



Brochure de votre régime d'assurance collective

Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL)

Numéro de contrat : 39471

Date d'effet mise à jour : 1^{er} décembre 2022

Votre participation au régime d'assurance collective est obligatoire



Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime d'assurance collective

Votre couverture collective vous assure la tranquillité d'esprit et offre à vous-même et à votre famille des soins de santé qui ne sont pas inclus dans la couverture gouvernementale.

Ce programme est assuré par Medavie inc. (aussi connue sous le nom de Croix Bleue Medavie) et par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, qui ensemble, seront appelées « Croix Bleue » pour faciliter la lecture.

Croix Bleue Medavie assure les garanties soins de santé, alors que toutes les autres garanties sont assurées par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada.

Depuis près de 70 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

Notre engagement à servir et à trouver des solutions novatrices, de même que notre expertise technologique, vous permettent d'avoir l'esprit tranquille. Croix Bleue est toujours là pour vous.

À propos de la brochure

La présente brochure et votre carte d'identification contiennent des renseignements importants sur votre couverture collective. Veuillez les conserver en lieu sûr pour consultation ultérieure.

La brochure résume les caractéristiques importantes de votre couverture collective. Elle est préparée à titre informatif seulement et ne constitue pas en soi une entente. Les modalités exactes du régime sont décrites dans le contrat collectif détenu par le preneur. S'il existe une divergence de termes entre la brochure et le contrat collectif, le contrat collectif prévaut, dans la mesure où la loi l'autorise.



Conseil pratique
Faites une visite dans la section Centre de l'adhérent au www.cbmedavie.ca.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties** : cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.
- **Modalités de la couverture** : cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.
- **Droits et responsabilités en vertu du contrat** : cette section énonce vos responsabilités en vertu du contrat collectif, telle que celle d'aviser l'administrateur du régime de tout changement à votre statut, ainsi que vos droits, tel que votre droit à la protection des renseignements personnels.
- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements** : cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.
- **Conseils pratiques** : tout au long de la présente brochure, nous vous fournissons des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

Soumettez une demande de règlement, accédez à une version électronique de votre carte d'identification, vérifiez votre protection, trouvez un professionnel de la santé dans votre région, et bien plus! Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties.....	1
Termes-clés.....	11
Modalités de la couverture	16
Exonération des primes	21
Garantie Vie de l'adhérent.....	23
Garantie Vie facultative.....	25
Garantie Mutilation par accident de l'adhérent.....	27
Garantie Mutilation par accident facultative.....	31
Garantie Médicaments	35
Garantie Soins de santé complémentaires.....	40
Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement).....	47
Garantie Voyage	52
Compte gestion santé (CGS).....	62
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat	64
Comment soumettre une demande de règlement	68
Ressources supplémentaires et services aux adhérents.....	70

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Calcul de la prestation	2 fois le salaire annuel
Prestation maximale	2 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie facultative de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	1 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie facultative de l'adhérent
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	
Âge :	Pourcentage de la prestation déterminée ci-dessus
46 ans	97 %
47 ans	94 %
48 ans	90 %
49 ans	87 %
50 ans	84 %
51 ans	80 %
52 ans	77 %
53 ans	74 %
54 ans	70 %
55 ans	67 %
56 ans	64 %
57 ans	60 %
58 ans	57 %
59 ans	54 %
60 ans	50 %
Fin de la garantie	71 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative (adhérent et personnes à charge)

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	1 à 5 fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ de protection (maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie de l'adhérent)
Maximum pour le conjoint	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 100 000 \$ de protection
Maximum par enfant	Multiples de 5 000 \$ Maximum de 25 000 \$ de protection

Maximum sans preuve d'assurabilité

Adhérent	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 3 fois le salaire annuel (2 fois le salaire annuel en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent <i>plus</i> 1 fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence de 142 678 \$, en vertu de la présente Garantie Vie facultative), jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ (combiné avec le montant de la Garantie Vie de l'adhérent).</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Conjoint	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 30 000 \$.</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Enfant	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 5 000 \$.</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p> <p>Toutefois, le nouvel enfant d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré automatiquement pour une somme de 5 000 \$ sans preuve d'assurabilité à la naissance ou à l'adoption sans égard au moment de la déclaration.</p> <p>Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder 1 tranche de 5 000 \$.</p>

Fin de la garantie

Adhérent	À 71 ans ou à la prise de retraite
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 71 ans ou à la retraite de l'adhérent.
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 71 ans ou à sa retraite.

Exonération des primes	Oui
-------------------------------	-----

Sommaire des garanties

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Calcul de la prestation	2 fois le salaire annuel
Prestation maximale	2 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Mutilation par accident facultative de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	1 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Mutilation par accident facultative de l'adhérent
Réduction de la prestation	Même réduction que la Garantie Vie de l'adhérent
Fin de la garantie	À 71 ans ou à la prise de retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Mutilation par accident facultative (adhérent et personnes à charge)

Calcul de la prestation

Maximum pour l'adhérent	1 à 5 fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ de protection (maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie de l'adhérent)
Maximum pour le conjoint	Multiplés de 10 000 \$ Maximum de 100 000 \$ de protection
Maximum par enfant	Multiplés de 5 000 \$ Maximum de 25 000 \$ de protection

Maximum sans preuve d'assurabilité

Adhérent	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 3 fois le salaire annuel (2 fois le salaire annuel en vertu de la Garantie Mutilation de l'adhérent <i>plus</i> 1 fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence de 142 678 \$, en vertu de la présente Garantie Mutilation par accident facultative), jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ (combiné avec le montant de la garantie Mutilation par accident de l'adhérent).</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Conjoint	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 30 000 \$. À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Enfant	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 5 000 \$. À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p> <p>Toutefois, le nouvel enfant d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré automatiquement pour une somme de 5 000 \$ sans preuve d'assurabilité à la naissance ou à l'adoption sans égard au moment de la déclaration.</p> <p>Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder 1 tranche de 5 000 \$.</p>

Fin de la garantie

Adhérent	À 71 ans ou à la prise de retraite
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 71 ans ou à la retraite de l'adhérent.
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 71 ans ou à sa retraite.

Exonération des primes	Oui
-------------------------------	-----

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments

Franchise (combinée à la franchise de la Garantie Soins de santé complémentaires)	Régime de base	Régime élargi
Individuelle	180 \$	55 \$
Monoparentale	290 \$	90 \$
Familiale	435 \$	135 \$
Pourcentage de remboursement	Régime de base et élargi	
Médicaments de fertilité	Le pourcentage de remboursement appliqué par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ	
Autres médicaments	80 %*	
Méthode de paiement	Paiement direct	
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui	
Liste de médicaments	Liste gérée	
Maximum		
Sérums contre les allergies	Inclus	
Injections sclérosantes	20 \$ par visite	
Traitement à l'aspirine (AAS) à faible dose	Inclus	
Gestion des médicaments biosimilaires	Incluse	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique	
Provision maximale	Provision de 100 jours (Une provision de 30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments.)	
Période minimale de participation au régime élargi	36 mois	
Changement de régime	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Non	
Prolongation	Oui (Voir la clause dans la section Modalités de la couverture.)	

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Franchise (combinée à la franchise de la Garantie Médicaments)	Régime de base	Régime élargi
Hospitalisation	Aucune	Aucune
Soins de la vue	Aucune	Aucune
Certificat médical	Aucune	Aucune
Toutes les autres garanties		
Individuelle	180 \$	55 \$
Monoparentale	290 \$	90 \$
Familiale	435 \$	135 \$
Pourcentage de remboursement et maximum Régime de base et élargi		
Hospitalisation		
Hôpital	100 %	Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 120 jours par année civile
Fournitures et services médicaux		
Service ambulancier	80 %	Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Soins infirmiers	80 %	Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Pourcentage de remboursement et maximum		
Professionnels de la santé	Régime de base	Régime élargi
Physiothérapeute/technicien en réadaptation physique	80 %*	80 %*
Psychologue/Travailleur social/ Psychoéducateur/Psychanalyste**/ Psychothérapeute (frais de psychothérapie seulement) (maximum combiné)	Sans objet	80 % des premiers 625 \$ et 50 % de l'excédent, jusqu'à concurrence de 60 \$ par jour par professionnel, maximum de 1 500 \$ par année civile
Chiropraticien/Acupuncteur/ Diététiste/Podiatre/Ergothérapeute (maximum combiné)	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 750 \$* par année civile
Orthophoniste**	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$* par année civile
Audiologiste**	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$* par année civile
Radiographies (chiropraticien)	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année civile

*Le remboursement des frais par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

**Lorsque prescrit par un médecin ou un professionnel de la santé.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement et maximum Régime de base et élargi	
Équipement médical	80 %	1 par mois pour la location, 1 par 5 années civiles pour l'achat (Une autorisation préalable est requise pour l'achat.)
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	80 %	Voir le texte de la garantie.
Prothèses	80 %	Voir le texte de la garantie.
Tests diagnostiques*		
Analyse de laboratoire	80 %	200 \$ par année civile
Services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitométries (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM))	50 %	Un maximum combiné de 375 \$ par année civile
Autres fournitures et services médicaux	80 %	Voir le texte de la garantie.
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	Évaluation préalable requise.
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	80 %	5 000 \$ par accident
	Pourcentage de remboursement et maximum Régime de base Régime élargi	
Pompe à insuline	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 6 300 \$ par 60 mois consécutifs
Autres appareils pour diabétiques	Sans objet	80 %, 500 \$ par appareil, 1 appareil par 60 mois consécutifs
Prothèses auditives	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par 60 mois consécutifs
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et orthèses plantaires fabriquées sur mesure (maximum combiné)	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile
Cure de désintoxication (adhérent seulement)	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$ par semaine, 4 semaines par thérapie et un maximum de 2 cures par 60 mois consécutifs
Certificat médical pour justifier une invalidité de 180 jours ou plus (adhérent seulement)	Sans objet	100 %, jusqu'à concurrence des frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Soins de la vue		
Examen de la vue	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 50 \$ par 12 mois consécutifs
Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 150 \$ par 24 mois consécutifs
Période minimale de participation au régime élargi	36 mois	
Changement de régime	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Non	
Prolongation	Oui (Voir la clause dans la section Modalités de la couverture.)	

* Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires (Régime élargi seulement)

Franchise	
Individuelle	55 \$
Monoparentale	90 \$
Familiale	135 \$
Guide des tarifs	Année courante moins 2 ans / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au tarif des généralistes.)
Pourcentage de remboursement et maximum	
Soins préventifs	80 % 3 000 \$ par année civile (combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure)
Examens et diagnostic	
<i>Examens de rappel</i>	1 par 6 mois consécutifs
Services préventifs	
<i>Polissage des dents</i>	1 par 6 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>	1 par 6 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>	1 par 6 mois consécutifs
Soins de base	80 % 3 000 \$ par année civile (combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure)
Endodontie	Incluse
Parodontie	Incluse
Surfaçage radiculaire	Inclus
Prothèses	1 par 5 années civiles
Soins de restauration majeure	50 % 3 000 \$ par année civile (combiné avec les soins de base et les soins préventifs)
Restauration	Voir le texte de la garantie.
Soins orthodontiques	50 % 3 000 \$ à vie
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Prothèses Ponts
Période minimale de participation au régime élargi	36 mois
Changement de régime	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Exonération des primes	Non

Sommaire des garanties

Garantie Voyage (Régime de base et élargi)

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection	
Moins de 71 ans	Les 182 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence.
71 ans et plus	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité	
Moins de 75 ans	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ.
75 ans et plus	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 180 jours précédant la date de départ.
Maximum global	
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	
Moins de 71 ans	2 000 000 \$ par assuré par événement**
71 ans et plus	1 000 000 \$ à vie
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada***	500 000 \$ par assuré, à vie
Garantie Annulation et interruption de voyage	5 000 \$ par assuré par voyage
Garantie Bagages	500 \$ par assuré par voyage
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 85 ans ou à sa retraite.
Exonération des primes	Non

* La durée de la protection est déterminée par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ.

** Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence

*** Autorisation préalable requise

Sommaire des garanties

Compte gestion santé (CGS)

Administration du régime	Remboursement sur demande (les crédits seront utilisés pour rembourser les demandes de règlement à même le CGS, si précisé par l'adhérent au moment de la demande)
Fréquence d'allocation des crédits	Annuelle
Détails	
Année du CGS	Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre
Type de CGS	Report des crédits*
Exclusion d'assuré	Aucune. L'adhérent et ses personnes à charge sont admissibles.**
Délai de grâce***	
Employés actifs	90 jours
Employés dont le CGS a pris fin	30 jours
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent

*Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante et ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés seront perdus.

**Les autres personnes à charge de l'ARC ne sont pas admissibles.

***Les demandes de règlement doivent être soumises au cours de l'année du CGS pendant laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce.

Si l'adhérent dont le CGS a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de la fin du CGS, celles-ci peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGS a pris fin.

Termes-clés

Vous et vos personnes à charge

Tout au long de la brochure, nous utilisons quelques termes-clés lorsque nous faisons référence à vous et à vos personnes à charge :

- Employé ou employée, adhérent ou adhérente et assuré ou assurée font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint ou conjointe, enfant et assuré ou assurée font référence à vos personnes à charge.

Employé ou employée : Une personne qui est domiciliée au Canada dont le régime d'emploi est d'au moins 50 % et qui appartient à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

- Un professeur ou une professeure au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par les conventions collectives et les protocoles intervenus entre l'employeur et
 - Le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval;
 - L'Association des dentistes cliniciens enseignants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval;
 - L'Association des médecins cliniciens enseignants de l'Université Laval;
- Un ou une responsable de formation pratique ou un chargé ou une chargée d'enseignement au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par une convention collective du Syndicat des responsables de formation pratique de l'Université Laval;
- Les maîtres de français langue seconde de l'Université Laval intégrés à titre de chargés d'enseignement au Syndicat des chargées et chargés de cours tel qu'entendu dans la lettre d'entente entre le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université Laval, le Syndicat des maîtres de français langue seconde de l'Université Laval et l'Université Laval signée à Québec le 20 février 2009;
- Un administrateur ou une administratrice, au sens de l'article 55 des Statuts de l'Université Laval, un adjoint ou une adjointe au recteur ou à la rectrice ou à un vice-recteur ou à une vice-rectrice ou un directeur adjoint ou une directrice adjointe à la Direction générale de la formation continue et qui avait le statut de professeur ou de professeure au sens de l'article 23 des Statuts de l'Université Laval au moment de sa nomination;
- Un employé régulier ou une employée régulière d'un syndicat ou d'une association de professeurs et professeures de l'Université Laval.

Adhérent ou adhérente : Un employé ou une employée qui est admissible à la couverture et qui est accepté(e) par Croix Bleue.

Personne à charge : Le conjoint ou la conjointe ou l'enfant de l'adhérent ou de l'adhérente.



Conseil pratique

Vous êtes responsable d'inscrire vos personnes à charge au régime lorsqu'elles y deviennent admissibles.

De plus, vous êtes responsable de les désinscrire lorsqu'elles ne répondent plus aux définitions énoncées ci-contre.

Vous pouvez mettre à jour votre statut familial ou celui de vos personnes à charge en remplissant et en soumettant un **formulaire de demande de modification**, disponible auprès de l'administrateur du régime.



Conseil pratique

En vertu du contrat, l'adhérent ou l'adhérente, le conjoint ou la conjointe et l'enfant sont tous des assurés.

Conjoint ou conjointe : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada, et
- répond à un des critères suivants :
 - est légalement mariée à l'adhérent ou l'adhérente;
 - est unie civilement à l'adhérent ou l'adhérente, tel que défini par le Code civil du Québec, ou
 - réside avec lui ou elle depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait ou conjointe de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint ou la conjointe doit être désigné(e) par l'adhérent ou l'adhérente sur son formulaire d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint ou conjointe de l'adhérent ou de l'adhérente.

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de l'adhérente ou de son conjoint ou de sa conjointe ou un enfant dont l'adhérent ou l'adhérente ou son conjoint ou sa conjointe est le tuteur légal ou la tutrice légale avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de l'adhérente ou de son conjoint ou de sa conjointe pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire, et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université, ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de l'adhérente ou de son conjoint ou de sa conjointe pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Assuré ou assurée : L'adhérent ou l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du contrat.

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré, et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 5 activités suivantes :

- Se nourrir : la capacité de porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche;
- S'habiller : la capacité de mettre et d'enlever les vêtements nécessaires et habituellement portés, y compris les attelles pour les jambes;
- Se laver : la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme du robinet et de la douche, entrer dans la baignoire ou la douche et en ressortir, ainsi que se sécher;
- Se déplacer : la capacité de se déplacer seul d'un endroit à un autre avec ou sans matériel d'aide à la mobilité, et

Termes-clés

- Utiliser les toilettes (incluant la capacité à maîtriser les fonctions de défécation et de miction) : la capacité d'utiliser les toilettes, les chaises percées ou les urinoirs.

Administrateur du régime : Comité de gestion des assurances collectives (CGAC).

Changement de situation personnelle :

- mariage ou tout autre type d'union formelle ou union de fait;
- changement de votre état civil;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- lorsque le conjoint ou la conjointe acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime d'assurance collective de son employeur;
- cessation de la couverture du conjoint ou de la conjointe;
- fin de l'admissibilité d'une personne à charge;
- décès d'une personne à charge.

Effectivement au travail : Un employé ou une employée est effectivement au travail pour un jour donné s'il ou si elle se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé ou l'employée n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il ou elle est considéré(e) comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il ou elle pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.

De plus, tout professeur absent ou toute professeure absente de son lieu de travail habituel en raison d'une année d'étude et de recherche (AÉR) ou d'un dégageant pour fin de perfectionnement, est considéré(e) comme effectivement au travail.

Employeur : Université Laval ou le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL).

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré ou l'assurée avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par année civile, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré ou l'assurée pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire :
 - que les frais demandés sont comparables aux frais exigés habituellement, par un professionnel de la santé ou un fournisseur approuvé, pour des services ou des fournitures similaires, dans la région où les frais sont engagés, et
 - que la fréquence et le nombre de services ou de fournitures reçus par l'assuré ou l'assurée sont appropriés à l'état de santé de l'assuré ou l'assurée, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux;



Conseil pratique

L'une des conditions d'admissibilité à la couverture en vertu du contrat est que vous soyez effectivement au travail.



Conseil pratique

Important : Croix Bleue rembourse seulement les frais de santé répondant aux critères de frais admissibles.

- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré ou l'assurée;
 - n'est pas un membre de sa famille, et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré ou l'assurée, et
 - n'est pas un membre de sa famille, et
- rendus alors que le contrat est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis, prescrits ou recommandés par l'assuré lui-même ou l'assurée elle-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré ou l'assurée. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré ou l'assurée, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Lorsqu'un traitement différent ou plus d'une forme de traitement existent, Croix Bleue se réserve le droit d'établir le remboursement des frais admissibles selon le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Période d'adhésion : Les périodes d'adhésion sont le 1^{er} juin et le 1^{er} décembre de chaque année.

Période minimale de participation : La période minimale de participation pendant laquelle l'adhérent ou l'adhérente doit demeurer couvert.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline, et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé.

Maximum sans preuve d'assurabilité : Le montant de couverture auquel l'assuré ou l'assurée a droit sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité. Le Maximum sans preuve d'assurabilité est mentionné dans le Sommaire des garanties. Lorsque la demande d'adhésion d'un assuré ou d'une assurée est présentée plus de 31 jours après la date de son admissibilité, son maximum sans preuve est de zéro dollar, sous réserve des conditions énoncées au Sommaire des garanties.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou sont fournis ou recommandés par un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis, prescrits ou recommandés pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure, et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.



Conseil pratique

Membre de la famille

désigne pour un assuré ou une assurée :

- son conjoint ou sa conjointe;
- ses enfants ou les enfants de son conjoint ou sa conjointe ou de son conjoint de fait ou de sa conjointe de fait;
- son père ou sa mère, ou leur conjoint ou conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.



Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

Assuré ou assurée du Québec : Un adhérent ou une adhérente ou une personne à charge est un assuré ou une assurée du Québec si :

- le preneur a une succursale au Québec;
- l'adhérent ou l'adhérente réside et travaille au Québec, et
- l'assuré ou l'assurée est assujetti(e) à la Loi sur l'assurance médicaments.

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé ou l'employée versée par l'employeur et déterminée par l'échelon qu'il ou qu'elle occupe dans l'échelle des salaires ajustée selon le régime d'emploi. Sont exclus les montants versés en rémunération du temps supplémentaire fourni et les suppléments versés pour cours spéciaux, d'été, du soir ou autres de même nature ainsi que les différents bonis qui peuvent être accordés de temps à autre pour services occasionnels ou pour toute autre raison.

Dans le cas d'ajustements salariaux rétroactifs découlant de modifications apportées à une convention collective ou autres conditions collectives de travail, le nouveau salaire entre en vigueur à la date indiquée dans l'avis fourni par l'administrateur du régime à l'assureur, étant entendu qu'aucune prime ne sera perçue sur l'ajustement rétroactif de salaire et qu'aucun ajustement ne sera apporté aux prestations d'assurance vie déjà versées.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré ou d'une assurée afin d'améliorer sa condition médicale ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue, et
- être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou recommandé, fourni ou prodigué par un professionnel de la santé exerçant dans le domaine médical qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré ou de l'assurée.



Conseil pratique

Tel que mentionné dans le Sommaire des garanties, votre revenu est utilisé pour le calcul de vos prestations vie et de mutilation par accident (s'il y a lieu).

Modalités de la couverture

Qui est admissible à la couverture?

Vous êtes admissible à la couverture si vous répondez à la définition d'employé ou employée et êtes effectivement au travail.

Vos personnes à charge sont également admissibles à la couverture si elles répondent à la définition de conjoint, conjointe ou d'enfant apparaissant dans la section Termes-clés.

Pour être admissible aux garanties Soins de santé, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à une couverture gouvernementale de soins de santé (au Canada).

