

Université Laurentienne

Description de la division : Division 19 - Syndicat des employés de l'Université Laurentienne

Numéros des contrats collectifs : GH 8820, GH 83293 et GH 83294

Nom du salarié : _____

Numéro de certificat : _____

Bienvenue à votre programme d'avantages sociaux

Dates d'effet des contrats collectifs :

Frais médicaux : 1er octobre 1960

Frais dentaires : 1er janvier 1976

Rente d'invalidité : 1er octobre 1962

En tant que salarié de l'Université Laurentienne, l'Observatoire de neutrinos de Sudbury, le Centre d'excellence en innovation minière, et la Société de recherche appliquée en innovation minière et de réhabilitation, vous bénéficiez d'une sécurité, tant du point de vue médical que financier, et ce, grâce au régime d'avantages sociaux offert par l'Université Laurentienne de concert avec la Financière Manuvie.

Le présent livret des garanties a été conçu expressément pour répondre à vos besoins. Il vous permet d'accéder facilement à tous les renseignements dont vous avez besoin sur les garanties auxquelles vous avez droit.

Les garanties collectives comptent beaucoup, non seulement pour l'aide financière qu'elles vous procurent, mais aussi pour la sécurité qu'elles apportent à votre famille ainsi qu'à vous-même, particulièrement en cas de besoins imprévus.

Le service des Ressources humaines peut vous renseigner sur vos garanties ou vous indiquer la marche à suivre pour présenter une demande de règlement.

À noter : Les garanties de l'Université Laurentienne sont basées sur une année de couverture du 1er juillet au 30 juin, à l'exception de certains frais, sous la garantie Frais d'optique, qui sont basés sur toute période de 24 mois consécutifs.

Pour toute demande de renseignements, vous pouvez téléphoner à la Financière Manuvie au 1 800 268-6195. Vous devrez alors avoir en main les numéros de vos contrats et de votre certificat.

Livret produit le 3 novembre 2022

Table des matières

Comment utiliser votre livret des garanties.....	3
Définition de termes courants en assurance.....	4
Pourquoi des garanties collectives?	7
Centre de la paie et des avantages sociaux.....	7
Ressources humaines.....	7
Comment participer au régime	7
Modifications	7
Site Web de la Financière Manuvie.....	8
Traitement des demandes de règlement.....	9
Comment soumettre une demande de règlement	9
Paiement des demandes de règlement - Frais médicaux et Frais dentaires	9
Coordination des prestations - Frais médicaux et Frais dentaires.....	9
Qui peut bénéficier de la couverture?	12
Admissibilité	12
Preuve d'assurabilité.....	12
Adhésion tardive	13
Adhésion tardive à la garantie Frais dentaires	13
Date d'effet de la couverture	13
Cessation de l'assurance	14
Vos avantages sociaux	15
Frais médicaux.....	15
Frais dentaires	29
Rente d'invalidité.....	34

Comment utiliser votre livret des garanties

Conçu pour répondre à vos besoins

Le présent livret des garanties a été conçu expressément pour répondre à VOS besoins et fournit les renseignements suivants sur le régime d'avantages sociaux. Il comprend :

- une table des matières détaillée vous permettant de trouver rapidement les renseignements que vous cherchez;
- une brève définition de certains termes d'assurance courants utilisés dans le présent livret des garanties;
- une explication claire et précise de vos garanties collectives;
- les renseignements dont vous avez besoin pour présenter une demande de règlement.

Avis important

Les garanties Frais médicaux et Frais dentaires sont souscrites directement par l'Université Laurentienne. La Financière Manuvie a été engagée pour traiter et gérer les demandes de règlement que vous présentez au titre de ces garanties suivant les règles et les pratiques standard en matière d'assurance. Le versement des prestations est fonction des dispositions du présent livret et du régime de votre employeur.

Le présent livret a pour but d'expliquer dans les grandes lignes les garanties auxquelles vous avez droit à titre de salarié de l'Université Laurentienne, l'Observatoire de neutrinos de Sudbury, le Centre d'excellence en innovation minière, et la Société de recherche appliquée en innovation minière et de réhabilitation. Les renseignements qu'il contient ne font que résumer les dispositions du contrat collectif. Le livret n'est fourni qu'à titre de renseignement, ne confère aucun droit et n'impose aucune obligation. Tous les droits et obligations de l'Université Laurentienne et de la Financière Manuvie sont régis par le contrat collectif (que vous pouvez consulter en vous adressant aux Ressources humaines). S'il y avait divergence entre le livret et le contrat (que vous pouvez consulter en vous adressant à votre employeur), le contrat aurait préséance. Aucune modification ne peut être apportée au présent livret, sauf par un représentant autorisé de la Financière Manuvie.

