnable

Processus utilisé par Manuvie pour évaluer de nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, des soins, des services ou des fournitures dans le but de déterminer leur admissibilité au titre du régime. Ce processus s'appuie sur les principes de la pharmacoéconomie, sur les renseignements de référence des analyses coût-efficacité des listes de médicaments fédérales ou provinciales/territoriales, sur les normes reconnues de pratique clinique ou sur les recommandations des organismes consultatifs.

Effectivement au travail

Le fait de travailler au service de votre employeur, et ce, à votre lieu de travail habituel.

Vous êtes réputé être effectivement au travail pendant les fins de semaine, les congés et vos vacances si vous avez été effectivement au travail durant votre dernier jour de travail normal ou durant votre dernier quart de travail prévu.

Équivalent moins cher

Si au moins deux médicaments, ou deux types de fournitures, de soins ou de services peuvent donner des résultats semblables sur le plan thérapeutique, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments, fournitures, soins ou services équivalents doivent être essayés en premier, l'équivalent moins cher sera remboursé.

Étape

Un niveau auquel appartiennent certains médicaments désignés par Manuvie, servant au traitement d'une affection particulière.

Définition de termes fréquemment utilisés

Événement marquant

Il y a événement marquant dans les cas suivants :

- a) le salarié a une nouvelle personne à charge admissible;
- b) la situation de famille du salarié change;
- c) la couverture du conjoint du salarié prend fin;
- d) une personne à charge admissible cesse de répondre à la définition de personne à charge admissible; ou
- e) une personne à charge admissible décède.

Frais couverts

Frais qui seront pris en considération dans le calcul du paiement exigible au titre de vos garanties Médicaments, Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires.

Frais raisonnables et habituels

Le moins élevé des montants suivants :

- a) le prix courant qui, selon Manuvie, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;
- b) le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou
- c) le prix maximal fixé par la loi applicable.

Franchise

La partie des frais couverts que vous ou les personnes à votre charge devez assumer avant que des prestations puissent être versées par votre régime.

Maximum sans attestation médicale

Montant au-dessus duquel vous devez fournir une attestation médicale satisfaisante à Manuvie.

Médecin

Docteur en médecine légalement autorisé à exercer la médecine à l'endroit où sont fournis les services.

Médicament

Produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un numéro d'identification de médicament (NID).

Médicament interchangeable

« Médicament interchangeable » s'entend entre autres de ce qui suit :

- a) tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province/le territoire où l'ordonnance est exécutée; ou
- b) un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province/le territoire où l'ordonnance est exécutée.

Définition de termes fréquemment utilisés

Médicaments de soutien vital

Médicaments vendus sans ordonnance qui sont nécessaires au maintien de la vie.

Méthode de traitement expérimentale

Méthode non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie.

Modules du programme thérapeutique par étapes

Liste d'affections particulières visées par le programme thérapeutique par étapes et précisées dans le site protégé de Manuvie à l'intention des participants.

Naissance

La délivrance d'un enfant vivant du corps de la mère.

Nécessaire du point de vue médical

Accepté et reconnu par le corps médical canadien et Manuvie comme étant un traitement efficace, approprié et essentiel dans le cadre d'une maladie ou d'une blessure. Après avoir exercé une diligence raisonnable, Manuvie se réserve le droit de déterminer si le médicament, le soin, le service ou les fournitures sont couverts.

Observance thérapeutique

Utilisation des médicaments, des soins, des services et des fournitures prescrits de la façon recommandée et aux fins prévues.

Organisme consultatif

Experts externes approuvés par Manuvie qui peuvent fournir à Manuvie des recommandations fondées sur une évaluation pharmacoéconomique ou une analyse coût-efficacité.

Période d'attente

Période continue d'invalidité totale, commençant par le premier quart de travail complet manqué en raison d'une maladie ou d'une blessure, qui doit être complétée pour avoir droit à des prestations d'invalidité. La période d'attente est indiquée dans la section Invalidité de longue durée.

Période probatoire

Période continue de service que vous devez accomplir pour le compte de votre employeur pour avoir droit aux avantages sociaux.

Personne à charge admissible

Votre conjoint ou enfant couvert au titre du régime provincial/territorial.

- Conjoint

Votre conjoint est :

- a) une personne qui est légalement mariée avec vous; ou
- b) la personne de même sexe ou de sexe opposé qui habite avec vous et qui est la mère ou le père (biologique ou adoptif) d'au moins un de vos enfants ; ou

Définition de termes fréquemment utilisés

- c) la personne de même sexe ou de sexe opposé qui vit avec vous dans une relation conjugale depuis au moins 12 mois consécutifs ; ou
- d) la personne de même sexe ou de sexe opposé qui habite avec vous et qui a déjà vécu avec vous pendant une période d'au moins 12 mois consécutifs.

Si plus d'une personne répond à la définition ci-dessus, la personne qui vit actuellement avec vous aura préséance.

La couverture pour les conjoints de fait est assujettie à la présentation du formulaire d'affidavit (ACF420K) et entre en vigueur à la date de réception de l'affidavit dûment notarié par Air Canada.

- Enfant

Un enfant naturel ou légalement adopté, un enfant du conjoint ou un enfant placé en famille d'accueil qui :

- a) n'est pas marié;
- b) est âgé de moins de 21 ans ou et dépend uniquement de vous pour le soutien;
- c) est âgé de plus de 21 ans et dépend uniquement de vous pour son soutien. Ils sont couverts jusqu'à l'âge de 25 ans à condition qu'ils soient inscrits à temps plein dans une université ou un établissement d'enseignement similaire (une preuve d'inscription est requise). La couverture prend fin au 26^e anniversaire de naissance de votre enfant

Un enfant qui est totalement et définitivement invalide avant d'atteindre l'âge de 21 ans continuera d'être une personne à charge admissible tant que vous ou votre conjoint survivant demeurez couverts, à condition que l'enfant ait été couvert par ce programme de prestations avant son 21^e anniversaire.

Un enfant est considéré comme totalement et définitivement invalide s'il est incapable d'exercer un emploi autonome et qu'il dépend entièrement de vous pour son soutien, son entretien et ses soins. Leur demande de statut d'invalidité doit être approuvée et ajoutée avec succès à votre profil avant leur 21^e anniversaire.

Pharmacoéconomie

Discipline scientifique qui évalue la valeur des médicaments pharmaceutiques, des services cliniques ou des fournitures. Cette discipline tient notamment compte des évaluations cliniques, de l'analyse des risques, de la valeur économique et des conséquences en matière de coût pour les régimes. Les études pharmacoéconomiques servent à guider la répartition optimale des ressources de soins de santé, d'une façon normalisée et basée sur des données scientifiques, selon les modalités fixées par Manuvie.

Pourcentage de remboursement

Pourcentage des frais couverts qui est payable par votre régime.

Proche parent

Vous-même, votre conjoint ou votre enfant; votre père ou votre mère, ou le père ou la mère de votre conjoint; votre frère ou votre sœur, ou le frère ou la sœur de votre conjoint.

Programmes d'aide aux patients

Programme qui offre un service d'aide pour vous ou vos personnes à charge à qui des médicaments, des fournitures, des soins ou des services particuliers ont été prescrits. Les fabricants et les distributeurs peuvent offrir des programmes d'aide aux patients qui comprennent une aide financière, ainsi que des services d'information et de formation.

Définition de termes fréquemment utilisés

Programmes de gestion des maladies

Approche de la santé qui enseigne aux patients la façon de gérer une maladie chronique. Système de coordination des interventions et des communications liées aux soins de santé à l'intention des patients souffrant d'affections nécessitant des efforts considérables de leur part pour gérer leur maladie (autosoins).

Programme thérapeutique par étapes

Programme prévoyant la répartition en étapes de certains médicaments destinés au traitement de certaines affections, lesquels sont désignés par Manuvie et précisés dans son site protégé à l'intention des participants, qui répondraient adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux de la personne couverte.

Régime provincial/territorial

Tout régime public prévoyant des prestations d'hospitalisation, médicales ou dentaires, établi par le gouvernement de la province/du territoire où réside la personne couverte.

Rémunération

le taux de salaire normal que vous touchez de votre employeur (avant retenues), à l'exclusion des primes habituelles, des heures supplémentaires habituelles et des commissions habituelles.

La rémunération peut inclure les autres revenus que votre employeur a déclarés par écrit à Manuvie.

Les prestations auxquelles vous aurez droit advenant une demande de règlement seront calculées selon le moindre des montants suivants :

- a) le revenu que vous aurez déclaré sur le formulaire de demande de règlement, ou
- b) le revenu que Air Canada aura déclaré à Manuvie et en fonction duquel des primes auront été versées.

Salle

Une chambre d'hôpital comptant trois lits ou plus, destinée à héberger les patients.

Tâches essentielles

Les fonctions ou tâches physiques ou cognitives que la Financière Manuvie reconnaît comme étant essentielles à l'emploi et qui sont exécutées à une fréquence et à une durée régulière ou qui sont occasionnelles ou rares, mais qui, si elles ne sont pas exécutées, ne satisferaient pas aux exigences de l'emploi.

Ces fonctions ou tâches, si elles sont omises ou modifiées, ne satisferaient plus aux exigences de l'emploi.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Admissibilité

Vous êtes admissible aux avantages sociaux dès votre embauche, pourvu que vous :

- a) soyez un salarié permanent actif d'Air Canada;
- b) n'ayez pas atteint l'âge de cessation; et
- c) soyez domicilié au Canada.

Les personnes à votre charge admissibles ont droit à la couverture le jour où vous y devenez admissible ou le jour où vous avez la charge d'une personne admissible pour la première fois, selon la dernière éventualité. Toutefois, vous devez présenter une demande d'adhésion à la couverture pour vous-même afin que les personnes à votre charge admissibles soient admissibles à l'assurance.

Attestation médicale

Une attestation médicale est nécessaire pour toute couverture en excédent du maximum sans attestation médicale.

Pour présenter une attestation médicale, remplissez le formulaire « Preuve d'assurabilité », que vous pouvez vous procurer auprès de l'administrateur de votre régime ou à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective. Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations médicales supplémentaires.

Date d'effet de la couverture

Lorsqu'une attestation médicale n'est pas exigée, vos avantages sociaux entrent en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

Lorsqu'une attestation médicale est exigée, votre couverture entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où Manuvie approuve cette attestation, s'il est postérieur.

La couverture n'entrera en vigueur que si vous êtes un salarié effectivement au travail. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour de votre retour au travail.

La couverture des personnes à votre charge admissibles entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une attestation médicale est exigée à leur égard, la couverture n'entrera en vigueur que le jour où Manuvie approuvera cette attestation.

La couverture des personnes à votre charge admissibles n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre couverture.