Maintien de l'admissibilité à l'extérieur du Canada

Si vous travaillez temporairement à l'extérieur du Canada, dans le cadre de votre emploi, pour un séjour de plus de 182 jours (60 jours pour les personnes de 71 ans et plus), vous devez en informer Croix Bleue en soumettant, par l'intermédiaire de l'administrateur du régime, une demande de maintien des garanties avant la date de votre départ. À moins d'obtenir de Croix Bleue une entente écrite, votre couverture sera interrompue pour toute la période où vous travaillez à l'extérieur du Canada.

Dois-je fournir une preuve d'assurabilité pour adhérer à la couverture?

Généralement, vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour bénéficier de la couverture collective. Toutefois, une preuve d'assurabilité doit être soumise dans les circonstances suivantes :

- lorsque votre couverture ou celle de vos personnes à charge dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties;
- pour toute demande d'adhésion à la Garantie Vie facultative et à la Garantie Mutilation par accident facultative (sous réserve des conditions énoncées au Sommaire des garanties), ou
- lorsque votre demande d'adhésion parvient à Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle vous ou vos personnes à charge êtes devenus admissibles, à l'exception :
 - de la Garantie Soins dentaires (s'il y a lieu), pour laquelle les personnes retardataires n'ont pas besoin de soumettre une preuve d'assurabilité (leur remboursement maximum est alors limité à 250 \$ pour les 12 premiers mois consécutifs), et
 - des assurés ou assurées du Québec qui sont en retard, à l'égard desquels aucune preuve d'assurabilité ne peut être exigée pour l'adhésion à la Garantie Médicaments.



Conseil pratique

Preuve d'assurabilité désigne toute déclaration ou toute information médicale, au sujet de votre santé ou de celle de vos personnes à charge.

Maximum sans preuve d'assurabilité désigne le montant de couverture auquel vous ou vos personnes à charge avez droit, sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité.

Les Maximums sans preuve d'assurabilité de chaque garantie (s'il y a lieu) sont mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Comment adhérer à la couverture?

Formulaire d'adhésion

Pour adhérer à la couverture, vous devez en faire la demande par écrit en remplissant et en soumettant, **par l'intermédiaire de l'administrateur du régime**, le formulaire d'adhésion qui vous a été fourni par l'administrateur du régime et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

Le formulaire d'adhésion rempli doit parvenir à Croix Bleue dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à votre couverture ou celle de votre personne à charge. **Si vous ne le faites pas au cours de ce délai ou si vous n'indiquez pas votre choix de régime ou votre statut (individuel, monoparental ou familial), vous serez automatiquement inscrit à la couverture régime élargi (statut individuel). La période minimale de participation au régime élargi (36 mois) s'appliquera.**

Modalités de la couverture

Un assuré ou une assurée qui s'inscrit à la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, alors qu'il ou elle était admissible en vertu d'une assurance collective, devra rembourser à la Régie le montant des médicaments payés durant la période de non-admissibilité au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Par ailleurs, une personne qui ne respecte pas l'obligation d'être couverte par une assurance médicaments devra payer à Revenu Québec un montant équivalent à la prime du régime public pour tous les mois complets où elle n'avait aucune couverture. À noter que des vérifications sont régulièrement effectuées par la RAMQ, notamment avec la collaboration de Revenu Québec.

Puis-je ne pas souscrire à la couverture de certaines garanties?

Un choix individuel ne vous est pas permis en vertu du contrat. De plus, lorsque vous souscrivez à la couverture, vous devez inscrire toutes vos personnes à charge admissibles, **sous réserve des exceptions qui suivent** :

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives, et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge démontrez que vous avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime d'assurance collective. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissible aux garanties soins de santé s'il y a un changement à votre statut familial ou si vous ou vos personnes à charge cessez d'être couvert en vertu de l'autre couverture pour des raisons indépendantes de votre volonté.



Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre :

- la Garantie Médicaments
- la Garantie Soins de santé complémentaires
- la Garantie Soins dentaires
- la Garantie Voyage.

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés ou employées

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat;
- la date à laquelle vous répondez à tous les critères d'admissibilité, ou
- la date à laquelle Croix Bleue approuve votre preuve d'assurabilité, s'il y a lieu.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle vous êtes de nouveau effectivement au travail.

Personnes à charge

La couverture de vos personnes à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve leur preuve d'assurabilité, s'il y a lieu, ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si elles étaient couvertes en vertu du contrat antérieur. Elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du contrat.



Conseil pratique

Contrat antérieur désigne un régime d'assurance collective qui fournissait une couverture à vous et à vos personnes à charge et qui s'est terminé dans les 31 jours de la date d'entrée en vigueur du présent régime collectif.

Qu'advient-il de ma couverture durant une absence du travail?

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, assurez-vous de respecter la période maximale pendant laquelle votre couverture sera maintenue.

Congé de maternité – Congé de conjointe ou de conjoint - Congé d'accueil d'un enfant adopté – Congé parental indemnisé – Congé parental sans traitement - Congé parental supplémentaire sans traitement

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'un congé de maternité, d'un congé de paternité, d'un congé parental, d'un congé d'adoption ou d'un congé parental supplémentaire, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pendant laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Mise à pied temporaire – Congé de compassion et de proche aidant – Congé de convenance personnelle – Autres congés autorisés – Suspension disciplinaire

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'un congé de compassion, d'un congé de convenance personnelle, de tout autre congé autorisé, d'une mise à pied temporaire, d'une suspension disciplinaire, d'une grève ou d'un lockout, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pendant laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Quand ma couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat se termine;
- la date à laquelle vous ou vos personnes à charge ne répondez plus à un ou plusieurs critères d'admissibilité;
- la date de cessation de votre emploi;
- la date à laquelle vous (ou votre conjoint ou conjointe, s'il y a lieu) atteignez l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vous prenez votre retraite auprès de l'employeur, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date de votre décès;
- le jour où vous ou vos personnes à charge commettez un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue, ou
- la date à laquelle le preneur du contrat est en défaut de paiement des primes.

La couverture de vos personnes à charge cesse à la date à laquelle votre couverture se termine.

Aucune couverture ne s'applique pour vous ou vos personnes à charge alors que vous exercez vos fonctions en tant que membre actif des forces de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Que se passe-t-il lorsque votre couverture prend fin?

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsque la couverture de certaines de vos garanties prend fin, vous et vos personnes à charge avez le droit de transformer votre couverture collective en couverture individuelle, pourvu que vous satisfassiez à certaines exigences.



Conseil pratique

L'avantage d'exercer votre droit de transformation est qu'aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.

Le libellé de la garantie indique si ce droit de transformation s'applique à une garantie particulière.

Lorsque la transformation est offerte, les conditions suivantes s'appliquent :

- Vous devez, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle votre couverture prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli, et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré ou de l'assurée et de son âge;
- la police d'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée sous le libellé Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.



Conseil pratique

Les primes pour les garanties converties sont généralement plus élevées que les primes pour les garanties collectives présentement payées.

Plutôt que de transformer votre couverture collective, vous pouvez également opter pour une couverture individuelle. Vous aurez alors à fournir une preuve d'assurabilité.

Prolongation de la Garantie Médicaments et de la Garantie Soins de santé complémentaires

Si la **Garantie Médicaments et la Garantie Soins de santé complémentaires** se terminent parce vous cessez d'être un employé ou une employée de l'Université Laval pour une autre raison que la retraite ou lorsque l'assurance d'une personne à charge se termine parce qu'elle ne répond plus aux critères d'admissibilité, et que l'adhérent ou adhérente ou la personne à charge est totalement invalide au moment de la cessation, le versement des prestations continuera, pour ce qui est des frais admissibles engagés par suite de ladite invalidité totale.

Totalement invalide signifie l'incapacité de la personne couverte, s'il s'agit d'un employé ou d'une employée, uniquement par suite de maladie, d'exercer toute occupation lucrative ou, s'il s'agit d'une personne à charge, son incapacité, uniquement par suite de maladie, d'exercer toutes les fonctions habituelles d'une personne en bonne santé, du même âge et du même sexe.

La prolongation se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat collectif se termine;
- la date de la fin de la période qui représente le nombre de mois durant lesquels l'assuré ou l'assurée qui est totalement invalide a été couvert(e) en vertu du présent régime;
- la date à laquelle une période de 12 mois est atteinte, ou
- la date à laquelle vous ou votre personne à charge adhérez à une couverture similaire en vertu d'un autre régime.

Et si j'ai une couverture ailleurs?

À l'exception des prestations versées en vertu de la garantie Voyage (voir la section Voyage de la présente brochure), Croix Bleue coordonne votre couverture collective avec les autres régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est offerte. Le processus de coordination des prestations vous assure de profiter au maximum de votre couverture et de recevoir un remboursement pour vos frais admissibles pouvant atteindre 100 %.



Conseil pratique

Croix Bleue vous aidera à vous guider vers les programmes gouvernementaux existants, lorsque possible.

Couverture en vertu d'un régime gouvernemental de soins de santé

Croix Bleue ne couvre pas les services ou les fournitures de soins de santé admissibles en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé ou administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur gouvernemental. Croix Bleue prend seulement en considération les frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu d'une couverture gouvernementale de soins de santé.

Autres régimes de soins de santé

Profitez-vous des autres régimes qui vous sont offerts? Si ce n'est pas le cas, vous pouvez être privé(e) d'un remboursement pouvant aller jusqu'à 100 % des frais admissibles.

Croix Bleue coordonne les prestations conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. (ACCAP). Voici les règles générales qui s'appliquent :

Frais engagés pour vous :

- Vous devez d'abord soumettre les frais engagés au présent régime (pour lequel vous êtes couvert(e) en tant qu'adhérent ou adhérente). Le montant non remboursé par le présent régime (s'il y a lieu) peut être soumis à un autre régime en vertu duquel vous êtes couvert(e) en tant que personne à charge (par exemple, le régime de votre conjoint ou conjointe).
- Si vous êtes couvert(e) en tant qu'adhérent ou adhérente en vertu de plus d'un régime d'assurance collective, le régime qui vous couvre depuis le plus longtemps est le premier payeur.

Frais engagés pour votre conjoint ou conjointe :

- Votre conjoint ou conjointe doit d'abord soumettre les frais engagés pour lui ou elle à son propre régime d'assurance collective (s'il y a lieu). Le montant non remboursé par son régime (s'il y a lieu) peut être soumis au présent régime.

Frais engagés pour votre enfant :

- Lorsqu'un enfant est couvert en tant que personne à charge en vertu de votre régime et de celui de votre conjoint ou conjointe, vous devez soumettre ses demandes de règlement au régime du parent qui a son anniversaire le plus tôt dans l'année.
- En cas de divorce ou de séparation, le régime du parent où l'enfant réside (le régime du parent qui a la garde de l'enfant) est le premier payeur.



Conseil pratique

Les autres régimes pouvant être assujettis à la coordination des prestations incluent toute forme de régime collectif, individuel, familial, assurance des débiteurs et des épargnants qui prévoit des prestations pour des traitements, des services et des articles médicaux.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la coordination des prestations (y compris des exemples), visitez notre site Internet.

Exonération des primes

Objet de la garantie

L'exonération des primes s'appliquent aux Garantie Vie de l'adhérent, Garantie Vie facultative, Garantie Mutilation par accident de l'adhérent et Garantie Mutilation par accident facultative.