Le simple fait de posséder le présent livret ne signifie aucunement que vous ou les personnes à votre charge êtes assurés. Le contrat collectif doit être en vigueur et vous devez répondre à toutes ses exigences.

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

- la police,
- votre demande d'adhésion au régime,
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

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

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

Nous vous recommandons de lire attentivement le présent livret des garanties, puis de le conserver en lieu sûr avec tous vos autres documents importants.

Définition de termes courants en assurance

Autorisation préalable

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

Conjoint

Personne qui répond à l'une des conditions suivantes :

- Être unie au salarié par un mariage religieux ou civil, ou
- Habiter continuellement avec le salarié, sans être mariée avec lui, et vivre avec lui une relation de couple publiquement reconnue au moment de la réalisation du risque. Le terme « couple » peut ici s'appliquer à deux personnes du même sexe.

Diligence raisonnable

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

Distributeurs exclusifs

Fournisseurs approuvés par la Financière Manuvie.

Enfant(s)

- Vos enfants non mariés de moins de 21 ans (y compris les enfants adoptifs, les enfants pris en foyer d'accueil et les enfants nés d'un autre lit). Dans le cas des garanties Frais médicaux et Frais dentaires, les enfants qui étudient à temps plein et qui sont à votre charge sont admissibles jusqu'à 25 ans. Les enfants sont couverts dès la naissance dans le cas des garanties Frais médicaux et Frais dentaires.
- Tout enfant atteint d'infirmité physique ou mentale peut rester couvert au-delà de l'âge maximal s'il n'est pas à même d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et si vous assurez entièrement son entretien et sa subsistance.

Équivalent moins cher

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

Définition de termes courants en assurance

Frais raisonnables et habituels

Le moins élevé des montants suivants :

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

Franchise

Part des frais remboursables qui reste à votre charge.

Invalidité totale

Garantie Rente d'invalidité - incapacité complète et ininterrompue de travailler et de toucher un revenu par suite d'une blessure ou d'une maladie.

Médicament

Produit dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auquel est attribué un code d'identification (DIN).

Nécessaire du point de vue médical

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

Observance thérapeutique

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

Organisme consultatif

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

Personne à charge

- Conjoint ou enfant domicilié dans le même pays que vous, ou
- Enfant qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé à l'extérieur du Canada. La couverture au titre des garanties Frais médicaux et Frais dentaires est maintenue tant que l'enfant est citoyen canadien et que sa couverture au titre du régime d'assurance-maladie provincial est en vigueur.

Définition de termes courants en assurance

Pharmacoeconomie

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

Proche parent

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

Programmes d'aide aux patients

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

Programmes de gestion des maladies

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

Salaire

Votre rémunération brute, à l'exclusion des gratifications, des commissions, des heures supplémentaires, des revenus et des surcharges.

Pourquoi des garanties collective

Les régimes offerts par le gouvernement peuvent couvrir des frais médicaux de base comme les frais d'hospitalisation et les honoraires de médecins et, en cas d'invalidité, ces régimes (par exemple : l'assurance-emploi, le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, les lois les accidents du travail) peuvent également offrir une certaine aide financière.

Il est bon de savoir que les régimes gouvernementaux n'offrent qu'une couverture de base. Les frais médicaux ou une invalidité peuvent entraîner des difficultés financières pour vous et votre famille.

Les régimes privés d'assurance-maladie et invalidité complètent les régimes gouvernementaux et peuvent offrir des garanties que ces derniers n'incluent pas, permettant ainsi à votre famille et à vous-même de jouir d'une certaine sécurité au moment où vous en avez le plus besoin.

Votre régime d'assurance collective est offert par l'Université Laurentienne en collaboration avec La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers.