Pour apporter tout changement à votre couverture (couverture des personnes à charge admissibles, renseignements sur les bénéficiaires, nom) ou pour présenter une demande d'adhésion à une garantie que vous avez précédemment refusée, vous devez remplir le formulaire « Demande de modification », que vous pouvez vous procurer à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Traitement des demandes de règlement

Comment présenter une demande de règlement

Pour obtenir un règlement rapide, simple et sécuritaire de vos demandes de prestations, vous pouvez vous inscrire au virement automatique des prestations et aux relevés de règlements par voie électronique au moment de vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants. En nous fournissant vos renseignements bancaires et votre adresse de courriel, vous recevrez rapidement vos prestations dans votre compte bancaire, et ce, même lorsque vous transmettez vos demandes de règlement par la poste. Vous recevrez également un avis par courriel comprenant un lien vers le site manuvie.ca, où vous pourrez ouvrir une session afin de consulter votre relevé de règlement électronique.

Vous pouvez présenter vos demandes de règlement de l'une des manières suivantes :

Soumettre à l'aide de l'application mobile (le cas échéant)

Inscrivez-vous pour utiliser l'application mobile de Manuvie.

Si votre fournisseur de services de soins de santé n'est pas en mesure d'envoyer les demandes de règlement de Manuvie par voie électronique, vous pouvez tout de même nous soumettre votre demande de règlement par voie électronique au moyen de l'application mobile.

En ligne (s'il y a lieu)

Inscrivez-vous au site sécurisé à l'intention des participants à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Si votre fournisseur de soins de santé ne peut pas transmettre vos demandes de règlement à Manuvie par voie électronique, vous pouvez quand même présenter vous-même vos demandes en ligne, au moyen du site sécurisé à l'intention des participants.

Par la poste

Vous devez remplir le formulaire de demande de règlement pertinent, sur lequel figurent les directives d'envoi, et le faire parvenir par la poste à Manuvie.

Les formulaires de demandes de règlement sont accessibles à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Exigences concernant la présentation des demandes de règlement

Les demandes de règlement doivent être présentées dans les délais suivants :

- a) 365 jours suivant la date du sinistre, dans le cas des demandes de prestation d'assurance vie ou d'assurance Décès et mutilation accidentels; et
- b) 180 jours suivant la date de l'établissement du diagnostic initial de l'affection, dans le cas des demandes de prestation d'assurance maladies graves;
- c) au plus tard à la fin de l'année civile suivant l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés, dans le cas des demandes de règlement présentées au titre des garanties Médicaments, Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires, pendant que la couverture prévue par le régime est en vigueur. À la cessation de la couverture d'une personne au titre du présent régime, une preuve attestant que des prestations sont payables au titre des garanties Médicaments, Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires devra être présentée :
 - i) la fin de l'année civile suivant l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés;
ou

Traitement des demandes de règlement

- ii) dans les 90 jours qui suivent la date de cessation de la couverture, selon la première éventualité.

Pour présenter une demande de règlement d'assurance vie ou d'assurance Décès et mutilation accidentels, vous devez remplir le formulaire « Déclaration de sinistre-décès ».

Pour présenter une demande de règlement au titre des garanties Médicaments ou Soins médicaux complémentaires, vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement – Assurance-maladie complémentaire ». Consultez la section des formulaires du site www.manuvie.ca/assurancecollective afin de connaître les frais qui peuvent faire l'objet d'une demande de règlement en ligne.

Pour présenter une demande de règlement portant sur des frais engagés à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger, vous devez remplir le formulaire « Frais engagés à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger ». Les demandes de règlement portant sur des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial/territorial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être présentée à Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial/territorial.

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Soins dentaires, vous devez remplir le formulaire papier standard de demande de règlement de soins dentaires si votre dentiste ne peut la transmettre électroniquement. Consultez la section des formulaires du site www.manuvie.ca/assurancecollective afin de connaître les frais qui peuvent faire l'objet d'une demande de règlement en ligne.

Pour présenter une demande de règlement d'assurance maladies graves, consultez la section des formulaires du site www.manuvie.ca/assurancecollective ou communiquez avec l'administrateur de votre régime. Pour pouvoir présenter une demande de règlement au titre de l'assurance maladies graves, la personne assurée doit avoir survécu à l'affection pendant au moins 14 jours après la date d'établissement du premier diagnostic.

Coordination des prestations – Médicaments, Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires

Saviez-vous que vous pouvez recouvrer jusqu'à 100 % des frais engagés, sous réserve des frais raisonnables et habituels, si vous coordonnez les prestations exigibles au titre de votre régime et de celui de votre conjoint? C'est ce qu'on appelle la coordination des prestations. Voici un aperçu de comment cela fonctionne.

Si vous présentez une demande de règlement pour vous-même : présentez-la d'abord à Manuvie. Envoyez ensuite à l'autre assureur un formulaire de demande de règlement et une copie du relevé de règlement produit par Manuvie afin de demander le remboursement du solde.

Si vous présentez une demande de règlement pour votre conjoint : présentez-la d'abord à l'assureur de votre conjoint. Envoyez ensuite à Manuvie un formulaire de demande de règlement et une copie du relevé de règlement produit par l'autre assureur afin de demander le remboursement du solde.

Si vous présentez une demande de règlement pour un enfant à votre charge admissible : présentez-la d'abord à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance est le premier à survenir dans l'année civile. Soumettez ensuite toute partie des frais non remboursés à l'autre assureur.

Traitement des demandes de règlement

Désignation d'un bénéficiaire

Le présent régime renferme une disposition qui révoque ou limite le droit de la personne couverte par une assurance vie collective de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes assurées seront payables.

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire de l'assurance vie facultative des personnes à charge et de l'assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge. Cette désignation ne peut pas être modifiée.

Manuvie n'accepte que les désignations de bénéficiaire pour l'assurance vie du salarié, l'assurance vie facultative du salarié, l'assurance décès et mutilation accidentels et l'assurance décès et mutilation accidentels facultative du salarié.

Délai prescrit pour les actions en justice

Si une demande de règlement portée en appel est refusée, vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre Manuvie dans les 60 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section Présentation des demandes de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par :

Insurance Act (Alb., C.-B., Man., N.-É., T. N.-O., Nt, Î.-P.-É. et Yn)
Loi de 2002 sur la prescription des actions (Ont.)
Limitations Act (T.-N.-L. et Sask.)
Loi sur la prescription (N.-B.)
Code civil du Québec (Qc)

Cessation de la couverture

Cessation de la couverture

Votre couverture prendra fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous cessez d'être un salarié admissible;
- b) la date à laquelle vous cessez effectivement au travail, à moins que la police d'assurance collective ou l'exposé de régime ne prévoie la prolongation de votre couverture;
- c) la date à laquelle votre employeur met fin à votre couverture;
- d) la date de résiliation de la police d'assurance collective ou l'exposé de régime ou de cessation de la couverture de la division à laquelle vous appartenez;
- e) la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation; ou
- f) la date de votre décès.

La couverture des personnes à votre charge admissibles prendra fin en même temps que votre propre couverture ou dès que celles-ci cesseront d'être à votre charge.

Vos avantages sociaux

Assurance vie

(Assurance vie du salarié, Assurance vie facultative du salarié, Assurance vie facultative des personnes à charge)

Renseignements sur la garantie

Assurance vie du salarié

Si vous décédez pendant que votre assurance est en vigueur, cette garantie procure à votre bénéficiaire un soutien financier. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit.

Montant d'assurance

Régimes G, GL, H, HL, I et IL :

30 fois votre rémunération mensuelle, sous réserve d'un maximum de 80 000 \$

Régimes H1 et H1L :

30 fois votre rémunération mensuelle, sous réserve d'un maximum de 40 000 \$

Maximum sans attestation médicale – égal au montant d'assurance de la prestation

Réduction de l'assurance – votre assurance est réduite de 50 % à 65 ans, le montant d'assurance subit une nouvelle réduction de 25 % à 70 ans du montant en vigueur immédiatement avant l'âge de 65 ans.

Âge de cessation – aucun. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture.

Assurance vie facultative du salarié

Montant d'assurance – multiples de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance. Toutefois, une attestation médicale n'est pas exigée si vous demandez à souscrire une assurance vie facultative de 400 000 \$ ou moins dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité.

Âge de cessation – 70 ans. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture

Dans le cas de l'assurance vie du salarié et de l'assurance vie facultative du salarié

Exclusion relative à l'assurance vie facultative

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Vos avantages sociaux

Pour les personnes à votre charge admissibles :

Vous devez être couvert pour l'Assurance vie facultative du salarié pour pouvoir choisir l'Assurance vie facultative des personnes à charge

Si l'une des personnes à votre charge décède pendant que l'assurance est en vigueur, le montant de cette garantie vous sera versé.

Montant d'assurance facultative

- **Conjoint** – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$

- **Enfant** – multiples de 2 500 \$, jusqu'à concurrence de 50 000 \$

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance à l'égard du conjoint. Toutefois, une attestation médicale n'est pas exigée si vous demandez à souscrire une assurance vie facultative du conjoint de 100 000 \$ ou moins dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité. Une attestation médicale n'est pas exigée pour un montant d'assurance à l'égard des enfants.

Âge de cessation – 70 ans. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture

Exclusion relative à l'assurance vie facultative des personnes à charge

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Désignation d'un bénéficiaire (toutes les garanties)

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires sur le site des participants.

Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.

Droit de transformation

En cas de cessation ou de réduction de votre couverture ou de celle de votre conjoint, il se pourrait que vous ou votre conjoint ayez le droit de transformer votre assurance vie en assurance individuelle, sans avoir à présenter d'attestation médicale. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction. Si vous ou votre conjoint décédez au cours du délai de transformation de 31 jours, le capital d'assurance transformable est versé à votre bénéficiaire ou à vos ayants droit, que vous ayez ou non présenté une demande de transformation.

Pour plus de renseignements sur le droit de transformation, consultez l'administrateur de votre régime. Selon la province/le territoire, des règles différentes peuvent s'appliquer.

Vos avantages sociaux

Décès et mutilation accidentels (Assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié, Assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge)

Renseignements sur la garantie

Pour vous :

Si par suite d'une blessure accidentelle survenue en cours de garantie, vous subissez une perte précisée dans le tableau des pertes ci-dessous, la présente garantie prévoit une aide financière pour vous ou votre bénéficiaire. Si vous décédez, la prestation est payable à votre bénéficiaire. Si votre bénéficiaire décède avant vous ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, la prestation est versée à vos ayants droit. Dans le cas des pertes autres que le décès, les prestations vous sont versées.

Assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié

Montant d'assurance – multiples de 50 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$

Réduction de l'assurance – votre assurance est réduite de 50 000 \$ à 65 ans.

Âge de cessation – aucun. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture.

Pour les personnes à votre charge admissibles :

Vous devez être couvert pour l'Assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié pour pouvoir choisir l'Assurance Décès et mutilation accidentels facultative des personnes à charge

Si par suite d'une blessure accidentelle survenue en cours de garantie, l'une des personnes à votre charge subit une perte précisée dans le tableau des pertes ci-dessous, la présente garantie prévoit une aide financière.

Montant d'assurance

- **Conjoint** – 50 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié, s'il n'y a pas d'enfants; 40 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié, s'il y a des enfants.