Si l'adhérent ou l'adhérente devient totalement invalide avant son 65^e anniversaire de naissance alors que sa couverture est en vigueur, les primes à son égard sont exonérées pour certaines garanties. Le Sommaire des garanties indique si l'Exonération des primes s'applique à une garantie en particulier.

Une preuve de l'invalidité totale doit parvenir à Croix Bleue dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant les 30 premiers mois de l'invalidité totale, l'adhérent ou l'adhérente est totalement invalide si, de manière totale et continue, il ou elle est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre emploi, en raison d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un avortement thérapeutique.

Par la suite, l'adhérent ou l'adhérente est totalement invalide si, de manière totale et continue, il ou elle est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation qu'il ou elle est raisonnablement apte à exercer, ou pourrait le devenir, en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience. L'adhérent ou l'adhérente peut être appelé(e) à fournir, sur demande de l'assureur, la preuve de son invalidité totale et de la continuation de son invalidité totale.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent ou l'adhérente.

Montant de couverture

Le montant de couverture sujet à l'Exonération des primes est égal au montant en vigueur à la date du début de l'invalidité totale.

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées dès la date de paiement des primes coïncidant avec ou suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale.

Fin de l'exonération des primes

En tenant compte des exceptions mentionnées dans la présente clause, l'exonération des primes cesse à la première des éventualités ou des dates suivantes :

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ou l'adhérente ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent ou l'adhérente exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation (Croix Bleue devra en être avisé par l'administrateur du régime);
- lorsque l'adhérent ou l'adhérente refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou de l'adhérente;
- la date normale de la retraite de l'adhérent ou de l'adhérente;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent ou de l'adhérente;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent ou l'adhérente invalide;
- la date à laquelle la garantie ou le contrat se termine, ou
- la date du décès de l'adhérent ou de l'adhérente.

Si, alors qu'un adhérent ou une adhérente est totalement invalide et exonéré(e) de ses primes,

- son lien d'emploi cesse, ou
- la catégorie d'adhérents ou d'adhérentes à laquelle il ou elle appartient est annulée, ou la couverture de tous les employés ou employées se termine.

La Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente et la Garantie Vie facultative de l'adhérent ou de l'adhérente sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent ou de l'adhérente au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus.

Récidive d'invalidité

Si l'adhérent ou l'adhérente, qui était totalement invalide et dont les primes étaient exonérées, devient de nouveau totalement invalide après être retourné(e) au travail, l'exonération des primes recommence à compter du premier jour du mois qui coïncide ou qui suit le début de la récidive d'invalidité, telle que décrite ci-dessous. Les montants de couverture sont ceux en vigueur à la date de l'invalidité initiale, sous réserve des Exclusions et restrictions du présent contrat.

La récidive d'invalidité est définie de la façon suivante :

- une période subséquente d'invalidité totale qui :
 - est attribuable à la même cause ou à des causes connexes à l'invalidité précédente qui a donné lieu à l'exonération des primes, et
 - qui se produit pendant la période de 180 jours qui suit la fin de l'exonération des primes.

Garantie Vie de l'adhérent

Objet de la garantie

Si un adhérent ou une adhérente décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée à l'adhérent ou l'adhérente si :

- l'adhérent ou l'adhérente en fait la demande écrite à Croix Bleue;
- le médecin traitant de l'adhérent ou de l'adhérente a présenté à Croix Bleue un certificat médical jugé satisfaisant par cette dernière, selon lequel l'adhérent ou l'adhérente souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les 12 mois suivant la date de la demande de paiement anticipé, et
- l'adhérent ou l'adhérente est âgé(e) de moins de 65 ans.

Une prestation de décès anticipée ne peut être supérieure à 50 % de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente en vigueur à la date de la demande de paiement anticipé ou 50 000 \$, selon le plus petit de ces montants. Cette prestation est versée en une somme globale qui est déduite du montant de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente. Le reste de la prestation est versé au bénéficiaire au décès de l'adhérent ou de l'adhérente.

L'adhérent ou l'adhérente est admissible à une seule prestation de décès anticipée, à vie.

Réduction de la prestation

Les réductions de la prestation sont mentionnées dans le Sommaire des garanties.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent ou l'adhérente perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire. Dans le cas du paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale, la prestation est versée directement à l'adhérent ou l'adhérente.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Exclusion

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque le décès survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que le décès est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente prend fin à ou avant l'âge de 71 ans, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents ou d'adhérentes à laquelle il ou elle appartient, l'adhérent ou l'adhérente a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique, sans excéder l'âge de 71 ans.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans, ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente en vigueur à la date de fin de la garantie;
 - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente;
 - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent ou l'adhérente dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
 - 400 000 \$ (100 000 \$* à compter de l'âge de 65 ans) pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ (100 000 \$* à compter de l'âge de 65 ans) pour les résidents hors Québec, et
- le montant de la protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi, ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

*Le maximum de 100 000 \$ est combiné avec le maximum de 100 000 \$ offert en vertu du droit de transformation de la Garantie Vie facultative.

Garantie Vie facultative

Objet de la garantie

La présente garantie offre des montants d'assurance vie supplémentaires à ceux offerts en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente.

Si un adhérent ou une adhérente ou l'une de ses personnes à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue paie le montant de la Garantie Vie facultative en vigueur pour l'assuré ou l'assurée au moment du décès, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Admissibilité

Pour être admissibles à la présente garantie, l'adhérent ou l'adhérente et ses personnes à charge doivent présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue, sous réserve des conditions énoncées au Sommaire des garanties.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie Vie facultative choisi par l'adhérent ou l'adhérente ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent ou une adhérente peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie ou de celui de ses personnes à charge. Cependant, une telle augmentation de la protection ne sera accordée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent ou l'adhérente perd la vie, la prestation est versée directement à son bénéficiaire. Dans le cas où une personne à charge décède, la prestation est versée à l'adhérent ou l'adhérente.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après le décès.

Exclusions et restrictions

Si le décès de l'adhérent ou de l'adhérente ou d'une personne à charge résulte d'un suicide et qu'un montant de Garantie Vie facultative était en vigueur depuis moins de 24 mois consécutifs, ce montant n'est pas payable et se limite au remboursement des primes perçues.

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque le décès survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouverne

ment du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que le décès est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie facultative de l'adhérent ou de l'adhérente prend fin à ou avant l'âge de 71 ans en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents ou d'adhérentes à laquelle il ou elle appartient, l'adhérent ou l'adhérente a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Un conjoint ou une conjointe résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si la Garantie Vie facultative des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent ou de l'adhérente;
- la fin de la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente ou Garantie Vie facultative de l'adhérent ou de l'adhérente pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle, ou
- le conjoint ou la conjointe ou l'enfant n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise à l'adhérent ou l'adhérente est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie de l'adhérent ou de l'adhérente et du montant Vie facultative de l'adhérent ou de l'adhérente en vigueur à la date de fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent ou de l'adhérente, ou
 - 400 000 \$ (100 000 \$ à compter de l'âge de 65 ans) pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ (100 000 \$ à compter de l'âge de 65 ans) pour les résidents hors Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle émise à l'adhérent ou l'adhérente ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou à 10 000 \$ pour les résidents du Québec, ou
- le montant de la protection de la police individuelle émise aux personnes à charge ne peut être supérieur au montant de la Garantie Vie facultative des personnes à charge et inférieur à 5 000 \$ dans le cas des résidents du Québec.
- *Le maximum de 100 000 \$ est combiné avec le maximum de 100 000 \$ offert en vertu du droit de transformation de la Garantie Vie de l'adhérent.

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Objet de la garantie

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent ou l'adhérente tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant spécifié dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent ou l'adhérente est couvert(e) en vertu de la présente garantie, et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties, et tel que décrit dans le tableau ci-dessous :

Perte	Pourcentage de la protection
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémiplégie	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent ou l'adhérente tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit survenir dans les 30 jours suivant l'accident et il doit persister sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent ou l'adhérente est dans le coma ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition et disparition

Si un adhérent ou une adhérente est inévitablement exposé(e) aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il ou elle subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à un adhérent ou une adhérente en raison d'une perte, Croix Bleue paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent ou l'adhérente pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident, et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie, ou
 - afin de permettre à l'adhérent ou l'adhérente de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si un adhérent ou une adhérente est confiné(e) dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma, ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours.

Croix Bleue paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent ou l'adhérente est hospitalisé(e).

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport, ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

La prestation est versée à l'adhérent ou l'adhérente.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident, ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

Croix Bleue verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la perte.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- b) suicide, tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent ou l'adhérente s'inflige ou contracte volontairement;
- c) absorption volontaire de poison ou de drogue;
- d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
- e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;
- g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent ou l'adhérente est membre de l'équipage ou s'il ou elle exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque la perte ou le coma survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que la perte ou le coma est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Garantie Mutilation par accident facultative

Objet de la garantie

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent ou l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge, tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant de protection en vigueur pour l'assuré ou l'assurée au moment où se produit l'événement, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent ou l'adhérente ou une personne à charge est couvert(e) en vertu de la présente garantie, et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de protection en vigueur pour l'assuré ou l'assurée au moment où se produit l'événement, conformément au tableau ci-dessous.

Perte	Pourcentage de la protection
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémiplégie	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent ou l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de protection en vigueur pour l'assuré ou l'assurée dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit être survenu dans les 30 jours suivant l'accident et il doit avoir persisté sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent ou l'adhérente ou la personne à charge est dans le coma, ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition et disparition

Si un adhérent ou une adhérente ou une personne à charge est inévitablement exposé(e) aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à l'adhérent ou l'adhérente en raison d'une perte, Croix Bleue paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident, et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie, ou
 - afin de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si l'adhérent ou l'adhérente ou l'une de ses personnes à charge est confiné(e) dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma, ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours.

Croix Bleue paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent ou l'adhérente ou la personne à charge est hospitalisé(e).

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport, ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

La prestation est versée à l'adhérent ou l'adhérente.

Si une personne à charge subit une perte ou tombe dans le coma, les prestations sont versées à l'adhérent ou l'adhérente.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

Croix Bleue verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Si l'adhérent ou l'adhérente est également couvert(e) en vertu de la Garantie Mutilation par accident de l'adhérent ou l'adhérente, le montant maximum global payable en vertu de la présente garantie et de la Garantie Mutilation par accident de l'adhérent ou de l'adhérente se limite aux montants suivants :

- Indemnité en cas de réadaptation – prestation totale de 10 000 \$;
- Indemnité de voyage pour la famille – prestation totale de 3 000 \$.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la perte.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- b) suicide, tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent ou l'adhérente ou la personne à charge s'inflige ou contracte volontairement;
- c) absorption volontaire de poison ou de drogue;
- d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
- e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;
- g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent ou l'adhérente ou la personne à charge est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque la perte ou le coma survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que la perte ou le coma est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN) ou un numéro de produit naturel (NPN) au Canada;
- essentiel au maintien de la vie, selon Croix Bleue, ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles, et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament biologique : Un médicament complexe qui est développé dans des organismes vivants ou qui est produit à partir de leurs cellules.