Centre de la paie et des avantages sociaux

Il incombe au Centre de la paie et des avantages sociaux de veiller à ce que tous les salariés soient couverts au titre des garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il devra verser les primes voulues, signaler les nouvelles adhésions, les cessations d'emploi et les modifications et tenir tous les dossiers à jour.

En tant que participant à ce régime, il vous appartient de fournir au Centre de la paie et des avantages sociaux tous les renseignements nécessaires à la bonne marche de ce travail.

Ressources humaines

Pour plus d'information, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

L'administrateur de votre régime aux Ressources humaines est Julie Richer

Numéro de téléphone : 705 675-1151, poste 3029

Comment participer au régime

Pour participer au régime, vous devez présenter le formulaire « Proposition d'assurance collective » que vous pouvez vous procurer auprès du Centre de la paie et des avantages sociaux.

Modifications

Afin de maintenir à jour nos renseignements sur votre couverture et celle des personnes à votre charge, il est essentiel que vous communiquiez tout changement au Centre de la paie et des avantages sociaux. Il peut s'agir :

- d'un changement à la couverture des personnes à charge;
- d'un changement de nom;
- d'une demande d'adhésion à une garantie que vous avez précédemment refusée.

Pour apporter de telles modifications, vous devez remplir le formulaire « Demande de modification de la couverture », que vous pouvez vous procurer auprès du Centre de la paie et des avantages sociaux.

Pourquoi des garanties collective

Site Web de la Financière Manuvie

Les formulaires de demande de règlement se trouvent sur le site Web de la Financière Manuvie (www.manuvie.ca/assurancecollective).

Comment soumettre une demande de règlement

Tous les formulaires de demande de règlement, que vous pouvez vous procurer au Centre de la paie et des avantages sociaux, doivent être dûment remplis, signés et datés. N'oubliez pas de toujours indiquer le numéro de votre contrat collectif et de votre certificat personnel afin d'éviter que le traitement de votre demande ne soit retardé inutilement.

Le Centre de la paie et des avantages sociaux peut vous aider à remplir les formulaires et les Ressources humaines peuvent vous renseigner sur le traitement des demandes et sur votre régime d'assurance collective.

Paiement des demandes de règlement - Frais médicaux et Frais dentaires

Après avoir traité la demande de règlement, la Financière Manuvie vous fera parvenir un bordereau des prestations.

La partie supérieure du formulaire résume la ou les demandes de règlement présentées, la somme retenue pour les besoins de la franchise et le pourcentage de remboursement ayant servi au calcul des prestations auxquelles vous avez droit. Si vous avez des questions à propos de la somme versée, l'administrateur du régime aux Ressources humaines pourra vous fournir des explications.

La partie inférieure du formulaire constitue le chèque de remboursement, le cas échéant. Il vous suffit de le détacher en suivant le pointillé et de l'endosser pour pouvoir ainsi l'encaisser dans n'importe quelle banque à charte ou société de fiducie.

Vous devriez normalement recevoir le chèque de remboursement dans les trois semaines suivant la date de soumission de votre demande à la Financière Manuvie. Si vous n'avez rien reçu dans ce délai, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime aux Ressources humaines.

Vous ne pouvez tenter aucune action en justice contre la Financière Manuvie dans les 60 jours qui suivent la production des preuves comme il est indiqué à la section Présentation des demandes de règlement. Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Coordination des prestations - Frais médicaux et Frais dentaires

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture similaire au titre d'un autre régime, la Financière Manuvie en tiendra compte lorsque viendra le temps de déterminer le montant des frais payables au titre du présent régime.

Cette méthode est connue sous le nom de « coordination des prestations ». Elle prévoit le remboursement, au titre de l'ensemble des régimes, des frais engagés pour des soins médicaux ou des soins dentaires couverts, jusqu'à concurrence de 100 % de ces frais.

Régime s'entend de :

- tout autre programme d'assurance collective;
- toute autre entente prise pour couvrir les personnes d'un groupe; et
- toute assurance-voyage individuelle.

Le terme « régime » n'englobe ni l'assurance scolaire ni les régimes provinciaux.

Traitement des demandes de règlement

Ordre de préséance des régimes

Divers facteurs servent à déterminer quel régime sera considéré comme étant celui de l'« assureur principal » (c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais admissibles) et quel régime relèvera de l'« assureur secondaire » (c'est-à-dire à qui il revient de régler le solde des frais admissibles).