- **Enfant** – 15 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative du salarié.

Âge de cessation – aucun. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture.

Tableau des pertes (toutes les garanties)

Toute perte qui figure dans ce tableau est couverte pourvu qu'elle :

- a) résulte directement d'une blessure accidentelle;
- b) survienne dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle; et
- c) soit totale et irréversible ou irrémédiable.

Vos avantages sociaux

Dans le cas de la perte de la parole ou de l'ouïe ou de la perte de l'usage d'un bras, d'une main ou d'une jambe, la perte doit être ininterrompue pendant une période de 12 mois et considérée permanente, avant que la prestation ne soit versée.

La prestation payable pour chaque perte correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de la blessure.

- Décès – 100 %
- Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds – 100 %
- Perte de la vue des deux yeux – 100 %
- Perte d'une main et d'un pied – 100 %
- Perte d'une main et de la vue d'un œil – 100 %
- Perte d'un pied et de la vue d'un œil – 100 %
- Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles – 100 %
- Perte de l'usage ou perte d'un bras et d'une jambe – 200 %
- Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe – 75 %
- Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied – 66,67 %
- Perte de la vue d'un œil – 66,67 %
- Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles – 66,67 %
- Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main – 33,33 %
- Perte de tous les orteils d'un pied – 33,33 %
- Perte de l'ouïe d'une oreille – 33,33 %
- Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie – 200 %

En cas de pertes multiples au même membre par suite d'une même blessure accidentelle, seule la prestation la plus élevée est versée.

En cas de pertes multiples par suite d'une même blessure accidentelle, la prestation ne peut pas excéder 100 % du montant d'assurance, sauf dans les cas suivants : perte de l'usage ou perte d'un bras et d'une jambe, hémiplégie, paraplégie et quadriplégie; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut pas excéder 200 % (à condition que la prestation soit versée du vivant de la personne assurée).

Exposition aux éléments ou disparition

Si une personne assurée subit une perte par suite d'une exposition inévitable aux éléments en raison de l'atterrissage forcé, de la disparition, de la destruction, de la submersion ou de l'échouement du véhicule dans lequel la personne assurée voyageait, une prestation sera payable pour cette perte. La prestation payable est déterminée en fonction du tableau des pertes.

Vos avantages sociaux

Si la personne assurée disparaît et que le corps ne soit pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'atterrissage forcé, la disparition, la destruction, la submersion ou l'échouement du véhicule dans lequel la personne assurée voyageait, la prestation prévue en cas de décès est versée.

Réadaptation professionnelle (salarié seulement)

Si, par suite d'une blessure accidentelle, vous subissez l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et devez par conséquent participer à un programme de réadaptation professionnelle pour pouvoir occuper à nouveau un emploi rémunéré, Manuvie prend en charge les frais engagés, à condition que les frais soient :

- a) raisonnables et nécessaires selon Manuvie;
- b) engagés dans les trois années suivant la date de la blessure accidentelle.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Rapatriement

Si le décès d'une personne assurée est directement attribuable à une blessure accidentelle survenant pendant un voyage à 150 kilomètres ou plus de son domicile, Manuvie prend en charge les frais engagés pour la préparation et le transport du corps de la personne assurée jusqu'à son domicile.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

Déplacement d'un proche parent

Si, par suite d'une blessure accidentelle, une personne assurée subit l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et qu'elle soit hospitalisée à 150 kilomètres ou plus de son domicile, Manuvie prend en charge les frais engagés par un proche parent pour son déplacement et son hébergement, à condition que les frais soient :

- a) raisonnables et nécessaires selon Manuvie;
- b) engagés dans un hôtel situé à proximité de l'hôpital, dans le cas des frais d'hébergement;
- c) engagés pour un aller et retour par le chemin le plus direct pour se rendre à l'hôpital, dans le cas des frais de déplacement.

Lorsque le proche parent n'utilise pas un moyen de transport dûment autorisé à transporter des voyageurs à titre payant, les frais engagés sont remboursables à raison de 0,20 \$ le kilomètre.

La prestation maximale est de 3 000 \$ par accident.

Études des enfants (salarié seulement)

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, Manuvie rembourse les frais de scolarité pour chaque enfant de moins de 26 ans et qui étudie à temps plein :

- a) dans un établissement d'enseignement postsecondaire; ou
- b) dans un établissement d'enseignement secondaire, à condition qu'il s'inscrive dans un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein dans les 365 jours qui suivent votre décès.

Vos avantages sociaux

Un établissement d'enseignement postsecondaire signifie un établissement d'enseignement agréé, notamment une université, un collège privé, un cégep, une école communautaire ou une école des métiers.

La prestation annuelle pour chaque enfant est de 5 000 \$

La prestation est payable pendant un maximum de quatre ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

- a) frais de scolarité engagés avant votre décès; ou
- b) frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Si vous avez un enfant qui n'est pas admissible à cette prestation, une prestation fixe de 1 000 \$ sera versée au bénéficiaire.

Formation professionnelle du conjoint (salarie seulement)

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, Manuvie prend en charge les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle en vue d'acquérir les connaissances nécessaires à l'exercice d'un emploi, à condition que les frais soient :

- a) raisonnables et nécessaires selon Manuvie;
- b) engagés dans les trois années suivant la date de la blessure accidentelle.

La prestation maximale est de 10 000 \$.

La garantie ne prévoit pas le remboursement des frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Coma

Si une personne subit une perte tel qu'indiquée dans le Tableau des pertes couvertes qui, indépendamment de toutes les autres causes, entraîne un coma en conséquence directe de la blessure accidentelle, Manuvie versera une prestation mensuelle, à condition que :

- a) le coma commence dans les 90 jours suivant la blessure accidentelle; et
- b) le coma est continu et persistant pendant une période de six mois consécutifs, après quoi le coma est déterminé par un médecin comme étant permanent.

La prestation mensuelle payable correspond à 1 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels et/ou du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative, moins tout autre montant payé ou payable en vertu de la présente prestation en lien avec le même sinistre couvert.

Les prestations sont payables pendant que la personne assurée est dans le coma, jusqu'à concurrence de 100 paiements.

Les paiements cesseront à la date du décès de la personne assurée ou de la date à laquelle il n'est plus dans le coma.

Vos avantages sociaux

Prestation de survivant

Si vous ou votre conjoint décède des suites directes d'une blessure accidentelle, Manuvie versera une prestation de survivant. La prestation sera versée au conjoint s'il est vivant, ou à parts égales aux enfants survivants en l'absence d'un conjoint survivant.

La prestation mensuelle payable correspond à 1 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels et/ou du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels facultative par mois, pendant six mois.

La prestation maximale est de 5 000 \$.

Cumul des remboursements de frais

Les frais remboursables au titre de la présente garantie, qui sont également couverts par toute autre assurance prévoyant une couverture semblable, sont d'abord pris en charge par cette autre assurance. L'excédent est remboursé au titre de la présente garantie, sous réserve des maximums applicables.

Les remboursements effectués au titre de toutes les assurances ne peuvent pas excéder le montant des frais remboursables effectivement engagés.

Désignation d'un bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires sur le site des participants.

Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.

Exonération de la prime

Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie (voir la rubrique Exonération de la prime à la section Assurance vie). L'exonération de la prime prend fin à la résiliation de la police d'assurance collective.

Exclusions

Aucune somme ne sera versée à l'égard de la présente garantie pour un décès ou d'une perte accidentels si ceux-ci découlent de ce qui suit :

- a) suicide ou blessures auto-infligées;
- b) guerre, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- c) infection (sauf une infection pyogène résultant d'une coupure ou d'une blessure accidentelle), maladie, affection, traitement médical d'une maladie ou d'une affection, ou infirmité physique ou mentale;
- d) perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel; ou
- e) blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool;

Vos avantages sociaux

Médicaments

La garantie Médicaments est fournie directement par Air Canada. Manuvie a été engagée pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de la présente garantie suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions de la présente brochure et du régime de votre employeur.

Si vous ou les personnes à votre charge engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de la garantie Médicaments.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique « La garantie » et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

La garantie

Prestation maximale globale – 1 000 000 \$ la vie durant par personne admissible

Franchise - 10 \$ par personne, 20 \$ par famille, par année contractuelle pour l'ensemble des Médicaments et des Soins médicaux complémentaires

- Report de la franchise

Les frais couverts affectés à la franchise dans les trois derniers mois d'une année contractuelle peuvent aussi être affectés à la franchise de l'année civile suivante.

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :
Médicaments

Âge de cessation – aucun, les prestations prennent fin le premier du mois suivant le départ à la retraite. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture

Frais couverts

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels (à moins d'indication contraire), selon Manuvie, au nom de votre employeur, et qu'ils soient :

- a) jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin;
- b) engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'avantages sociaux;
- c) raisonnables compte tenu de tous les facteurs;
- d) non remboursables au titre du régime provincial/territorial ou de tout autre régime gouvernemental;
- e) assurables en vertu de la loi;

Vos avantages sociaux

- f) liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin;
- g) associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujéti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par l'administrateur et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu.

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial/territorial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, vous ou la personne à votre charge admissible devrez d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

Manuvie peut exiger que vous ou les personnes à votre charge admissibles vous inscrivez et participiez à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge admissibles avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à Manuvie.

Vos avantages sociaux

Provision maximale

La quantité maximale de médicaments couverte pour chaque ordonnance sera la plus petite des quantités suivantes :

- a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste; ou
- b) une provision de 34 jours.

Une provision maximale de 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Les régimes d'avantages sociaux prévoyant une garantie Médicaments pour les personnes domiciliées au Québec doivent répondre à certaines exigences de la *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec (*Loi sur l'assurance médicaments* et *Loi sur l'assurance maladie*). Si vous et les personnes à votre charge admissibles êtes domiciliés au Québec, les clauses précisées à la section Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec s'appliqueront à votre garantie Médicaments.

Régime de médicaments génériques Manuscript 2 – Médicaments d'ordonnance

Les frais suivants sont couverts s'ils sont engagés pour des médicaments ou des fournitures prescrits par écrit par un médecin ou un dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé.

- a) médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi;
- b) contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes;
- c) médicaments injectables (à l'exclusion de la viscosupplémentation);
- d) médicaments de soutien vital;
- e) sclérothérapie
- f) vous, votre conjoint et enfant à charge admissible âgés de six ans et plus, vaccins contre la grippe, jusqu'à concurrence de 40 \$ par vaccination;
- g) enfants à charge admissible âgés de moins de six ans, vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection);
- h) vitamines sur ordonnance;
- i) vitamines injectables sans ordonnance;
- j) les capteurs Freestyle libre sont admissibles seulement pour les personnes couvertes qui sont dépendantes de l'insuline; et
- k) frais pour les éléments suivants pour la province de Québec seulement s'ils figurent dans le formulaire de la RAMQ :
 - i) suppléments de calcium;
 - ii) suppléments de potassium;

Vos avantages sociaux

- iii) produits en fer;
- iv) suppléments nutritionnels;
- v) préparations topiques en vente libre; et
- vi) tente à brumisation

Les frais engagés pour ce qui suit sont **exclus** :

- a) tampons d'ouate et alcool à friction;
- b) honoraires demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables;
- c) médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe;
- d) frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable;
- e) vous, votre conjoint et enfants à charge admissibles âgés de six ans et plus, vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection) sauf les vaccins contre la grippe;
- f) stéroïdes anabolisants;
- g) médicaments contre la stérilité; et
- h) viscosupplémentation.