Médicament biosimilaire : Un médicament admissible qui est très similaire au médicament biologique et qui semble aussi efficace et sécuritaire.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent les mêmes ingrédients actifs, et
- ont la même voie d'administration.

Médicament essentiel au maintien de la vie : Un médicament admissible qui ne requiert pas une ordonnance en vertu de la loi, mais que Croix Bleue détermine comme essentiel à la survie de l'assuré. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent ou l'adhérente doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation spéciale, ou
 - une coordination avec des programmes d'aide aux patients;

- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section, et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure :

- les fournitures pour diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues ainsi que les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC);
- les fournitures pour pompe à insuline (**régime élargi seulement**);
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible, et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur la liste suivante de médicaments :
 - **Liste gérée** : La liste de médicaments admissibles et de médicaments essentiels au maintien de la vie qui sont tous assujettis aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Autorisation spéciale

Certains médicaments admissibles déterminés par Croix Bleue nécessitent une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré ou l'assurée à un programme de soutien aux patients.

En quoi le programme d'autorisation spéciale concerne-t-il ma demande de règlement?

La première fois que vous présentez une ordonnance pour un médicament admissible figurant sur la liste d'autorisation spéciale, votre pharmacien vous avisera de la nécessité d'une autorisation spéciale.

Vous pouvez vous procurer un formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicaments sur ordonnance auprès de votre pharmacien, de l'administrateur du régime ou du bureau de Service à la clientèle de Croix Bleue le plus près ou sur notre site Internet. Vous devez remplir la section du patient sur le formulaire et votre médecin doit remplir et signer la portion restante. Vous devez ensuite poster votre formulaire rempli au bureau de Croix Bleue le plus près.

Votre demande d'autorisation sera examinée en toute confidentialité par un professionnel de la santé, conformément aux critères de remboursement établis. Lorsque toutes les informations nécessaires sont reçues par Croix Bleue, le délai de traitement habituel pour les décisions d'autorisation spéciale est de 7 à 10 jours ouvrables.

Vous recevrez par écrit la décision concernant votre demande d'autorisation spéciale. Si votre demande est approuvée, la confirmation inclura la date d'effet et la durée de votre approbation.

Tous les frais nécessaires pour remplir le formulaire ou pour obtenir des informations médicales supplémentaires sont votre responsabilité.



Conseil pratique

Votre régime collectif vous offre un accès immédiat à la plupart des médicaments admissibles.

Certains médicaments admissibles requièrent une autorisation spéciale avant que votre ordonnance ne soit couverte.



Conseil pratique

Pour imprimer une copie de notre formulaire de demande d'autorisation spéciale pour médicament sur ordonnance, visitez notre site Internet.

Clause de substitution par un médicament moins coûteux

Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût des ingrédients actifs est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

L'assuré ou l'assurée peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si l'assuré ou l'assurée ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût des ingrédients actifs est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

Gestion des médicaments biosimilaires

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la gestion des médicaments biosimilaires s'applique, certains médicaments biologiques et certains médicaments complexes non biologiques ne seront pas admissibles au remboursement si un médicament biosimilaire est offert. L'assuré ou l'assurée recevra un avis afin d'effectuer une transition vers le médicament biosimilaire.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré ou l'assurée afin de vérifier son admissibilité. L'assuré ou l'assurée paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré ou l'assurée soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il ou elle a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Conseil pratique

Un médicament générique et son équivalent d'origine sont considérés comme des médicaments interchangeables. Santé Canada impose, pour les médicaments génériques, les mêmes standards et tests de qualité que ceux qui sont exigés pour les médicaments d'origine. Les médicaments génériques sont efficaces et sécuritaires, tout en étant moins coûteux.

Conseil pratique

Votre régime comporte le mode de paiement direct. Demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas déboursier un montant plus élevé que nécessaire.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) médicament générique qui n'est pas inscrit à la Liste des médicaments couverts du Régime général d'assurance médicament du Québec, alors qu'un médicament générique équivalent en fait partie;
- b) antihistaminiques;
- c) auxiliaires antitabagiques;
- d) vaccins;
- e) vitamines;
- f) médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
- g) produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels et alimentaires;
- h) médicaments de fertilité;
- i) médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile;
- j) stimulants pour la pousse des cheveux;
- k) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs, ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- l) procédures en lien avec des médicaments administrés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
- m) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- n) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- o) services, traitements ou fournitures que l'assuré ou l'assurée a reçus gratuitement;
- p) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture, et
- q) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant.



Conseil pratique

Comparez le prix des différents fournisseurs et trouvez le prix le plus avantageux pour vos médicaments d'ordonnance.

Pour une même ordonnance, le prix peut varier selon la pharmacie, même parmi celles d'une même bannière.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent ou une adhérente qui n'est pas un assuré ou une assurée du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Les assurés ou assurées du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime collectif, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés et assurées du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le contrat doit être administré conformément à la *Loi sur l'assurance médicaments* (« la Loi ») à l'égard des assurés et assurées du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception, les patients d'exception et les services pharmaceutiques admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés et assurées du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'**adhérent ou l'adhérente** dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, **pour lui-même ou elle-même ou pour ses enfants à charge**, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent ou l'adhérente et ses enfants à charge.

Si au cours d'une année civile, le **conjoint ou la conjointe** dépense pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, **pour lui-même ou elle-même**, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour le conjoint ou la conjointe.

Assurés ou assurées du Québec âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré ou une assurée du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré ou une telle assurée atteint l'âge de 65 ans, il ou elle doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ afin de continuer sa couverture en vertu de la présente garantie, ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'accepter la couverture du régime public est irrévocable.

Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de primes applicables à la présente garantie pour tout(e) assuré ou assurée du Québec âgé de 65 ans et plus.

Les assurés ou assurées du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie. Cependant, les frais suivants sont admissibles :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré ou une assurée du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties, et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Si l'adhérent ou l'adhérente choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré ou une assurée du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout(e) assuré ou assurée du Québec âgé de 65 ans et plus.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale, ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit en vertu de la loi provinciale sur l'hospitalisation et être admissible aux paiements en vertu de cette loi;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24, et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les centres d'accueil, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme



Conseil pratique

Avantage Bleu® offre des rabais aux personnes assurées de Croix Bleue pour les soins médicaux, les soins de la vue, et pour de nombreux autres produits et services offerts par des fournisseurs participants à travers le Canada.

Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent ou l'adhérente doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties, et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Hospitalisation (*régime de base et élargi*)

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré ou l'assurée est admis(e) dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré ou une assurée est admis(e) dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique dans les 14 jours suivant son congé de l'hôpital où il recevait des soins actifs.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement)

Fournitures et services médicaux (*régime de base et élargi*)

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré ou l'assurée a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré ou l'assurée et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés, en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Les frais pour les services d'un aide-soignant au domicile peuvent également être admissibles si l'assuré ou l'assurée est sous les soins professionnels d'un infirmier ou nécessite des soins à domicile pour son rétablissement après son congé de l'hôpital. Les aides-soignants offrent des services essentiels en lien avec les 5 Activités de la vie quotidienne.

Exclusion : les frais pour les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux activités de la vie quotidienne



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins infirmiers, vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue en appelant le numéro sans frais indiqué sur votre carte d'identification Croix Bleue.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence, et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une prescription médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent contrat);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital, et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical : Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- lit d'hôpital manuel ou électrique, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, percuteur, pompe à succion, appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et respirateur;
- matériel de traction et pompe de compression, et
- lève-personne.

L'achat d'équipement médical nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, l'équipement médical est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de cet équipement. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement semblable est limité à une fois par période de 5 années civiles.

Deux pièces d'équipement sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration; assurer la mobilité; administrer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien et de collets cervicaux.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 \$ s'applique pour les membres myoélectriques;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;
- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années civiles, et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 300 \$ à vie.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile.



Conseil pratique

Avant de recevoir des soins ou des fournitures, demandez à votre professionnel de la santé s'il fait partie des fournisseurs approuvés par Croix Bleue. Vous pourrez ainsi éviter des dépenses inattendues.



Conseil pratique

Vous devez obtenir l'approbation préalable de Croix Bleue avant l'achat d'équipement médical ou de prothèses pour éviter la surprise d'avoir à déboursé un montant important.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine), et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :

- analyses de laboratoire, et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitométries (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)). Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré ou l'assurée en interdit le remboursement.

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année civile;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile;
- stérilet, jusqu'à concurrence de 75 \$ par 2 années civiles;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- tube d'espacement, jusqu'à concurrence de 1 par année civile;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 300 \$ par 5 années civiles, et
- entraînement visuel et exercices correctifs de la vue prodigués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 \$ à vie.

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire, lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine, si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place, et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par le preneur;
- débuter dans les 180 jours suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période, et
- avoir été reçu dans les 24 mois suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré ou l'assurée en raison de son âge.

Les montants couverts pour les soins dentaires à la suite d'un accident sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.

Chirurgie esthétique à la suite d'un accident : Les frais de chirurgie esthétique à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée, à la condition que les soins débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident et se terminent dans les 36 mois de cette date.

Fournitures et services médicaux (régime élargi seulement)

Pompe à insuline : Les frais pour une pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1.

Appareils pour diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, un moniteur de mesure du glucose en continu ou un système de dosage de l'insuline, ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, lorsque prescrites ou recommandées par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exclusion : les frais pour les piles et les examens de l'audition

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure :

Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré ou l'assurée fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures, et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre, et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes et les chaussures profondes

Cure de désintoxication (pour l'adhérent ou l'adhérente seulement) : Les frais pour un séjour dans une clinique spécialisée de désintoxication, d'alcoolisme et de toxicomanie, sous le contrôle d'un médecin licencié et sous la surveillance d'un infirmier diplômé.

Certificat médical (pour l'adhérent ou l'adhérente seulement) : Les frais pour l'obtention d'un certificat médical produit pour justifier une invalidité de 180 jours et plus. L'invalidité doit au préalable être confirmée à l'assureur par l'administrateur du régime.



Conseil pratique

Pour de plus amples renseignements sur la couverture des chaussures orthopédiques ou des orthèses plantaires, visitez notre site Internet.
www.cbmedavie.ca/misesajourgaranties

Soins de la vue (*régime élargi seulement*)

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs;
- les lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, et
- la chirurgie oculaire au laser.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.

Verres de contact requis à la suite de certaines maladies oculaires : Les frais pour verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 300 \$ par 24 mois consécutifs. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré ou l'assurée paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré ou l'assurée pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré ou l'assurée paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

Le remboursement des frais admissibles est calculé de la façon suivante :

- Étape 1. Croix Bleue applique tout maximum usuel, raisonnable et conforme à la pratique courante. Les frais admissibles correspondent au moindre entre le coût réel et les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante pour le service ou la fourniture;
- Étape 2. Croix Bleue soustrait la franchise (s'il y a lieu);
- Étape 3. le pourcentage de remboursement s'applique au restant des frais admissibles;
- Étape 4. le résultat est le montant payable par Croix Bleue, sous réserve de tout maximum applicable.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré ou l'assurée a reçus gratuitement;

- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs, ou
 - iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais de stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires (à l'exception, en vertu du régime élargi, des frais de certificats médicaux pour justifier une absence ou invalidité de l'adhérent ou de l'adhérente);
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé, ou
- n) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public, ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré ou une assurée qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue. Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture de la présente brochure.