- Si l'autre régime ne prévoit pas la coordination des prestations, il sera considéré comme celui de l'assureur principal, c'est-à-dire à qui il revient de régler en premier les frais admissibles.
- Si l'autre régime prévoit la coordination des prestations, les règles suivantes s'appliquent afin de déterminer quel est le régime de l'assureur principal.

- Frais engagés pour vous ou votre conjoint à charge :

Les prestations seront versées au titre du régime qui vous couvre, vous ou votre conjoint à charge, en tant que salarié ou participant avant le régime qui vous couvre en tant que personne à charge.

Lorsque vous ou votre conjoint êtes couverts en tant que salarié ou participant au titre de plus d'un régime, l'ordre de paiement des prestations sera déterminé comme suit :

- en premier lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps plein,
- en deuxième lieu, le régime au titre duquel la personne est un salarié actif à temps partiel, et enfin,
- le régime au titre duquel la personne est assurée en tant que personne retraitée.

- Frais engagés pour un enfant à votre charge :

Le régime qui couvre le parent dont l'anniversaire de naissance (jour et mois) survient le premier au cours de l'année civile est le régime principal. Si l'anniversaire de naissance des deux parents coïncide, le régime principal est celui du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.

Pendant, si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre suivant s'impose :

- en premier lieu, le régime du parent ayant la garde de l'enfant,
 - en deuxième lieu, le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant (par exemple si le parent ayant la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint),
 - en troisième lieu, le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant, et enfin,
 - le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant (par exemple, si le parent n'ayant pas la garde de l'enfant se remarie ou a un conjoint de fait, les prestations à l'égard de l'enfant à charge seront versées au titre du régime du nouveau conjoint).
- En ce qui concerne les demandes de règlement portant sur les traitements de blessures accidentelles aux dents naturelles, les régimes de soins médicaux couvrant les traitements dentaires effectués par suite d'un accident ont préséance sur les régimes d'assurance dentaire.
 - Si les règles précédentes ne permettent pas d'établir l'ordre de préséance des régimes, les prestations seront calculées de façon proportionnelle entre les divers régimes par rapport aux sommes qui auraient été versées au titre de chaque régime comme s'il n'existait aucune clause de coordination des prestations.

Traitement des demandes de règlement

- Si la personne assurée est également couverte au titre d'une assurance-voyage individuelle, la coordination des prestations se fera conformément aux directives fournies par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Soumission des demandes touchées par la coordination des prestations

Voici la marche à suivre pour la soumission des demandes où la coordination des prestations entre en jeu :

- Conformément à la section sur la détermination de l'ordre de paiement des prestations, déterminez d'abord lequel des régimes est l'assureur principal et lequel est l'assureur secondaire.
- Soumettez tous les formulaires de demande et les reçus originaux nécessaires à l'assureur principal.
- Conservez une photocopie de chaque reçu ou demandez à l'assureur principal de vous retourner les reçus originaux une fois que votre demande aura été réglée.
- Une fois que l'assureur principal aura réglé votre demande, vous recevrez un état du règlement. Présentez à l'assureur secondaire cet état en même temps que tous les formulaires de demande et reçus nécessaires à un nouvel examen de votre demande, le cas échéant.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Admissibilité

Pour être admissible à la couverture, vous devez :

- être un salarié à temps plein ou contractuel*, et travailler au moins 20,25 heures par semaine, et
- être soit :
 - un salarié non horaire non syndiqué, ou
 - un salarié contractuel, ou
 - un salarié non horaire membre :
 - de la Section locale 2020 des Métallurgistes unis d'Amérique, Gardiens de sécurité, ou
 - de l'Association des professeurs de l'Université Laurentienne, ou
 - du Syndicat des employés de l'Université Laurentienne,
 - un salarié horaire membre d'un des organismes suivants :
 - Syndicat des employés de l'Université Laurentienne,
 - C.A.W./T.C.A. Canada « Université de Sudbury ».

**Vous êtes un salarié contractuel si vous êtes embauché pour une période de temps spécifique et définie, les termes de votre emploi sont détaillés dans un contrat entre l'Université Laurentienne et vous-même et ce contrat spécifie que vous êtes admissible à la couverture.*

- ne pas avoir atteint l'âge de cessation,
- être domicilié au Canada, ou avoir été embauché par le titulaire de police, mais ne résidez pas encore au Canada, et
- avoir accompli la période probatoire.