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Produits antitabagiques (y compris les produits de santé naturels) :

- 690 \$ la vie durant pour toutes les provinces sauf le Québec

- aucun maximum pour la province de Québec seulement si le médicament est inscrit au formulaire de la RAMQ

Médicaments contre l'obésité :

- 2 000 \$ la vie durant pour toutes les provinces sauf le Québec

- aucun maximum pour la province de Québec seulement si le médicament est inscrit au formulaire de la RAMQ

Médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle - 1 000 \$ par année contractuelle

Médicaments contre la stérilité - aucun maximum pour la province de Québec seulement si le médicament est inscrit au formulaire de la RAMQ

Sclérothérapie - 250 \$ par visite pour le coût des médicaments, les honoraires des médecins ne sont pas couverts

Tous les autres frais de médicaments couverts – compris dans la prestation maximale globale

Vos avantages sociaux

- Prestation payable

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, du pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, du maximum.

Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial/territorial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par Manuvie.

Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.

Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.

- Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre, les frais engagés pour ce médicament sera remboursable si celui-ci est couvert par la présente garantie.

Si la mention « aucune substitution » figure sur votre ordonnance, veuillez demander à votre pharmacien de l'indiquer sur le reçu. Vous pourrez ainsi recevoir la prestation maximale à laquelle vous avez droit lorsque vous présenterez votre demande de règlement à Manuvie.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments couverts tient compte de la franchise, du maximum des frais d'exécution d'ordonnance, du pourcentage de remboursement des frais de médicaments et, s'il y a lieu, du maximum.

- Programme thérapeutique par étapes

La personne couverte ne pourra pas se faire rembourser les frais engagés pour tout médicament visé par l'étape 2 (ou l'étape 3) d'un module, à moins d'avoir essayé d'abord un ou plusieurs médicaments visés par l'étape 1.

Les frais engagés pour un médicament visé par l'étape 1 d'un module sont remboursés conformément aux dispositions du régime. Si la personne couverte a essayé un ou plusieurs médicaments visés par l'étape 1 d'un module, comme l'exige Manuvie, mais que ces médicaments :

- a) n'ont pas permis de traiter adéquatement l'affection,
- b) ne peuvent pas être tolérés par la personne couverte, ou
- c) ne peuvent pas être utilisés par la personne couverte pour toute autre raison médicale,

les frais engagés pour tout médicament visé par l'étape suivante du module seront couverts. Lorsque les modules comprennent trois étapes, un ou plusieurs médicaments visés par l'étape 1 et l'étape 2 doivent avoir été essayés pour que les frais engagés pour tout médicament visé par l'étape 3 soient couverts.

Le programme thérapeutique par étapes s'applique aux modules précisés par Manuvie dans son site sécurisé à l'intention des participants.

Vos avantages sociaux

Règlement des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Le paiement est traité automatiquement.

Pour obtenir les médicaments ou fournitures couverts qui vous ont été prescrits, vous devez :

- a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat; et
- b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

Vous devrez payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures qui vous ont été prescrits au moment de leur achat :

- a) si vous ne trouvez pas de pharmacie participante;
- b) si vous n'avez pas votre carte médicaments à tiers payant;
- c) si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous consulter la section Traitement des demandes de règlement.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

Si vous engagez des frais médicaux par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous avez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, votre employeur peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'employeur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à votre employeur.

Exclusions

Sont exclus de la garantie Médicaments les frais liés à ce qui suit :

- a) guerre, déclarée ou non, une insurrection ou une participation volontaire à une émeute ou à une agitation civile;
- b) participation à la perpétration ou à la tentative de perpétration de voies de fait, d'un acte criminel ou d'un geste illégal;
- c) blessures subies pendant que la personne au volant d'un véhicule motorisé est sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool;
- d) maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime d'État, d'une commission des accidents du travail ou d'un organisme semblable;
- e) examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;
- f) services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur;

Vos avantages sociaux

- g) services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas de couverture collective;
- h) services ou fournitures qui auraient été pris en charge par un régime d'État s'il n'y avait pas eu de couverture collective;
- i) services ou fournitures dont la loi n'autorise pas le remboursement;
- j) services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives;
- k) services ou fournitures qui auraient été pris en charge par le régime provincial/territorial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
- l) traitements médicaux inhabituels ou de nature expérimentale;
- m) soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques, sauf la sclérothérapie;
- n) frais de radiographie;
- o) services ou fournitures reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte;
- p) services ou fournitures reçus pendant le séjour à l'hôpital; et
- q) services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

Si vous et les personnes à votre charge admissibles êtes domiciliés au Québec, les clauses suivantes s'appliquent à votre garantie Médicaments.

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- a) médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec au moment où les frais sont engagés;
- b) services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec; et
- c) médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais ne figurant pas sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.

Vos avantages sociaux

Couverture des médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé et sont conformes aux exigences de la *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec et de la *Loi sur l'assurance maladie*. Les clauses standard précisées dans la présente brochure s'appliquent à tous les autres médicaments couverts :

a) Pourcentage de remboursement

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, la prestation payable par la présente garantie est calculée conformément à ce qui suit :

- i) si les médicaments figurent sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et ne sont normalement pas remboursables par la présente garantie, les frais sont remboursés selon le pourcentage de remboursement stipulé à la rubrique La garantie;
- ii) si les services pharmaceutiques prescrits par les lois ne sont pas couverts par le régime, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable;
- iii) si les médicaments figurent sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :
 - le pourcentage de remboursement stipulé à la rubrique La garantie; ou
 - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

Lorsque la contribution annuelle maximale est atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts au titre de la présente garantie est de 100 % des frais couverts.

b) Contribution maximale annuelle

La contribution maximale annuelle correspond à une partie des frais de médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie soit de 100 % des frais couverts. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

- i) le montant de la franchise;
- ii) la partie des frais de médicaments couverts qu'une personne couverte doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %; et
- iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.

Vos avantages sociaux

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des médicaments couverts et des services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec payés à l'égard de vos enfants à charge admissibles.

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjoint, la partie des frais de médicaments et des services pharmaceutiques couverts payés à l'égard de vos enfants à charge admissibles s'ajoute aux frais de la personne dont la contribution se rapproche le plus du maximum.

c) Franchise

Le montant de la franchise de la garantie Médicaments, s'il y a lieu, s'applique, jusqu'à ce que la personne ait atteint la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

d) Maximum la vie durant

Le maximum la vie durant, s'il y a lieu, ne s'applique pas aux médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec ni aux services pharmaceutiques couverts. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques prévue lorsque le maximum la vie durant est atteint :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec; et
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) Enfants à charge admissibles

Vos enfants à charge admissibles qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu sont couverts jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge suivant :

- i) l'âge précisé dans la brochure (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes fréquemment utilisés); ou
- ii) la date de leur 26^e anniversaire de naissance.

Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments et des services pharmaceutiques des enfants à charge admissibles ayant atteint l'âge limite précisé dans la présente brochure :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec; et
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

Vos avantages sociaux

f) Âge de cessation dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques

À condition que vous soyez admissible à la garantie Médicaments, la cessation de la couverture en raison de l'âge prévue pour cette garantie, s'il y a lieu, ne s'applique pas. Les conditions ci-dessous s'appliquent à la couverture médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable;
- iv) la contribution maximale annuelle est celle stipulée dans la réglementation alors applicable; et
- v) la contribution exigée pour la couverture médicaments est celle de la garantie Médicaments.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais non sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec

Toutes les clauses standard précisées dans la brochure s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie, mais ne figurant pas sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.

Vos avantages sociaux

Soins médicaux complémentaires

La garantie Soins médicaux complémentaires est fournie directement par Air Canada. Manuvie a été engagée pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de la présente garantie suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions de la présente brochure et du régime de votre employeur.

Si vous ou les personnes à votre charge admissibles engagez des frais couverts parmi ceux énumérés ci-après, vous aurez peut-être droit à une aide financière au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique « La garantie » et dans la liste des frais couverts.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

La garantie

Franchise – 10 \$ par personne, 20 \$ par famille, par année contractuelle pour l'ensemble des Médicaments et des Soins médicaux complémentaires

- Report de la franchise

Les frais couverts affectés à la franchise dans les trois derniers mois d'une année contractuelle peuvent aussi être affectés à la franchise de l'année civile suivante.

Pourcentage de remboursement

100 % pour les frais suivants :

- Soins hospitaliers
- Soins de la vue
- Services professionnels (sauf le professionnel en santé mentale)
- Services et matériel médicaux (sauf les soins infirmiers privés et le fauteuil roulant électrique)
- Traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger

60 % pour les frais suivants :

- Services et matériel médicaux (Soins infirmiers privés)

50 % pour les frais suivants :

- Services professionnels (Professionnel en santé mentale)
- Services et matériel médicaux (Fauteuil roulant électrique)

Âge de cessation – aucun, les prestations prennent fin le premier du mois suivant le départ à la retraite. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture

Frais couverts

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels (à moins d'indication contraire), selon Manuvie, au nom de votre employeur, et qu'ils soient :

- a) jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin;
- b) engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'avantages sociaux;

Vos avantages sociaux

- c) raisonnables compte tenu de tous les facteurs;
- d) non remboursables au titre du régime provincial/territorial ou de tout autre régime gouvernemental;
- e) assurables en vertu de la loi;
- f) liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin;
- g) associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujetti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par l'administrateur et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu.

Dans le cas où les soins, les services, les traitements et les fournitures cessent d'être couverts, en tout ou en partie, par un régime provincial/territorial, un programme ou un régime public ou encore un programme prévu par la loi, les frais qui ne sont plus couverts par le régime ou le programme en question ne seront pas remboursables d'office au titre du présent régime. Au moment du changement, une évaluation sera faite en vue de déterminer si les frais sont remboursables.

Le présent régime ne prend pas automatiquement en charge l'ensemble des médicaments, des soins, des services et des fournitures. Les nouveaux médicaments, les nouvelles indications de médicaments existants, les soins, les services et les fournitures sont passés en revue par Manuvie conformément au processus de diligence raisonnable. À la fin du processus, Manuvie prend l'une des décisions suivantes : couvrir, couvrir en utilisant des critères d'autorisation préalable, exclure ou appliquer des plafonds de remboursement.