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes. Cependant, lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime, chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent ou l'adhérente doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent, ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 50 % du montant indiqué dans le guide des tarifs pour le service fourni;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré ou de l'assurée. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence, ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet, et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Termes-clés de la présente brochure.



Conseil pratique

Croix Bleue paie jusqu'à concurrence du montant figurant dans le guide des tarifs indiqué dans le Sommaire des garanties.

Avant de commencer votre traitement, demandez à votre dentiste s'il base ses tarifs sur le guide des tarifs de sa province.



Conseil pratique

Vous êtes responsable de payer tous les frais excédant le guide des tarifs figurant dans le Sommaire des garanties. Il est important d'en tenir compte, car cela peut influencer directement ce que vous déboursez de votre poche.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- examen de rappel, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs;
- examen buccal, pour les enfants à charge de moins de 10 ans, qui n'est pas remboursable par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 1 par période de 12 mois consécutifs;
- examen buccal d'urgence, et
- examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence de 1 par année civile.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- intra-orales :
 - périapicales, et
 - occlusales et interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année civile;
- sialographies, et
- substances radio-opaques.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- culture microbiologique;
- biopsie des tissus buccaux mous;
- biopsie des tissus buccaux durs, et
- examen cytologique.

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- polissage des dents, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs;
- traitement au fluorure, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs;
- instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement), et
- détartrage, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs.

Appareils de maintien : pour les assurés de moins de 18 ans seulement

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- tenons de rétention;
- restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate, et
- coiffage de pulpe.



Conseil pratique

Lorsqu'un traitement dentaire est requis à la suite d'un accident, il devient admissible dans les frais de soins de santé complémentaires, plutôt que dans la présente garantie.



Conseil pratique

Détartrage désigne l'enlèvement de la plaque, du calcul et des taches sur les dents.



Conseil pratique

Restaurations (plombages) désignent le matériel dentaire utilisé pour restaurer la fonction et l'intégrité d'une dent.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- pulpotomie;
- pulpectomie;
- traitement de canal;
- chirurgie endodontique;
- blanchiment (sur dents devitalisées seulement), et
- apexification.



Conseil pratique

Endodontie désigne les soins relatifs aux traitements de canal et aux tissus entourant la racine des dents.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- chirurgie parodontale;
- jumelage provisoire;
- soins des infections aiguës;
- désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- curetage;
- surfaçage radiculaire;
- équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile, et
- autres services parodontaux complémentaires.



Conseil pratique

Parodontie désigne la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies de gencive.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
- pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles;
- construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré ou l'assurée est couvert(e) en vertu de la présente garantie, et
- remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que :
 - la prothèse ou le pont soit nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré ou l'assurée est couvert(e) en vertu de la présente garantie, et
 - la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.



Conseil pratique

Prothèses dentaires désignent le diagnostic, le traitement, la réadaptation et le maintien des fonctions, du confort, de l'apparence et de la santé buccale, pour les patients aux prises avec des conditions associées à des dents manquantes ou déficientes.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- réparations;
- ajustements;
- rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles, et
- nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- ablation de dents et de racines;
- exposition et déplacement chirurgical de dents;
- incision, ablation et drainage des tumeurs ou des kystes;
- frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival, et
- soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- anesthésie;
- pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur, et
- finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- incrustations;
- incrustations avec recouvrement de cuspidés, et
- couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (autre que les restaurations préfabriquées).

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années civiles.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- corps coulé;
- pivot préfabriqué;
- recimentation d'incrustation ou de couronne, et
- ablation d'incrustation ou de couronne.

Soins orthodontiques

Frais engagés pour les services suivants :

- examens orthodontiques;
- modèles de diagnostic orthodontiques non montés;
- appareils amovibles pour repositionner les dents;
- appareils fixes ou cimentés (appareils orthodontiques);
- appareils de contrôle des habitudes buccales;
- appareils de rétention, et
- traitement complet majeur.



Conseil pratique

Soins orthodontiques désignent le traitement pour la correction des malpositions dentaires et des déformations maxillaires.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré ou l'assurée un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré ou l'assurée. Ce dernier ou cette dernière doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé, ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 500 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent ou l'adhérente doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent ou l'adhérente du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré ou l'assurée a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;
- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques, ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public, ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent contrat, le cas échéant;
- l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspides sont utilisés à cette fin;
- m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) facettes;
- o) implants et services qui y sont reliés;
- p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts, ou
- q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage, ou
- une condition médicale que l'assuré ou l'assurée avait avant son voyage (ou avant de réserver son voyage), mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours (180 jours pour les assurés ou les assurées de 75 ans et plus) **précédant la date de départ** ou dans les 90 jours (180 jours pour les assurés ou les assurées de 75 ans et plus) **précédant la date de réservation** dans le cas de la Garantie Annulation et interruption de voyage, l'assuré ou l'assurée n'a pas :

- été traité(e) ou évalué(e) pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition ou à une condition connexe;
- éprouvé (e) de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou reçu des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement);
- été admis(e) ou traité(e) dans un hôpital en raison de cette condition, ou
- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré ou de l'assurée;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;
- dispose d'un laboratoire, et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint ou la conjointe, les enfants de l'assuré ou de l'assurée, ainsi que ses frères et sœurs.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré ou l'assurée, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré ou de l'assurée à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré ou l'assurée doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus, et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré ou de l'assurée;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;
- les remboursements pour la présente garantie sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime (lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel que mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).



Conseil pratique

Assurez-vous d'apporter votre carte d'identification Croix Bleue lorsque vous voyagez.

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré ou l'assurée était couvert(e) par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue, et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré ou de l'assurée.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant, d'un triporteur ou d'un quadriporteur, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré ou l'assurée et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré ou l'assurée doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré ou de l'assurée;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la quantité;
- la posologie et le dosage du médicament, et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident, ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débuter alors que l'assuré ou l'assurée est couvert(e) par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient, et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré ou l'assurée.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré ou de l'assurée dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique jusqu'à la ville de résidence de l'assuré ou l'assurée au Canada, et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré ou l'assurée est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré ou l'assurée refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré ou de l'assurée, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Garantie Voyage

Advenant le décès de l'assuré ou l'assurée, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré ou de l'assurée, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré ou l'assurée est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré ou l'assurée à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré ou de l'assurée jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré ou l'assurée est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou l'assurée ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai. Le remboursement maximal est de 150 \$ par jour et d'un maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement. Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré ou l'assurée a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré ou l'assurée vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré ou l'assurée auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré ou l'assurée;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré ou l'assurée est hospitalisé(e);
- rapatrier l'assuré ou l'assurée dans sa province de résidence si l'assuré ou l'assurée répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré ou l'assurée si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite, et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré ou de l'assurée si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré ou l'assurée :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré ou l'assurée, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré ou une assurée à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré ou l'assurée.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses, et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré ou l'assurée doit accepter de couvrir une portion des frais.

Garantie Annulation et interruption de voyage

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- les frais ont été engagés en raison de la réalisation d'un risque admissible figurant dans la présente section;
- le risque admissible s'est produit en raison d'une situation d'urgence ou d'une situation hors du contrôle de l'assuré ou de l'assurée;
- l'assuré ou l'assurée avertit Croix Bleue de la réalisation du risque admissible dans le délai indiqué dans la présente section;
- l'assuré ou l'assurée n'était pas au courant, au moment où les arrangements de voyage ont été faits, de tout événement qui aurait raisonnablement pu l'empêcher d'effectuer le voyage comme prévu, et
- l'assuré ou l'assurée présente une preuve de sinistre qui répond aux critères de la présente section.

Les montants payables sont limités à la portion des frais admissibles qui ne peut être créditée ou remboursée en espèces au moment où le risque s'est réalisé.

Risques admissibles

L'assuré ou l'assurée est admissible à un remboursement si son voyage est annulé, interrompu ou prolongé en raison d'un des éléments suivants :

- a) hospitalisation ou décès de l'assuré ou de l'assurée, d'un membre de sa famille immédiate ou d'un compagnon de voyage, d'un membre de la famille immédiate du compagnon de voyage, ou décès d'un associé d'affaires, d'un employé-clé ou de la personne qui prend soin de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage;
- b) maladie ou blessure de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage ou d'un membre de leur famille immédiate, ou d'un associé d'affaires, d'un employé-clé, ou de la personne qui prend soin de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage, si la condition est suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage de l'assuré ou de l'assurée;

- c) grossesse de l'assurée ou de la compagne de voyage si :
 - i. la grossesse débute après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou après la date à laquelle le billet a été acheté, et
 - ii. la date de départ ou de retour se situe dans les 8 semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement;
- d) convocation de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou leur assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont la tenue est prévue pendant le voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la Loi;
- e) mise en quarantaine ou détournement d'avion subis par l'assuré ou l'assurée, son compagnon de voyage ou un membre de leur famille immédiate;
- f) sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage;
- g) mutation de l'assuré ou de l'assurée, de son compagnon de voyage ou de leur conjoint, qui provoque le déménagement de la résidence principale de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage;
- h) appel en service de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage, dans le cas d'un officier responsable de l'application de la Loi, d'un pompier, d'un réserviste ou d'un membre des Forces armées;
- i) vol ou correspondance manqués en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, une défaillance mécanique, un accident, un barrage routier dirigé par la police ou du retard d'une automobile causé par un accident de la route;
- j) décès ou hospitalisation de l'hôte de l'assuré ou de l'assurée à la destination du voyage;
- k) perte involontaire de l'emploi permanent de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage, qu'il ou elle occupait depuis au moins une année complète et qui entraîne l'annulation du voyage;
- l) événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs :
 - i. s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu, et
 - ii. est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
- m) annulation d'une réunion d'affaires, avant le départ, pour des raisons hors du contrôle de l'assuré ou de l'assurée, de son compagnon de voyage ou de leur employeur;
- n) annulation d'un voyage en raison du refus d'une demande de visa de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage pour voyager ou pour séjourner dans le pays constituant la destination si les critères suivants sont remplis :
 - i. ils sont autrement admissibles à un tel visa;
 - ii. le refus n'est pas causé par une demande tardive ou une demande faite à la suite d'un premier refus, et
 - iii. le refus de la demande de visa est motivé par des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré ou de l'assurée ou de son compagnon de voyage;
- o) adoption légale d'un enfant par l'assuré ou l'assurée ou son compagnon de voyage si la date de l'adoption se situe pendant la période prévue du voyage.