L'âge de cessation et la période probatoire peuvent varier d'une garantie à l'autre. Vous trouverez ce genre de renseignement dans la section intitulée « Vos garanties collectives ».

Les personnes qui sont à votre charge ont également droit à l'assurance à la date à laquelle vous y devenez admissible. Lorsque vous obtenez la charge d'autres personnes, celles-ci deviennent de ce fait admissibles à l'assurance. Toutefois, vous devez présenter une demande d'assurance pour vous-même afin que les personnes à votre charge soient admissibles à l'assurance.

Preuve d'assurabilité

Une attestation médicale est nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne, sauf dans le cas de la garantie Frais médicaux pour vous et la garantie Frais dentaires pour toute personne.

Pour soumettre une attestation médicale, remplissez le formulaire « Preuve d'assurabilité » que vous pouvez vous procurer auprès du Centre de la paie et des avantages sociaux. La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations médicales supplémentaires.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Adhésion tardive

L'adhésion de toute personne est considérée comme tardive lorsque vous :

- présentez une demande d'adhésion à l'expiration de la période d'admissibilité de 31 jours; ou
- demandez la remise en vigueur d'une couverture qui avait été annulée précédemment.

Si vous voulez adhérer à certaines garanties auxquelles vous aviez renoncé parce que vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint, l'adhésion est considérée comme tardive dans les cas suivants :

- vous présentez votre demande plus de 31 jours après la cessation de la couverture au titre du régime de votre conjoint; ou
- vous présentez une demande et la couverture au titre du régime de votre conjoint est toujours en vigueur.

Adhésion tardive à la garantie Frais dentaires

En cas d'adhésion tardive à la garantie Frais dentaires pour vous ou les personnes à votre charge, le remboursement des Soins ordinaires, Soins importants et Traitements orthodontiques est limité à 100 \$ par personne assurée pour les 12 premiers mois de couverture.

Date d'effet de la couverture

Lorsqu'une preuve d'assurabilité n'est pas exigée, votre assurance collective entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible.

Lorsqu'une preuve d'assurabilité est exigée, votre assurance collective entre en vigueur le jour de votre admissibilité ou le jour où la Financière Manuvie approuve cette preuve, s'il est postérieur.

Pour toutes les garanties, sauf la garantie Frais dentaires : L'assurance n'entrera en vigueur que si vous êtes effectivement au travail. Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre assurance devrait normalement entrer en vigueur, celle-ci entrera en vigueur le jour de votre retour au travail.

L'assurance des personnes à votre charge entre en vigueur le jour où ces dernières y deviennent admissibles. Par contre, si une preuve d'assurabilité est exigée à leur égard, leur assurance n'entrera en vigueur que le jour où la Financière Manuvie approuvera cette preuve.

Si l'une des personnes à votre charge (sauf un nouveau-né) est hospitalisée le jour où sa couverture est censée entrer en vigueur, la couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital. Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à charge est assurée dès la date de son admissibilité, qu'elle soit hospitalisée ou non.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Cessation de l'assurance

Votre assurance est résiliée dès que :

- vous cessez d'être un salarié admissible;
- vous commencez à travailler pour un autre employeur contre rémunération pendant un congé autorisé, dans le cas de la garantie Rente d'invalidité;
- le premier du mois qui suit votre 65e anniversaire de naissance, ou le jour même de cet anniversaire s'il s'agit d'un premier du mois, moins la durée du délai de carence (64 ans et six mois), dans le cas de la garantie Rente d'invalidité;
- si vous optez pour une retraite anticipée conformément au Programme spécial de retraite anticipée volontaire (PSRAV) dans le cas des membres du corps enseignant, ou au Programme d'aide pour les départs prématurés (PADP) dans le cas du personnel, les garanties Frais médicaux (y compris le Programme de médicaments prescrits ManuScript) et Frais dentaires peuvent être maintenues jusqu'au 1er juillet suivant votre 65e anniversaire de naissance ou jusqu'au jour même de l'anniversaire s'il s'agit d'un 1er juillet. Si vous optez pour une retraite anticipée ne relevant ni du PSRAV ou du PADP, vous ne pouvez pas continuer d'être couvert au titre de ces garanties.
- vous vous engagez à temps plein dans les forces armées de tout pays;
- votre contrat collectif est résilié;
- vous atteignez l'âge de cessation;
- vous prenez votre retraite; ou
- les cotisations exigibles sont impayées.