Manuvie tient à jour une liste de médicaments, de soins, de services et de fournitures qui nécessitent une autorisation préalable. L'autorisation préalable vise à vérifier si le traitement prescrit est nécessaire du point de vue médical. Lorsqu'il existe un traitement équivalent moins cher, ou que les lignes directrices en matière de prescription indiquent que les médicaments équivalents doivent être essayés en premier, vous ou la personne à votre charge admissible devrez d'abord essayer le traitement équivalent, à moins qu'il n'y ait une contre-indication médicale au traitement équivalent.

Si elle le juge approprié, Manuvie demandera au médecin des renseignements médicaux, des résultats de test ou d'autres documents pour déterminer l'admissibilité du médicament, du soin, du service ou des fournitures.

Observance thérapeutique

La non-observance thérapeutique peut faire en sorte que les médicaments, les soins, les services ou les fournitures n'ouvrent plus droit à un remboursement.

Programmes d'aide aux patients

Manuvie peut exiger que vous ou les personnes à votre charge admissibles vous inscrivez et participiez à tout programme d'aide aux patients auquel vous êtes admissibles. Manuvie se réserve le droit de déduire des frais remboursables le montant de l'aide financière à laquelle vous ou les personnes à votre charge admissibles avez droit dans le cadre d'un programme d'aide aux patients.

Programmes de gestion des maladies

La participation à un programme de gestion des maladies peut être exigée. La décision relative à l'obligation de participer au programme revient à Manuvie.

Vos avantages sociaux

Provision maximale

Le remboursement de produits qui sont couverts au titre de la présente garantie et qu'on peut se procurer en grandes quantités sera limité à un approvisionnement de trois mois au maximum par achat.

Soins hospitaliers

- a) frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, à condition que :
 - i) la personne soit hospitalisée; et
 - ii) le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient.
- b) Les frais engagés pour ce qui suit sont exclus :
 - i) hôpital privé, maison de repos, soins pour malades chroniques, centres de toxicomanie, maison de retraite et soins palliatifs; et
 - ii) la partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte.

Soins de la vue

- a) examens de la vue, jusqu'à concurrence de 125 \$ par période de 24 mois consécutifs;
- b) achat et ajustement de lunettes d'ordonnance (y compris les lunettes de soleil et les lunettes de sécurité), ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, jusqu'à concurrence de 350 \$ par période de 24 mois consécutifs;
- c) interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence de 600 \$ par période de 48 mois consécutifs;
- d) si des lentilles cornéennes sont nécessaires au traitement d'une grave affection ou peuvent porter le degré de vision de l'œil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, la prestation maximale sera de 1 050 \$ la vie durant; et
- e) une première paire de montures et de verres de correction, de lentilles cornéennes ou de lentilles prothétiques par œil la vie durant à la suite d'une opération de la cataracte.

Si une personne couverte est remboursée pour des interventions au laser visant à corriger la vue, aucune demande de règlement pour des lunettes d'ordonnance ou des lentilles cornéennes ne sera prise en compte pendant une période de 48 mois.

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

* Professionnel en santé mentale comprend conseiller clinicien, thérapeute matrimonial et familial, psychanalyste, psychologue, psychothérapeute et travailleur social seulement

- a) Chiropraticien - 50 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par famille par année contractuelle, et un maximum de 1 000 \$ par personne par année contractuelle, y compris 100 \$ par année contractuelle pour des radiographies
- b) Massothérapeute – 80 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 800 \$ par famille par année contractuelle

Vos avantages sociaux

- c) Naturopathe - 50 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par famille par année contractuelle, et un maximum de 1 000 \$ par personne par année contractuelle
- d) Orthophoniste - 2 000 \$ par famille par année contractuelle, et un maximum de 1 000 \$ par personne par année contractuelle
- e) Ostéopathe - 50 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par famille par année contractuelle, et un maximum de 1 000 \$ par personne par année contractuelle, y compris 100 \$ par année contractuelle pour des radiographies
- f) Physiothérapeute – aucun maximum
- g) Professionnel en santé mentale* - 50 % par visite, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par famille par année contractuelle et un maximum de 750 \$ par personne par année contractuelle
- h) Podiatre/Chiropodiste - 50 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par famille par année contractuelle et un maximum de 1 000 \$ par personne par année contractuelle, y compris 100 \$ par année contractuelle pour des radiographies
- i) Thérapeute du sport – aucun maximum
- j) Thérapeute en réadaptation physique – aucun maximum

Massothérapeute, naturopathe, ostéopathe, physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique, podiatre/chiropodiste et orthophoniste, certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux/territoriaux. Dans les provinces/territoires où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le plafond prévu par le régime provincial/territorial pour l'année de couverture a été atteint.

Autrement, certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux/territoriaux. Il peut être interdit par la législation provinciale/territoriale de couvrir les frais non remboursés avant que le maximum prévu par le régime provincial/territoriale soit atteint. Dans les provinces/les territoires où c'est le cas, le présent régime prend en charge les frais une fois que le maximum prévu par le régime provincial/territorial pour l'année de couverture a été atteint.

Services et matériel médicaux

Remarque : *dans le cas du matériel médical couvert au titre de la présente clause, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux fondamentaux du patient.*

Soins infirmiers privés

Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par :

- a) une infirmière ou un infirmier autorisés; ou
- b) une infirmière ou un infirmier auxiliaires autorisés (ou toute désignation équivalente) qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 30 \$ par jour.

Vos avantages sociaux

Les frais engagés pour ce qui suit sont **exclus** :

- a) soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance;
- b) soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui;
- c) soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable;
- d) soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui.

Détermination préalable des frais remboursables

Il vous est conseillé de présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant d'avoir recours à des soins infirmiers privés. Vous serez alors avisé de toute prestation à laquelle vous pourriez avoir droit.

Ambulance

Le transport en ambulance autorisée fourni dans la province/le territoire du domicile du patient, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient vers et au plus proche hôpital en mesure de fournir le traitement requis ou d'un hôpital à l'autre. Les services ambulanciers autres que les services d'ambulance terrestre nécessitent une autorisation préalable.

Appareils médicaux

Location, ou achat si Manuvie ou votre employeur le permet, du matériel suivant :

- a) matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants (les réparations d'un fauteuil roulant électrique sont admissibles si le coût des réparations est inférieur à 50 % du coût d'un nouveau fauteuil roulant électrique); et
- b) équipement médical durable : lit d'hôpital manuel, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène (y compris la tente à brumisation, la machine maximiste et le poumon d'acier) et autres appareils médicaux durables que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux.

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

- a) prothèses externes;
- b) bas de soutien, jusqu'à concurrence de quatre paires par année contractuelle;
- c) soutiens-gorge post-mastectomie ou camisoles, jusqu'à concurrence de deux soutiens-gorge par année contractuelle;
- d) attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses;
- e) licols de tête, appareils de traction et barres de trapèze;
- f) support dorsal orthopédique, y compris le support Obus Form

Vos avantages sociaux

- g) chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires, jusqu'à concurrence d'une paire par année contractuelle pour l'ensemble des chaussures orthopédiques de série et des chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, et une limite de 150 \$ par paire (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée). Pour que les chaussures soient considérées comme orthopédiques, elles doivent avoir une semelle large (semelle complète, option tige en acier pour la stabilité) et répondre à au moins deux des critères suivants :
- i) Semelle intérieure amovible
 - ii) Grandes épaisseurs
 - iii) Contrefort de talon ferme ou allongé
 - iv) Fermeture ajustable
 - v) Doublure de protection lisse
 - vi) Matériaux respirants/modifiables utilisés pour les tiges
 - vii) Forme d'orteil haut et large;
- h) chaussures fabriquées sur mesure (y compris les chaussures de sécurité et les bottes) qui sont nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut pas être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées, jusqu'à concurrence d'une seule paire par année contractuelle pour l'ensemble des chaussures orthopédiques de série et des chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, et une limite de 500 \$ par paire (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste dûment autorisé en chaussures orthopédiques et la recommandation par un médecin, un podiatre ou un chiroprate. Un chiroprate ne peut pas prescrire et distribuer des chaussures à moins que celle-ci ne soient envoyées dans un laboratoire externe). Pour que les chaussures soient considérées comme orthopédiques, elles doivent avoir une semelle large (semelle complète, option tige en acier pour la stabilité) et répondre à au moins deux des critères suivants :
- i) Semelle intérieure amovible
 - ii) Grandes épaisseurs
 - iii) Contrefort de talon ferme ou allongé
 - iv) Fermeture ajustable
 - v) Doublure de protection lisse
 - vi) Matériaux respirants/modifiables utilisés pour les tiges
 - vii) Forme d'orteil haut et large;
- i) orthèses moulées, fabriquées sur mesure (y compris les réparations), jusqu'à concurrence de 400 \$ par année contractuelle (la recommandation d'un médecin, d'un podiatre/chiroprate ou d'un chiropraticien est exigée); et
- j) coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives (y compris les tests auditifs et l'achat de piles, mais à l'exclusion de l'achat des embouts auriculaires), jusqu'à concurrence de :
- i) 1 500 \$ par 60 mois dans le cas des régimes G, GL, I et IL; et
 - ii) 2,000 \$ par 60 mois dans le cas des régimes H, HL, H1, H1L.

Vos avantages sociaux

Autres services et matériel médicaux

- a) fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie, y compris les cathéters urétraux;
- b) pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés;
- c) perruques et prothèses capillaires pour les patients qui ont temporairement perdu leurs cheveux par suite d'un traitement médical, jusqu'à concurrence 200 \$ la vie durant;
- d) oxygène;
- e) appareils de ventilation à pression positive continue (CPAP)/appareil de ventilation en pression positive avec titration automatique (APAP), jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par période de 60 mois (BPAP/VPAP n'est pas couvert). Les masques et les sondes nasales sont les seules fournitures couvertes pour CPAP;
- f) oxygénothérapie hyperbare et traitement en chambre;
- g) systèmes de surveillance continue du glucose, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par période de 60 mois;
- h) fournitures pour diabétiques : tampons imbibés d'alcool, lancettes, bandelettes réactives, seringues et aiguilles seulement;
- i) glucomètres, un appareil par personne couverte, jusqu'à concurrence de 350 \$ par année contractuelle;
- j) injecteurs d'insuline, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ la vie durant;
- k) supports de pression sur mesure pour le lymphœdème;
- l) bouchon méatique;
- m) neurostimulateurs transcutanés, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de 60 mois;
- n) tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire dûment autorisé; et
- o) traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident. Les blessures résultant d'une morsure ou de la mastication sont exclues.

Vos avantages sociaux

Frais engagés à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger

AVIS IMPORTANT

Votre police d'assurance collective comprend une assurance voyage. Que savez-vous de plus? Nous voulons que vous compreniez (car cela est dans votre intérêt) ce que couvre votre police d'assurance collective, ce qui n'est pas couvert et ce qui est partiellement couvert (couvert, mais avec des limites). Veuillez prendre le temps de lire cette brochure d'assurance collective avant de partir en voyage.