Frais admissibles

Portion non utilisée des frais de voyage :

Avant le départ : Les coûts de voyage payés à l'avance et non remboursables si l'assuré ou l'assurée doit annuler son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Après le départ : Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ, ainsi que la portion non remboursable des autres arrangements de voyage payés à l'avance (autre que le billet de retour acheté initialement), si l'assuré ou l'assurée doit interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Garantie Voyage

Vol ou correspondance manqués : Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de destination du voyage si, en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, d'une défaillance mécanique, d'un accident, d'un barrage routier opéré par la police ou du retard de l'automobile en raison d'un accident de la route, l'assuré ou l'assurée manque son vol ou sa correspondance et ne peut plus poursuivre son voyage tel que planifié, à condition qu'il ou elle ait prévu arriver au point de transfert au moins 2 heures avant l'heure de départ prévu.

Les frais d'annulation en raison d'un risque admissible relié aux conditions météorologiques sont remboursés seulement si les conditions météorologiques défavorables entraînent une interruption du voyage d'au moins 30 % de la durée totale du séjour initialement prévu.

Frais pour rejoindre une excursion ou un groupe : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si l'assuré ou l'assurée manque une partie du voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Nouveaux tarifs d'occupation : Les frais supplémentaires pour de nouveaux tarifs d'occupation lorsque l'assuré ou l'assurée décide de poursuivre son voyage alors que son compagnon de voyage doit annuler ou interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible. Les frais supplémentaires sont remboursés jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage annule son voyage.

Retour retardé : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ lorsque l'assuré ou l'assurée doit reporter son retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par lui-même ou elle-même, un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage. La preuve de sinistre doit démontrer que la maladie ou la blessure est suffisamment grave pour empêcher le retour tel qu'il était prévu.

Avis à donner lors d'une annulation de voyage

Lorsqu'un risque admissible se produit avant la date de départ, l'assuré ou l'assurée doit, pour annuler son voyage, communiquer avec son agent de voyages ou son transporteur, de même qu'avec Croix Bleue, dans les 48 heures après la réalisation du risque admissible.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement en vertu de la présente clause doivent avoir été approuvées par Croix Bleue et être accompagnées, s'il y a lieu, par :

- la preuve des frais admissibles engagés, incluant les billets de transport non utilisés, les reçus officiels pour le transport alternatif et les crédits-voyage;
- une preuve documentée jugée satisfaisante par Croix Bleue, démontrant que le risque admissible est la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage, et
- les éléments suivants :
 - pour un retard causé par un accident de la route, un rapport de police peut être nécessaire;
 - dans le cas de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage en raison d'une situation d'urgence, le médecin traitant doit fournir un certificat médical confirmant le diagnostic et démontrant que la situation d'urgence était suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage.

Garantie Bagages

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section, sous réserve du maximum global mentionné dans le Sommaire des garanties et des modalités suivantes :

- l'assuré ou l'assurée doit prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger, sauvegarder ou recouvrer les biens;
- en cas de perte, l'assuré ou l'assurée doit avertir Croix Bleue aussi rapidement que possible, et
- Croix Bleue est second payeur par rapport à toute autre assurance responsabilité applicable.

Perte ou endommagement des bagages : Lorsque les bagages de l'assuré ou l'assurée sont perdus ou endommagés au cours d'un voyage, Croix Bleue, à sa discrétion :

- rembourse à l'assuré ou l'assurée la valeur des bagages et de leur contenu au moment de la perte ou de l'endommagement, ou
- répare ou remplace tout bagage endommagé ou perdu et leur contenu par des biens de même qualité ou de même valeur.

En cas de perte ou d'endommagement d'un article des bagages faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée relativement à la part raisonnable et juste de cet article dans la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance de cet article et du fait que l'ensemble n'est pas une perte totale.

Retard des bagages : Lorsque les bagages enregistrés sont retardés par le transporteur pendant plus de 12 heures et avant le retour au point de départ, Croix Bleue rembourse jusqu'à concurrence de 250 \$ pour les frais relatifs à des articles de toilette et à des vêtements, et sous réserve du maximum global total de la Garantie Bagages.

Perte ou vol de documents : Croix Bleue couvre les frais de remplacement d'un passeport, d'un permis de conduire, d'un acte de naissance ou d'un visa de voyage, en cas de perte ou de vol, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par incident et du maximum global total de la Garantie Bagages.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement pour la perte, l'endommagement ou le retard des bagages, ou la perte ou le vol de documents sont soumises à l'approbation préalable de Croix Bleue et doivent être accompagnées de la documentation suivante :

- pour la perte de bagages ou de documents, une confirmation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou du transporteur;
- pour le vol de bagages ou de documents, une preuve du rapport fait à la police, ainsi qu'une confirmation écrite relativement aux détails de la perte, et
- pour le retard des bagages, une preuve du retard émise par le transporteur et les reçus pour les articles achetés.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré ou l'assurée paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Délai pour soumettre une demande de règlement

Garantie Médico-hospitalière d'urgence et Patients dirigés hors Canada : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré ou l'assurée doit faire parvenir une preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré ou l'assurée si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Garantie Annulation et interruption de voyage : La preuve de l'annulation ou de l'interruption doit être reçue par Croix Bleue dans les 90 jours suivant l'annulation ou l'interruption du voyage, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Garantie Bagages : La preuve de la perte ou des dommages, ainsi que le montant du sinistre doivent être reçus par Croix Bleue dans les 90 jours suivant le sinistre, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) l'assuré ou l'assurée ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- b) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- c) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
- d) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie;
- e) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel il y a un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, lorsque cet **avertissement a été émis avant la date de départ** et que la perte ou la dépense sont reliées à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis;
- f) **en cours de voyage**, un assuré ou une assurée, qui se trouve dans un pays ou une région faisant l'objet d'un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel, **décide de poursuivre son voyage** (c'est-à-dire que l'assuré ou l'assurée ne prend pas, dans les meilleurs délais possible, les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région); ou
- g) les dépenses ont été engagées en raison :
 - i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ou l'assurée ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré ou l'assurée s'inflige ou contracte volontairement, ou
 - v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguë, ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré ou l'assurée au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement, ou

Garantie Voyage

- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
- i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre, ou
 - iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ou l'assurée ne suit pas un traitement auprès d'un médecin, et
- f) tous frais reliés à toute **condition préexistante**, telle que définie ci-dessous.

Condition préexistante : Une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré ou de l'assurée, et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré ou l'assurée, ce dernier ou cette dernière :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu(e) prescrire ou a pris des médicaments, ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Garantie Annulation et interruption de voyage

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage, ou
- b) le voyage est annulé ou interrompu en raison de difficultés financières, de l'incapacité d'obtenir le logement désiré ou de l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

Garantie Bagages

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) la perte ou l'endommagement sont causés par :
 - i. la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public;
 - ii. le transport ou le commerce illégaux;
 - iii. l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine;
 - iv. un vol commis dans une voiture, une roulotte ou un autre véhicule laissés sans surveillance, sauf si le véhicule était verrouillé ou s'il était muni d'un compartiment verrouillé, et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles), ou
 - v. une omission ou un acte d'imprudence de la part de l'assuré ou de l'assurée;
- b) la perte ou l'endommagement survient alors que le bagage est en cours de réparation, ou
- c) la perte est relative à un bien qui ne peut être localisé et dont les circonstances de la disparition ne permettent pas de conclure raisonnablement qu'un vol a été commis.

Compte gestion santé (CGS)

Objet de la garantie

Le CSG est administré par Croix Bleue au nom du preneur, qui assume l'entière responsabilité légale et financière pour la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions

Les mêmes que celles prévues dans la section Termes-clés de la présente brochure.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais médicaux admissibles généralement selon les lignes directrices de l'Agence du revenu du Canada. Les frais médicaux admissibles comprennent les quotes-parts (coassurances), les montants excédant le maximum des garanties, ainsi que les frais qui ne sont pas couverts par tout autre régime applicable : régime collectif, régime individuel, régime gouvernemental de soins de santé ou tout régime privé.



Conseil pratique

Vous devez d'abord soumettre les frais médicaux admissibles à tout autre régime de santé. Le montant non remboursé peut être traité par votre régime CGS.

Exclusions

Les franchises ne sont pas admissibles.

Crédits du CGS

En vertu d'un CGS, vous avez accès à un montant prédéterminé de crédits alloués au CGS au début de chaque année du CGS indiquée dans le Sommaire des garanties. Ces crédits représentent la valeur allouée au CGS par le preneur et le montant peut être remboursé par Croix Bleue au nom du preneur.

Les crédits du CGS vous sont versés à la fréquence d'allocation des crédits indiquée dans le Sommaire des garanties.

Les crédits non utilisés du CGS ne peuvent en aucun cas être versés en espèces.

Si l'adhérent dont le CGS a pris fin a des demandes de règlement impayées pour des frais engagés avant la date de la fin du CGS, celles-ci peuvent être soumises au cours du délai de grâce applicable aux adhérents dont le CGS a pris fin, tel qu'indiqué dans le Sommaire des garanties.

Versement de la prestation

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne le type d'administration du régime qui s'applique à l'assuré en vertu du présent contrat.

Type de CGS

Report des crédits

Avec ce type de CGS, les crédits non utilisés sont reportés à l'année du CGS suivante.

Les crédits peuvent être utilisés pour rembourser les frais médicaux admissibles engagés dans la même année du CGS que celle pour laquelle les crédits ont été alloués. Les crédits non utilisés seront reportés à l'année du CGS suivante et ne peuvent être reportés pour plus d'une année du CGS. À la fin de l'année du CGS, les crédits reportés de l'année du CGS précédente et non utilisés seront perdus.



Conseil pratique

Vous pouvez consulter votre solde créditeur à partir de l'application Medavie Mobile ou sur notre site Web au www.cbmedavie.ca.

Pour le traitement des demandes de règlement, les crédits reportés de l'année du CGS précédente sont utilisés en premier, avant les crédits alloués pour l'année du CGS en cours.

Les demandes de règlement doivent être soumises au cours de l'année du CGS pendant laquelle les frais ont été engagés ou au cours du délai de grâce indiqué dans le Sommaire des garanties.

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) des frais engagés par les adhérents, les adhérentes ou les personnes à charge avant la date de prise d'effet de la présente garantie ou après la date de fin du CGS, conformément au présent contrat;
- b) les médicaments en vente libre, tels que les vitamines, les minéraux et les remèdes à base de plantes, qu'il est possible de se procurer sans une prescription de la part d'un professionnel de la santé; ou
- c) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont reçus à des seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont facultatifs.

Quelles sont mes responsabilités en vertu du contrat?

Changement dans votre situation personnelle

Il est de votre responsabilité de fournir au preneur, par l'intermédiaire de l'administrateur du régime, un formulaire d'adhésion rempli et signé, contenant également les informations exactes sur votre statut familial, ainsi que sur vos désignations des bénéficiaires. Vous devez remplir le formulaire d'adhésion au régime d'assurance collective dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture.