Si vous continuez d'être effectivement au travail après le 1er juillet suivant votre 65e anniversaire de naissance ou le jour même de votre anniversaire s'il s'agit d'un 1er juillet, vous avez droit à la couverture au titre des garanties Frais médicaux (y compris le Programme de médicaments prescrits ManuScript) et Frais dentaires.

L'assurance des personnes à votre charge prendra fin en même temps que votre propre assurance ou dès que celles-ci cesseront d'être considérées comme étant à votre charge.

Frais médicaux

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

La garantie

(Si votre salaire est payé à partir d'une subvention, que vous êtes assuré par un précédent employeur, que vous êtes couvert en vertu du régime de votre conjoint, ou que vous avez précédemment renoncé à la couverture avant le 1er juillet 1975, vous n'êtes pas obligé de choisir cette garantie. Si votre salaire est payé à partir d'une subvention, vous pouvez adhérer aux garanties à une date ultérieure, sous réserve de certaines restrictions.)

Prestation maximale globale - La prestation maximale de chaque personne est de 50 000 \$ toutes les trois années de couverture consécutives dans le cas des frais engagés au Canada (ne s'applique pas aux médicaments).

La prestation maximale de chaque personne sa vie durant est de 5 000 000 \$ dans le cas des frais engagés à l'étranger.

Franchise - Médicaments : 0,35 \$ par article et aucune pour tous les autres frais

Pourcentage de remboursement (Coassurance) - 100 % des frais remboursables

Âge de cessation - Si vous optez pour une retraite anticipée conformément au Programme spécial de retraite anticipée volontaire (PSRAV) dans le cas des membres du corps enseignant, ou au Programme d'aide pour les départs prématurés (PADP) dans le cas du personnel, la couverture peut être maintenue jusqu'au 1er juillet suivant votre 65e anniversaire de naissance ou jusqu'au jour même de l'anniversaire s'il s'agit d'un 1er juillet. Si vous optez pour une retraite anticipée ne relevant ni du PSRAV ou du PADP, vous ne pouvez pas continuer d'être couvert au titre de ces garanties.

Période probatoire - jusqu'au premier du mois suivant la date de votre embauche ou le jour même de votre embauche s'il s'agit d'un premier du mois

Frais remboursables

Les frais précisés sont couverts pourvu qu'ils soient raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie, et qu'ils soient :

- jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin (sauf dans le cas des frais engagés au titre du programme d'assistance-voyage en cas d'urgence et des honoraires des auxiliaires médicaux sous la rubrique Honoraires de professionnels de la santé);
- engagés pour le traitement d'une personne assurée, en cours de garantie, en vertu du présent régime d'assurance collective;
- non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental;
- liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin;
- associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujetti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par la Financière Manuvie et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu.

Vos garanties collectives

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

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

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

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

S'il y a lieu, la Financière Manuvie peut vérifier si vous ou les personnes à votre charge font appel aux réseaux de distribution exclusifs de la Financière Manuvie pour l'achat de médicaments, de soins, de services ou de fournitures. La Financière Manuvie peut refuser de rembourser les frais de médicaments, de soins, de services ou de fournitures obtenus d'un fournisseur ne faisant pas partie du réseau de distribution exclusif.

Observance thérapeutique

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

Programmes d'aide aux patients

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

Programmes de gestion des maladies

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

Programme de médicaments prescrits ManuScript

- Médicaments, sérums et injections qui ne sont vendus que sur ordonnance* du médecin ou du dentiste, et qui sont délivrés par le pharmacien, le dentiste ou le médecin, sous réserve d'un maximum de 8 \$ pour les frais d'exécution d'ordonnance. Les produits anti-tabagisme sont couverts, sous réserve d'un maximum de 400 \$ par personne sa vie durant. Les médicaments contre la stérilité sont couverts, sous réserve d'un maximum de 15 000 \$ par personne sa vie durant. Les médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle, sous réserve d'un maximum de 1 200 \$ par personne par année civile. Les médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable ne sont pas couverts.