- Cette garantie couvre les demandes de règlement liées à des situations soudaines et imprévues (p. ex., accidents et urgences) et ne couvre généralement pas les soins de suivi ou périodiques.
- Pour avoir droit à cette garantie, vos personnes à charge et vous devez remplir toutes les conditions d'admissibilité (par exemple, être couvert par votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial pendant la durée de votre voyage).
- Cette garantie est assortie de limitations et d'exclusions. Par exemple, une Affection qui n'est pas Stable, ou une Urgence médicale liée à une grossesse ou une naissance dans les quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- Cette garantie pourrait ne pas couvrir les demandes de règlement concernant des problèmes de santé préexistants, peu importe s'ils avaient été diagnostiqués au moment du départ.
- Si vous présentez une demande de règlement, vos antécédents médicaux pourraient être examinés.

VOUS AVEZ LA RESPONSABILITÉ DE COMPRENDRE VOTRE COUVERTURE. SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE CENTRE DE SERVICE À LA CLIENTÈLE DE MANUVIE AU 1 800 268-6195 OU EN LIGNE À MANUVIE.CA

Définitions particulières

Les termes ci-dessous concernent les Traitements médicaux reçus par le Salarié ou la Personne à charge à l'extérieur de sa province ou de son territoire de résidence.

Affection

Trouble de santé, maladie ou blessure (y compris les symptômes d'Affections non diagnostiquées).

Affection préexistante

Toute Affection présente avant la date de départ de la personne assurée de sa province ou de son territoire de résidence.

Frais raisonnables et habituels

Frais engagés pour obtenir des médicaments, des services et des fournitures qui sont comparables à ce que facturent d'autres fournisseurs pour des médicaments, des services et des fournitures semblables dans la même région.

Vos avantages sociaux

Le moins élevé du montant ou des prix suivants :

- a) Le prix courant facturé en l'absence de couverture qui, selon Manuvie, est demandé pour un médicament, un service ou une fourniture comparable dans la région où les frais sont engagés;
- b) Le montant figurant dans le guide des tarifs de l'association professionnelle pertinente;
- c) Le prix maximal fixé par la loi applicable;
- d) Le montant que Manuvie considère comme étant raisonnable pour le médicament, le service ou la fourniture.

Hôpital

Établissement habilité à fournir des services de santé, dûment autorisé et exploité à cette fin, doté du personnel nécessaire pour offrir des soins et des Traitements aux patients hospitalisés ou en consultation externe. Les Traitements doivent être supervisés par un Médecin, et du personnel infirmier autorisé doit être en service 24 heures sur 24. L'établissement doit aussi disposer d'installations de diagnostic et d'une salle d'opération sur place ou dans des lieux sous sa direction.

Sont exclus les établissements qui sont principalement des cliniques, les établissements de soins palliatifs ou de longue durée, les centres de réadaptation, les centres de désintoxication, les maisons de convalescence ou de repos, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les foyers pour personnes âgées et les stations thermales.

Médecin

Personne autorisée à prescrire et à administrer un Traitement médical dans le territoire où les services sont fournis.

Stable

Une Affection est considérée comme étant Stable quand, dans les 90 jours précédant le départ, tous les énoncés suivants sont vrais :

- a) Aucun nouveau Traitement n'a été prescrit ou recommandé, ou le Traitement en cours n'a pas été modifié;
- b) Les médicaments prescrits n'ont pas été modifiés, ou aucun autre médicament n'a été recommandé ou prescrit;
- c) L'Affection ne s'est pas aggravée;
- d) Aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants;
- e) Aucune hospitalisation ni aucun renvoi à un spécialiste n'a été requis;
- f) Il n'y a aucun test, examen exploratoire ou Traitement recommandé, mais non terminé ou pour lequel les résultats sont attendus;
- g) Aucun Traitement n'est planifié ou en attente.

Toutes les conditions ci-dessus doivent être remplies pour qu'une Affection soit considérée comme étant Stable.

Vos avantages sociaux

Traitement, traiter

Acte médical prescrit, posé ou recommandé par un Médecin en lien avec une Affection. Cela comprend, sans s'y limiter, la prescription de médicaments, les examens exploratoires et les interventions chirurgicales.

Urgence médicale

Affection soudaine et imprévue qui nécessite un Traitement immédiat. L'Affection n'est plus considérée comme une Urgence médicale si les preuves examinées par Manuvie indiquent qu'aucun autre Traitement n'est requis là où est survenue l'urgence ou que vous êtes en mesure de retourner dans votre province ou votre territoire de résidence pour recevoir d'autres Traitements.

- Frais engagés à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger

Renseignements sur la couverture

- a) Traitement requis par suite d'une Urgence médicale survenant pendant un séjour temporaire à l'extérieur de la province/du territoire du domicile, pourvu que la personne assurée qui reçoit le traitement soit aussi assurée par le régime provincial/territorial pendant ce séjour à l'extérieur de la province/du territoire du domicile, jusqu'à concurrence de 25 000 \$ la vie durant.

Les frais engagés pour ce qui suit sont remboursables au titre de cette garantie :

- a) services d'un Médecin;
- b) frais de séjour à l'Hôpital selon les tarifs de salle normaux. Les frais excédant le tarif de salle sont remboursables si la clause « Soins hospitaliers » fait partie du présent régime;
- c) services hospitaliers spéciaux;
- d) frais engagés à l'Hôpital en consultation externe;
- e) transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche établissement médical ou Hôpital en mesure de fournir le Traitement requis; et
- f) évacuation sanitaire en vue de l'admission dans un Hôpital ou un établissement médical dans la province/du territoire du domicile habituel du patient.

La somme payable à l'égard de ces frais correspond aux Frais raisonnables et habituels, réduits de la somme payable au titre du régime provincial/territorial.

Tous les autres frais engagés à l'extérieur de la province/du territoire de domicile au titre de la garantie Soins médicaux complémentaires sont remboursés au même titre que s'ils avaient été engagés dans la province/le territoire de domicile.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable au titre de la garantie Frais engagés à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger pour les frais liés directement ou indirectement à ce qui suit :

- a) une Affection qui n'est pas Stable durant les 90 jours précédant la date de départ prévue de la province ou du territoire de résidence;
- b) des blessures volontaires, à moins qu'un certificat médical n'établisse qu'elles sont liées à un problème de santé mentale;

Vos avantages sociaux

- c) un autre Traitement médical, si Manuvie détermine que vous devrez être transférée dans un autre établissement ou retourner dans votre province/territoire de résidence pour recevoir un Traitement;
- d) des examens, un Traitement ou une intervention chirurgicale que vous aurez pu subir à la maison après le début du Traitement médical d'urgence. Cela inclut notamment les examens effractifs ou exploratoires, les examens par IRM, les examens tomodensitométriques, les interventions chirurgicales, le cathétérisme cardiaque, les greffes et les consultations de suivi;
- e) un Traitement non urgent ou ajournable (p. ex., chirurgie esthétique, soins aux malades chroniques, réadaptation, ou tout Traitement qui n'est pas immédiatement requis sur le plan médical, y compris les frais directement ou indirectement liés à des complications connexes);
- f) une demande de règlement, si vous ou votre personne à charge n'êtes pas couverte par le régime public d'assurance maladie de votre province/territoire de résidence pendant toute la durée du voyage. Il vous revient de vérifier que vous disposez de cette couverture;
- g) les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un Traitement, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou une thérapie non conventionnelle, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte;
- h) une Affection ou des symptômes pour lesquels il est raisonnable de s'attendre à ce qu'un Traitement soit nécessaire pendant le voyage;
- i) le Traitement continu, la récurrence ou la complication d'une Affection ou d'un problème connexe, à la suite d'un Traitement d'urgence reçu pendant le voyage, si Manuvie détermine que l'Urgence a pris fin et que vous êtes en mesure de retourner dans votre province/territoire de résidence pour recevoir d'autres Traitements;
- j) une Affection survenue parce que vous ou votre personne à charge n'avez pas suivi le Traitement comme prescrit, y compris la prise d'un médicament sur ordonnance ou en vente libre;
- k) une Urgence médicale liée à une grossesse, à un accouchement ou à des complications connexes, dans le cas des personnes assurées enceintes qui voyagent dans les quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- l) une Affection survenant au cours de votre voyage en raison de la conduite d'un véhicule à moteur ou d'une embarcation de quelque nature que ce soit, par vous-même ou par votre personne à charge couverte, lorsque vos facultés sont affaiblies par une drogue ou une substance intoxicante ou lorsque votre taux d'alcool dans le sang est supérieur à 80 mg par 100 ml de sang.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

Si vous engagez des frais médicaux par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous avez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, votre employeur peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'employeur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à votre employeur.

Vos avantages sociaux

Exclusions

Sont exclus de la garantie Soins médicaux complémentaires les frais liés à ce qui suit :

- a) guerre, déclarée ou non, une insurrection, une participation volontaire à une émeute ou à une agitation civile;
- b) participation à la perpétration ou à la tentative de perpétration de voies de fait, d'un acte criminel ou d'un geste illégal;
- c) blessures subies pendant que la personne au volant d'un véhicule motorisé est sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool;
- d) maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime d'État, d'une commission des accidents du travail ou d'un organisme semblable;
- e) examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;
- f) services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur;
- g) services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas de couverture collective;
- h) services ou fournitures qui auraient été pris en charge par un régime d'État;
- i) services ou fournitures dont la loi n'autorise pas le remboursement;
- j) services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives;
- k) services ou fournitures qui auraient été pris en charge par le régime provincial/territorial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
- l) traitements médicaux inhabituels ou de nature expérimentale;
- m) soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques;
- n) frais de radiographie, sauf si spécifiquement couvert;
- o) services ou fournitures reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte;
- p) services ou fournitures reçus pendant le séjour à l'hôpital; et
- q) services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

Vos avantages sociaux

Soins dentaires

La garantie Soins dentaires est fournie directement par Air Canada. Manuvie a été engagée pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de la présente garantie suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions de la présente brochure et du régime de votre employeur.

Si vous ou les personnes à votre charge admissibles avez besoin de l'un des services dentaires précisés dans la liste des frais couverts ci-dessous, la garantie Soins dentaires peut vous procurer une aide financière.

Le paiement de frais couverts est limité au montant des prestations maximales figurant sous la rubrique « La garantie » et dans la liste des frais couverts ci-dessous.

Les sommes prises en compte dans le calcul de la prestation maximale correspondent aux sommes versées après déduction de la franchise et l'application du pourcentage de remboursement ou de toute autre clause applicable.

La garantie

Franchise - 25 \$ par personne, 50 \$ par famille, par année contractuelle

Ne s'applique pas aux frais suivants :

Niveau I – Services de base (Diagnostic et Préventif)

- Report de la franchise

Les frais couverts affectés à la franchise dans les trois derniers mois d'une année contractuelle peuvent aussi être affectés à la franchise de l'année civile suivante.