Pour s'assurer que l'information sur votre couverture individuelle ou familiale est tenue à jour, il est important que vous avisiez le preneur, par l'intermédiaire de l'administrateur du régime, de tout changement dans les 31 jours suivant le changement. Le défaut de le faire peut entraîner l'obligation de fournir une preuve d'assurabilité avant que toute modification à votre statut ne prenne effet. Les changements qui doivent être rapportés à Croix Bleue comprennent :

- ajout/retrait d'une personne à charge;
- mise à jour du statut d'une personne à charge étudiante;
- changement de votre état civil;
- changement de bénéficiaire;
- adhésion aux garanties à l'égard desquelles vous étiez exempté auparavant.

Désignation de votre bénéficiaire

Sauf stipulation relative au bénéficiaire, toutes les prestations vous sont payables.

Prestations de décès

Lors de votre décès, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire que vous avez désigné.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui que vous avez désigné sur votre demande d'adhésion à la couverture collective. Vous pouvez changer le bénéficiaire en soumettant une demande écrite signée à Croix Bleue par l'intermédiaire de l'administrateur du régime.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part devant être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si votre bénéficiaire décède avant vous, vous devez désigner un autre bénéficiaire.

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné par écrit votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à vos ayants droit.

Désignations effectuées en vertu du contrat d'assurance collective antérieur

Toute désignation de bénéficiaire effectuée en vertu du contrat d'assurance collective antérieur sera reportée au présent contrat collectif. Vous devez vérifier la désignation existante pour vous assurer qu'elle reflète vos intentions présentes.



Conseil pratique

Il est primordial de tenir à jour votre désignation de bénéficiaire.

Lorsqu'un montant est versé à votre succession, cet argent peut être sujet aux droits des créanciers et aux droits de succession.

Toutefois lorsqu'un bénéficiaire est désigné, cette personne reçoit l'entière prestation non imposée, peu importe les dettes contractées par le défunt.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire disponible auprès de l'administrateur du régime.

Fournir une preuve de sinistre

Vous devez soumettre vos demandes de règlement à l'intérieur des limites de temps applicables indiquées dans chacune des garanties. Croix Bleue doit recevoir une preuve du sinistre, sous une forme jugée satisfaisante.

Dans le processus du traitement de vos demandes de règlement, Croix Bleue peut exiger que vous fournissiez des renseignements supplémentaires ou que vous vous fassiez examiner par un médecin ou un professionnel de la santé, aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

Vous êtes responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

À la résiliation du contrat collectif, les demandes de règlement doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour les garanties Mutilation par accident ou pour les soins relatifs aux accidents dentaires, **dans les 6 mois** suivant la résiliation du présent contrat collectif, ou
- pour toutes les autres garanties, **dans les 90 jours** suivant la date de résiliation du contrat.

Recouvrement d'indemnités d'une tierce partie (subrogation)

Si vous avez le droit d'intenter une action légale contre une tierce partie (personne physique ou morale) en raison d'une perte reliée à toute demande de règlement soumise en vertu du présent régime, Croix Bleue est en droit d'acquérir vos droits pour le recouvrement des indemnités, jusqu'à concurrence du remboursement effectué par Croix Bleue.

Vous devez signer et retourner les documents nécessaires pour faciliter cette démarche et vous devez faire tout ce qui est exigé pour protéger vos droits de recouvrer les indemnités d'une tierce partie.

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

La fraude en matière de protection-santé est la soumission intentionnelle de renseignements qui sont faux et trompeurs aux fins de gains financiers.

Qu'elle soit commise à petite ou grande échelle, la fraude peut entraîner des pertes financières importantes pour le régime et, par le fait même, entraîner une hausse de primes et une protection moindre. Croix Bleue s'engage à protéger l'intégrité de ses programmes pour ses preneurs de contrat et ses adhérents en surveillant les activités abusives ou frauduleuses et en prenant des mesures efficaces pour résoudre ces dernières.

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent ou adhérente à un régime d'assurance collective, vous pouvez nous aider à éliminer la fraude envers votre régime :

- Conservez en lieu sûr votre carte d'identification, votre numéro de contrat, votre numéro d'adhérent et les informations s'y rattachant;
- Examinez attentivement vos reçus de produits et de services pour vous assurer :
 - que vous comprenez les frais facturés, et
 - que les frais correspondent aux services reçus.



Conseil pratique

Votre preuve de sinistre doit être soumise en anglais ou en français. Si la preuve de sinistre initiale est dans une autre langue que l'anglais ou le français, vous êtes responsable de tous les frais reliés à la traduction de cette preuve.



Conseil pratique

Le coût de la fraude en matière de protection santé au Canada est estimé à entre 2 et 12 milliards de dollars annuellement.

Vos droits et responsabilités en vertu du contrat

Si les frais apparaissant sur votre reçu ne vous semblent pas clairs, demandez au fournisseur de vous les expliquer.

- Examinez attentivement votre relevé d'explication des garanties pour repérer toute divergence entre les services reçus et les services réclamés.
- Ne signez jamais un formulaire de demande de règlement non rempli.
- De temps en temps, nous envoyons un questionnaire de vérification aux adhérents pour fins de confirmation des traitements et des autres informations s'y rattachant. Si vous recevez l'un de ces questionnaires, veuillez le remplir et le retourner rapidement. Cela représente une contribution essentielle à nos efforts pour dissuader la fraude.

Quels sont mes droits en vertu du contrat?

Protection des renseignements personnels

Dans le cadre de son administration des régimes, Croix Bleue recueille et conserve des renseignements personnels sur ses assurés et leurs personnes à charge.

Assurer la confidentialité des informations de nos assurés est au cœur de notre vision d'entreprise. Notre personnel prend très au sérieux nos politiques sur la protection de la vie privée, ainsi que la marche à suivre pour assurer la confidentialité.

Qu'est-ce qu'un renseignement personnel?

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

Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?

Vos renseignements personnels sont nécessaires pour permettre à Croix Bleue de traiter votre demande d'adhésion en vertu des différentes garanties du régime. Ils sont utilisés aux fins de vous fournir, en tant qu'adhérent admissible, les services précisés dans le contrat collectif, de comprendre vos besoins ou de vous recommander des produits et services adéquats, ainsi qu'à des fins administratives.

À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?

Selon votre type de couverture, il nous sera peut-être nécessaire de fournir certains renseignements personnels aux entités suivantes, de façon confidentielle, afin de vous fournir les services prévus dans le régime :

- des spécialistes de la santé, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou à un service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige;
- la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada et d'autres tierces parties, de façon confidentielle, lorsque nécessaire afin d'administrer vos garanties;
- le titulaire principal de tout autre contrat en vertu duquel vous pourriez être couvert.

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si Croix Bleue juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

En devenant un assuré ou une assurée de Croix Bleue ou en remplissant une demande de règlement, vous acceptez que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée.



Conseil pratique

Si vous soupçonnez une fraude en matière de protection santé, veuillez en aviser Croix Bleue en utilisant l'une des méthodes confidentielles suivantes :

Numéro sans frais :
1-877-412-8809

fraude@croixbleue.
medavie.ca

www.cbmedavie.
ligneconfidentielle.com



Conseil pratique

Pour obtenir de plus amples renseignements sur notre politique de protection des renseignements personnels, veuillez visiter notre site Internet.

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, vous avez le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit à Croix Bleue dans les 30 jours suivant la date de l'avis de refus.

Le délai alloué pour toute poursuite, en vertu du contrat collectif, débute à la date du refus initial écrit de Croix Bleue et se prolonge jusqu'à la date d'expiration établie par la législation provinciale applicable.

Chaque procédure ou demande en justice contre Croix Bleue, pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du contrat, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi de l'assurance ou toute autre loi applicable.

Copie du contrat collectif

Lorsque permis par la loi, vous avez le droit de demander une copie du contrat collectif, une copie de votre demande d'adhésion et de tout avis écrit ou de tout autre dossier fournis à Croix Bleue comme preuve d'assurabilité.

Les droits de Croix Bleue en vertu du contrat

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier des demandes de règlement d'un assuré ou d'une assurée.



Conseil pratique

Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers détenus par Croix Bleue ou par ses fournisseurs approuvés.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré ou une assurée;
- tout montant versé à l'assuré ou l'assurée à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations, ou
- toute somme payée à l'assuré ou l'assurée et constituant un trop-perçu.

Si le trop-perçu ne peut être recouvré, Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures de l'assuré ou l'assurée, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Croix Bleue peut, sans donner un avis préalable, suspendre ou terminer le droit à des prestations d'un assuré ou d'une assurée, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus, ou
- Croix Bleue engage des poursuites criminelles ou des poursuites civiles contre l'assuré ou l'assurée.

Croix Bleue a également le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement pour tout service ou fourniture prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue, ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.

Comment soumettre une demande de règlement

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé de l'une des façons suivantes :

- auprès de l'administrateur du régime sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous); ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie et les garanties mutilation par accident auprès de l'administrateur du régime.

Comment soumettre une demande de règlement

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé :

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments et les soins dentaires et pour votre compte gestion santé (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.
Visitez www.cbmedavie.ca/application pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.
- Pour localiser le bureau de Croix Bleue Medavie le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à www.cbmedavie.ca.
- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue Medavie le plus proche.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour les **garanties vie et les garanties mutilation par accident**, à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable; ou
- en les donnant à l'administrateur du régime.



Conseil pratique

Plutôt que de recevoir un chèque par la poste, vous pouvez être remboursé directement dans votre compte bancaire en vous inscrivant au dépôt direct. C'est rapide et pratique. Visitez notre site Internet pour vous y inscrire.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demandes au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime d'collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification;**
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

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



Conseil pratique

Pour des raisons de sécurité, le site des adhérents est réservé à votre usage personnel. Vos personnes à charge et les autres membres de votre famille n'y ont pas accès.

Coordonnées de Croix Bleue

Pour de plus amples informations sur votre couverture collective ou sur le site des adhérents, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle aux numéros sans frais suivants :

Ontario : 1-800-355-9133

Québec : 1-888-588-1212

Toutes les autres provinces : 1-800-667-4511

Pour toute question, vous pouvez également envoyer un courriel à contact@medavie.croixbleue.ca, ou visiter notre site Internet au www.cbmedavie.ca.

Assistance voyage dans le monde entier

Canada et É.-U. : 1-800-563-4444

Ailleurs dans le monde à frais virés: 514-286-7726

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

Suivez-nous sur Twitter à [@CBMedavie](https://twitter.com/CBMedavie)

Ma Bonne Santé^{MD}

Ma Bonne Santé est un portail Web sécurisé et interactif qui offre de précieux renseignements sur la santé, ainsi que des outils pour prendre soin de votre santé. Vous pouvez créer votre propre profil de santé et l'utiliser pour vous fixer des objectifs personnels grâce aux ressources de Ma Bonne Santé.

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Visitez cbmedavie.mabonnesante.ca et suivez simplement les instructions pour vous y inscrire gratuitement!



Des rabais sont offerts aux assurés de Croix Bleue à travers le Canada. Pour bénéficier des rabais, présentez votre carte d'identification Croix Bleue et mentionnez **Avantage Bleu** à tout fournisseur participant. Une liste des fournisseurs participants et des rabais est disponible au www.avantagebleu.ca.



Conseil pratique

Ayez en main votre numéro de contrat collectif et votre numéro d'identification lorsque vous appelez pour des questions concernant votre couverture.