Guide des tarifs dentaires – guide des tarifs actuel de la province/du territoire où les soins sont donnés pour le généraliste ou le spécialiste

Pourcentage de remboursement

- 100 % des frais couverts pour le Niveau I – Services de base (Diagnostic et Préventif)

- 90 % des frais couverts pour le Niveau I – Services de base (Restauration, Chirurgie et Prothèses)

- 90 % des frais couverts des frais couverts pour le Niveau II – Services complémentaires de base

- 50 % des frais couverts pour le Niveau III – Prothèses dentaires

- 50 % des frais couverts pour le Niveau IV – Services de restaurations majeures

- 50 % des frais couverts pour le Niveau V – Traitements orthodontiques

- 50 % des frais couverts pour le Niveau VI – Traitements temporo-mandibulaire

Plafonds de la garantie

- 2 000 \$ par année contractuelle pour l'ensemble des Niveau I, Niveau II, Niveau III et Niveau IV

- 2 500 \$ la vie durant pour le Niveau V

- 1 000 \$ la vie durant pour le Niveau VI

Vos avantages sociaux

Âge de cessation – aucun, les prestations prennent fin le premier du mois suivant le départ à la retraite. La fin des prestations est indiquée à la section Cessation de la couverture

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- a) s'ils sont engagés par une personne couverte, en cours de garantie, pour des soins dentaires nécessaires;
- b) s'ils sont engagés pour les services d'un dentiste, d'un hygiéniste dentaire exerçant dans les limites de ses compétences, ou d'un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences;
- c) s'ils sont raisonnables selon Manuvie, au nom de votre employeur, compte tenu de tous les facteurs; et
- d) s'ils ne dépassent pas les honoraires proposés dans le tarif des dentistes ou les frais raisonnables et habituels selon Manuvie, au nom de votre employeur si ceux-ci ne figurent pas dans le tarif des dentistes.

Choix de traitement

Si deux ou plusieurs méthodes de traitement couvertes au titre de la présente garantie permettent de soigner convenablement une affection donnée, Manuvie, au nom de votre employeur versera des prestations au même titre que si la méthode de traitement la moins chère avait été suivie. Votre administrateur déterminera l'efficacité des différents genres de traitement offerts en se référant à un consultant dentaire professionnel.

Niveau I – Services de base - Diagnostique et Préventif

- a) examen buccal complet, à raison d'un examen par période de 12 mois;
- b) radiographies de la bouche au complet et radiographies panoramiques, à raison d'une fois par période de 24 mois;
- c) une unité de détartrage et une unité de polissage tous les six mois, lorsque les soins sont donnés à l'extérieur du Québec, ou prophylaxie (polissage) tous les six mois, lorsque les soins sont donnés au Québec;
- d) examens de rappel, radiographies interproximales, et application de fluorure, tous les six mois;
- e) actes diagnostiques de routine et épreuves de laboratoire;
- f) enseignement de mesures d'hygiène buccale, une fois la vie durant;
- g) détartrage parodontal et le surfaçage radiculaire, sous réserve d'un maximum combiné de 16 unités par année civile
- h) application d'un agent antimicrobien;
- i) tests microbiologiques.

Vos avantages sociaux

Niveau I – Services de base - Restauration, Chirurgie et Prothèse

- a) obturations, tenons et scellants de puits et de fissures. Les frais de remplacement des obturations sont couverts seulement si :
 - i) l'obturation existante est en place depuis au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie récurrente; ou
 - ii) l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames;
- b) restauration complète préfabriquée (métal ou plastique);
- c) dispositifs de maintien d'espace (sauf les appareils posés à des fins orthodontiques);
- d) actes chirurgicaux mineurs et soins post-chirurgicaux;
- e) extractions (y compris les dents incluses et résiduelles);
- f) autres actes de chirurgie non énumérées (à l'exclusion de la chirurgie d'implant)
- g) consultations, anesthésie et sédation consciente;
- h) réparations de dentier, regarnissage et rebasage, seulement si les frais sont engagés plus de trois mois après la mise en place initiale de la prothèse;
- i) re-ciment des couronnes et des ponts; et
- j) injection d'antibiotiques administrée par un dentiste, relativement à une chirurgie dentaire.

Niveau II – Soins complémentaires de base

- a) tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris ce qui suit :
 - i) contentions provisoires;
 - ii) équilibration occlusale, jusqu'à concurrence de huit unités par année civile; et
 - iii) agents chimiothérapeutiques et antimicrobiens
- b) services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux :
 - i) les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts sous réserve d'un traitement initial et d'une reprise de traitement par dent la vie durant;
 - ii) les reprises de traitement sont couvertes seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial;
 - iii) blanchiment des dents traitées par endodontie.

Vos avantages sociaux

Niveau III – Prothèses dentaires

- a) première prothèse dentaire amovible complète ou partielle;
- b) remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :
 - i) une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable;
 - ii) la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable; ou
 - iii) la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place.

Niveau IV – Services de restaurations majeures

- a) couronnes et onlays lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspide ou à l'angle incisif;
- b) incrustations couvrant au moins trois faces de la dent, à condition que la cuspide soit manquante;
- c) premier pont fixe;
- d) remplacement d'un pont, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :
 - i) une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable;
 - ii) la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable; ou
 - iii) la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place.

Niveau V – Traitements orthodontiques

Traitements orthodontiques pour les enfants à charge admissibles uniquement, pourvu que le traitement commence avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 21 ans.

Niveau VI – Traitements temporo-mandibulaire

Traitement et prise en charge de la dysfonction temporo-mandibulaire, y compris les radiographies, les appareils, l'entretien, les réparations et la chirurgie.

Détermination préalable des frais remboursables

Si vous prévoyez que le coût d'un traitement dentaire recommandé dépassera 500 \$, il est conseillé de présenter, avant que ne commence le traitement, une description détaillée du traitement rédigée par votre dentiste. Vous serez ensuite informé de la somme à laquelle vous avez droit au titre de cette garantie.

Vos avantages sociaux

Traitement en cours à la fin de la couverture

Les frais relatifs à un traitement dentaire en cours à la cessation de la couverture (pour une raison autre que la résiliation de l'exposé de régime ou la cessation de la garantie Soins dentaires) sont remboursables, à condition que ces frais aient été engagés dans les 31 jours suivant la date de cessation de la couverture.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

Si vous engagez des frais dentaires par suite d'une blessure causée par un tiers et que vous avez le droit d'intenter une action en dommages-intérêts, l'employeur peut vous demander de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par l'employeur dépasse les frais effectivement engagés, vous devrez rembourser l'excédent à l'employeur.

Exclusions

Sont exclus de la garantie Soins dentaires les frais découlant de ce qui suit :

- a) guerre, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- b) perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel;
- c) blessures subies pendant que la personne au volant d'un véhicule motorisé est sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool;
- d) soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement ne soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte au titre de la présente garantie;
- e) appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil;
- f) rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;
- g) services pris en charge par un régime d'État;
- h) services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur;
- i) services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas de couverture collective;
- j) traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale;
- k) remplacement d'appareils dentaires amovibles qui ont été perdus, égarés ou volés;
- l) frais de laboratoire dépassant les frais raisonnables et habituels;
- m) services ou fournitures reçus de la personne couverte, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne couverte;
- n) implants ou tout service relatif aux implants. Toutefois, lorsque l'implant est le traitement choisi, mais qu'une prothèse ou un pont permettraient de soigner convenablement l'affection, le régime remboursera le coût de l'implant et des services connexes en se fondant sur le coût du traitement équivalent le moins cher (prothèse ou pont);

Vos avantages sociaux

- o) méthode de traitement qui n'est pas reconnue de façon générale par les dentistes comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une affection dentaire; et
- p) services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

Vos avantages sociaux

Garantie d'assurance maladies graves

(Assurance maladies graves facultative du salarié, Assurance maladies graves facultative du conjoint, Assurance maladies graves facultative des enfants)

Le numéro de votre contrat d'assurance maladies graves est le G0149447.

Veillez consulter vos **brochures sur l'assurance maladies graves** pour obtenir des renseignements supplémentaires sur cette assurance.

L'assurance maladies graves peut contribuer à vous prémunir contre les conséquences financières d'une maladie grave qui modifierait votre vie ou qui mettrait votre vie en danger. L'objectif de la prestation est de vous aider à faire face à la perte de revenus, aux frais médicaux, à l'adaptation de votre résidence ou aux changements professionnels attribuables à votre maladie.

Elle vous fournira une prestation forfaitaire unique dans le cas où vous (ou l'une des personnes à votre charge) seriez atteint de l'une des maladies graves figurant sur la liste des affections figurant à la fin de la présente garantie.

Le demandeur doit survivre à cette affection pendant au moins 14 jours après la date d'établissement du premier diagnostic. Nous évaluerons votre demande de règlement en fonction de nos critères d'admissibilité.

Pour vous :

Montant d'assurance facultative – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$ (montant d'assurance minimal de 10 000 \$)

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance maladies graves facultative. Toutefois, une attestation médicale n'est pas exigée si vous demandez à souscrire un montant d'assurance maladies graves facultative de 50 000 \$ ou moins dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité.

Âge de cessation – 65 ans, âge au départ à la retraite ou comme il est indiqué dans la section Cessation de l'assurance de la police, selon la première éventualité

Pour les personnes à votre charge :

Montant d'assurance facultative du conjoint – multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$ (montant d'assurance minimal de 10 000 \$)

Montant d'assurance facultative des enfants – 10 000 \$ par enfant

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance maladies graves facultative du conjoint. Toutefois, une attestation médicale n'est pas exigée si vous demandez à souscrire un montant d'assurance maladies graves facultative du conjoint de 50 000 \$ ou moins dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité.

Âge de cessation

Conjoint – 65 ans (âge du conjoint), âge à votre départ à la retraite ou comme il est indiqué dans la section Cessation de l'assurance de la police, selon la première éventualité

Enfant – 65 ans (âge du salarié), âge à votre départ à la retraite, âge limite de l'enfant tel que mentionné sous la rubrique Définition ou âge au versement de la prestation maladies graves facultative de votre enfant, selon la première éventualité

Vos avantages sociaux

Définitions de termes associés à l'assurance maladies graves

Enfant

Veillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes fréquemment utilisés

Salarié

Veillez consulter la section Admissibilité sous Qui peut bénéficier la couverture? pour plus de détails.

Proche parent

Personne qui est :

- a) le salarié, ou
- b) le conjoint ou l'enfant du salarié.

Médecin

Docteur en médecine dûment autorisé à exercer la médecine à l'endroit au Canada où sont prodigués les soins. Aux fins du présent document, à moins d'indication contraire, la référence à un médecin inclut aussi l'infirmier(ère) praticien(ne) dans son champ d'exercice.

Spécialiste

Un médecin autorisé qui a été formé dans le domaine particulier de la médecine se rapportant à la maladie ou l'affection grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de Manuvie, une affection peut être diagnostiquée par un médecin praticien qualifié autorisé à pratiquer au Canada.

Le terme spécialiste inclut, entre autres, un cardiologue, un neurologue, un néphrologue, un oncologue, un ophtalmologiste, un spécialiste des grands brûlés et un interniste. Le spécialiste ne doit être ni le titulaire de contrat, ni la personne assurée, ni un membre de la famille ou un partenaire commercial du titulaire de contrat ou de la personne assurée.

Période de survie

La période qui débute à la date d'établissement du diagnostic de l'affection couverte au titre de l'assurance maladie graves et qui se termine 14 jours plus tard, sauf lorsqu'une affection couverte décrite ci-dessous modifie la présente définition. La période de survie n'inclut pas le nombre de jours pendant lequel les fonctions vitales sont maintenues. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau.

Conjoint

Veillez vous reporter à la définition de conjoint dans la section Définition de termes fréquemment utilisés

Critères d'admissibilité

Manuvie tient compte des critères suivants pour déterminer votre admissibilité à la prestation d'assurance maladies graves :

- a) Manuvie reçoit des renseignements médicaux à l'appui de votre diagnostic de maladie grave couverte;

Vos avantages sociaux

- b) le diagnostic de toute maladie grave est posé par un médecin ou un spécialiste qui exerce la médecine au Canada et qui est spécialisé dans le traitement de la maladie grave visée.
- c) le diagnostic ne constitue pas une récurrence d'une affection antérieure, sauf dans les cas décrits à la rubrique Garantie Second événement (cancer);
- d) tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être faits par un professionnel de la santé qui n'est ni vous, ni le titulaire de police, ni un membre de votre famille, ni votre associé ou un associé du titulaire de police.

Manuvie peut en tout temps exiger que vous subissiez un examen médical ou que vous soyez évalué par la personne de son choix.

Aucune prestation n'est versée pour un diagnostic de maladie grave alors que la personne assurée n'était pas couverte au titre de la présente police.

Lorsqu'une prestation est exigible, la personne assurée à l'égard de laquelle la prestation a été versée ne sera pas couverte pour toute autre demande de règlement liée à la même affection, à l'exception de ce qui est indiqué à la rubrique Garantie Second événement (cancer).

Couverture en cas d'affections multiples

Cela signifie que vous ou votre conjoint pourriez recevoir des prestations d'assurance maladies graves distinctes. Une demande de règlement peut être admissible pour chaque catégorie d'affection couverte pour un maximum de trois (3) demandes de prestation au total, ainsi qu'une demande de règlement supplémentaire, décrite à la rubrique Garantie Second événement (cancer).

Une fois qu'une demande de règlement est payée pour une catégorie, la catégorie concernée est assujettie à des restrictions qui empêchent la personne assurée de recevoir une autre prestation pour une affection de la même catégorie, sauf dans le cas d'un second événement de cancer.

Garantie Second événement (cancer)

Nous verserons une prestation pour un second événement de cancer à une personne assurée admissible si :

- a) au moins 60 mois se sont écoulés entre le premier cancer et le second cancer;
- b) la personne assurée n'a reçu aucun traitement lié directement ou indirectement au cancer antérieur pendant cette période de 60 mois (les médicaments préventifs et les consultations médicales de suivi ne sont pas considérés comme des traitements);
- c) il n'y a aucune preuve de présence, de récurrence ou de propagation du cancer antérieur;
- d) pendant cette période de 60 mois, la personne assurée ne présente aucun nouveau symptôme pour lequel elle a cherché à obtenir une investigation médicale, un diagnostic, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, ou ne présente aucun symptôme associé à un diagnostic de cancer qui l'aurait incitée à obtenir de tels renseignements; et
- e) le diagnostic subséquent doit être posé pendant que la personne assurée est couverte au titre de la présente police.

Vos avantages sociaux

De plus, pour qu'une prestation pour un second événement de cancer soit versée, le diagnostic de cancer subséquent :

- a) ne doit pas porter sur un cancer secondaire ou avoir un lien histologique avec le cancer antérieur; ou
- b) dans le cas des cancers hématologiques, le nouveau cancer doit être classé ou divisé selon des caractéristiques cellulaires définies d'une manière nettement différente du cancer antérieur.

Affections couvertes par catégories

Groupe 1 : cancer

- a) Cancer (mettant la vie en danger)

Groupe 2 : maladies cardiovasculaires

- b) Accident vasculaire cérébral
- c) Chirurgie de l'aorte
- d) Crise cardiaque
- e) Pontage coronarien
- f) Remplacement ou réparation de valvules cardiaques

Groupe 3 : toutes les autres

- g) Anémie aplasique
- h) Brûlures graves
- i) Coma
- j) Démence, maladie d'Alzheimer comprise
- k) En attente d'une greffe d'organe
- l) Greffe d'organe
- m) Insuffisance rénale
- n) Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis
- o) Maladie du motoneurone
- p) Méningite purulente
- q) Paralysie
- r) Perte d'autonomie
- s) Perte de l'usage de la parole
- t) Perte de membres
- u) Sclérose en plaques
- v) Surdité
- w) Tumeur cérébrale bénigne, cécité
- x) VIH contracté au travail et autres affections si ajoutées

Nous ne verserons aucune prestation au titre de la couverture en cas d'affections multiples à l'égard de ce qui suit :

- a) Toute demande de règlement future à l'égard d'une perte d'autonomie après qu'une personne assurée a reçu une prestation à l'égard de toute catégorie d'affections couvertes
- b) Toute demande de règlement future après qu'une personne assurée a reçu une prestation à l'égard d'une perte d'autonomie.
- c) Toute demande de règlement pour laquelle, dans les 90 jours suivant la date à laquelle une affection grave antérieure a été diagnostiquée, la personne assurée à l'égard de laquelle la prestation a été versée :
 - i) a présenté des signes ou des symptômes menant à l'établissement d'un diagnostic de maladie grave, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou

Vos avantages sociaux

- ii) a obtenu des consultations médicales ou s'est soumise à des tests médicaux ou à toute autre forme d'évaluation clinique menant à l'établissement d'un diagnostic de maladie grave, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- iii) un diagnostic de maladie grave
- d) Une demande de règlement pour une maladie grave d'un enfant.

Limites géographiques

Toute maladie grave diagnostiquée à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie ne sera évaluée qu'une fois que la personne assurée est revenue au Canada et a obtenu une évaluation médicale de son état de santé.

Assurance maladies graves – Affections couvertes par catégories

	Vous et votre conjoint	Votre enfant
Maladies graves dues au cancer		
Cancer (mettant la vie en danger)	X	X
Maladies cardiovasculaires graves		
Chirurgie de l'aorte	X	X
Pontage coronarien	X	X
Crise cardiaque	X	X
Remplacement ou réparation de valvules cardiaques	X	X
Accident vasculaire cérébral	X	X
Cardiopathie congénitale (pour laquelle une chirurgie correctrice a été effectuée)		X
Autres maladies graves		
Anémie aplasique	X	X
Méningite purulente	X	X
Tumeur cérébrale bénigne	X	X
Cécité	X	X
Coma	X	X
Surdité	X	X
Démence, maladie d'Alzheimer comprise	X	X
Insuffisance rénale	X	X
Perte d'autonomie	X	X
Perte de membres	X	X
Perte de l'usage de la parole	X	X
Défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe	X	X
Greffe d'un organe vital	X	X
Maladie du motoneurone	X	X
Sclérose en plaques	X	X
Infection � VIH contractée au travail	X	X
Paralysie	X	X
Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis	X	X
Brûlures graves	X	X
Autisme		X
Infirmitt� motrice cérébrale		X
Fibrose kystique		X
Syndrome de Down		X
Dystrophie musculaire		X
Diabète insulino-dépendant		X

Vos avantages sociaux

Exclusions

Aucune prestation ne peut être versée pour toute maladie grave liée à ce qui suit :

- a) toute exclusion s'appliquant à une affection donnée, indiquée dans l'annexe portant sur les affections couvertes au titre de l'assurance maladies graves;
- b) blessures ou maladies auto-infligées;
- c) consommation abusive de substances engendrant une dépendance, y compris les drogues et l'alcool et les abus uniques;
- d) guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- e) perpétration d'un acte criminel;
- f) blessures subies pendant que la personne assurée conduisait un véhicule en se trouvant sous l'effet de la drogue ou de l'alcool, tel qu'interdit par la loi;
- g) prise d'une substance toxique ou inhalation de gaz ou d'émanations toxiques;
- h) affection diagnostiquée chez un enfant né dans les 10 mois suivant la date d'effet de l'assurance des enfants;
- i) affection préexistante contractée ou diagnostiquée dans les 24 premiers mois précédant la date d'effet de l'assurance, de la dernière remise en vigueur ou de la dernière augmentation de la couverture lorsqu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée. Cette restriction s'applique peu importe si la personne assurée connaissait l'existence de l'affection ou s'il avait reçu un diagnostic avant la date d'effet de l'assurance ou de la dernière remise en vigueur.

Une affection préexistante consiste en une maladie ou une blessure pour laquelle la personne assurée a présenté des signes et des symptômes, a reçu des traitements, des soins ou des services médicaux (y compris des services de diagnostic), a consulté un médecin ou une(e) infirmier(ère) praticien(ne) ou s'est fait prescrire des médicaments – ou pour laquelle une personne prudente aurait cherché à obtenir un traitement, dans les 24 mois précédant la date d'effet de l'assurance ou la dernière date de remise en vigueur de cette garantie.

- j) cancer, tumeur cérébrale bénigne ou maladie de Parkinson et à des troubles parkinsoniens atypiques, si dans les 90 jours suivant la date d'effet de votre couverture, vous :
 - avez présenté des signes ou des symptômes menant à l'établissement d'un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de la maladie de Parkinson et de troubles parkinsoniens atypiques précis, peu importe la date d'établissement du diagnostic;
 - vous êtes soumis à des examens ou à des tests médicaux, ou à toute autre forme d'évaluation clinique menant à l'établissement d'un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de maladie de Parkinson et de troubles parkinsoniens atypiques, peu importe la date d'établissement du diagnostic;
 - recevez un diagnostic de cancer, de tumeur cérébrale bénigne ou de maladie de Parkinson et de troubles parkinsoniens atypiques.

Renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux

Renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux

Les renseignements fournis dans le présent document donnent un aperçu de la couverture et des services que le promoteur de votre régime d'avantages sociaux a choisi d'offrir dans le cadre de celui-ci. Nous avons déployé tous les efforts possibles pour décrire le régime avec exactitude. Toutefois, en cas de doute, les dispositions des documents officiels du régime prévaleront.

Sous réserve de la loi applicable, vous ou toute personne présentant une demande de règlement au titre de la police et/ou l'exposé de régime, avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- a) la police et/ou l'exposé de régime;
- b) votre demande d'adhésion au régime; et
- c) toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

Dans le cas d'une personne présentant une demande de règlement, l'accès aux documents précités est restreint à ce qui est pertinent dans le cadre de la présentation, ou du refus, de cette demande au titre de la police et/ou l'exposé de régime.

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

Nous vous recommandons de lire attentivement la présente brochure, puis de la conserver en lieu sûr avec tous vos autres documents importants.