**Tous les médicaments prescrits, y compris les médicaments en vente libre et ceux qui, en vertu de la loi, peuvent être obtenus sans ordonnance du médecin.*

- Médicaments et articles qui, sans être des produits de prescription, sont nécessaires par suite d'une colostomie ou d'une iléostomie, ou pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson ou d'une maladie cardiaque.
- Contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes.

Règlements des frais de médicaments

Lorsque vous présentez votre carte-médicaments à votre pharmacien, celui-ci peut vérifier immédiatement quels médicaments sont couverts par le régime. Lorsque vous présentez votre carte médicaments à tiers payant au moment de l'achat, vous et les personnes à votre charge n'avez pas à payer la totalité du coût des médicaments ou des fournitures prescrits.

La carte est acceptée par les pharmaciens participants qui affichent la vignette pertinente ayant trait au programme de médicaments à tiers payant.

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

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

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

- si vous ne trouvez pas de pharmacie participante,
- si vous n'avez pas votre carte médicaments, ou
- si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples détails sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez payés, veuillez vous adresser au Centre de la paie et des avantages sociaux pour obtenir un formulaire Demande de règlement Assurance-maladie complémentaire.

Soins hospitaliers

- Frais de séjour à l'hôpital en excédent du tarif de salle, jusqu'à concurrence du tarif d'une chambre à deux lits. Si le malade occupe une chambre à un lit, le remboursement est basé sur le tarif de l'hôpital pour une chambre à deux lits. La partie des frais de séjour en salle, des frais modérateurs ou des frais similaires, facturée au patient par l'hôpital n'est pas remboursable.

Vos garanties collectives

- Traitements médicaux ou chirurgicaux nécessaires reçus à l'hôpital en consultation externe, à l'exclusion des honoraires du médecin et des soins infirmiers spéciaux.
- Frais de séjour et soins infirmiers courants (mais non les soins de garde) engagés dans une maison de repos autorisée, par suite d'une maladie chronique ou en vue d'une convalescence, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour.

Transport pour des raisons médicales

- Transport par ambulance autorisée à destination et en provenance du plus proche établissement médical où le patient peut recevoir les soins immédiatement.

Si c'est nécessaire du point de vue médical, transport par ambulance autorisée (y compris par avion sanitaire), ou tout moyen de transport public,

- en vue du transfert du patient au plus proche hôpital ou établissement médical en mesure de donner les soins,
- ou en vue du rapatriement médical du patient pour qu'il soit admis dans un hôpital de la province de son domicile.

Est également pris en charge le transport par ambulance entre l'hôpital et l'aéroport, afin d'assurer la liaison entre les points de départ et d'arrivée.

Actes et articles médicaux

- Actes à but diagnostique, examens et traitements radiologiques et transfusions sanguines; oxygène, y compris le matériel nécessaire à son administration.
- Achat de bandages herniaires, d'attelles, de béquilles et de membres ou de yeux artificiels.
- Bas élastiques, sous réserve d'un maximum de 25 \$ par année de couverture.
- Achat d'orthèses moulées et fabriquées sur mesure, recommandées par le médecin ou le podiatre, sous réserve d'un maximum d'une paire par personne par période de trois ans suivant la date du dernier achat et sous réserve d'un maximum de 400 \$ par paire (375 \$ par paire au Québec).
- Chaussures orthopédiques reliées à une attelle et en faisant partie. Si les chaussures ne font pas partie d'une attelle, la moitié du prix d'achat, ou les frais d'ajustement s'ils sont supérieurs, sous réserve d'un maximum de paires par année de couverture.
- Location, ou achat si la Financière Manuvie le permet, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital ou d'un respirateur.

Frais dentaires

- Réparation des dents naturelles endommagées par suite d'un accident, à condition que les dommages résultent directement de l'accident. Les soins doivent être donnés dans les 365 jours suivant l'accident, et votre couverture ainsi que le contrat doivent toujours être en vigueur. Les frais remboursables correspondent aux honoraires les moins élevés pour un traitement jugé satisfaisant du point de vue professionnel.

Honoraires de professionnels de la santé

- Honoraires du médecin, sous réserve des prescriptions légales. En Ontario, les compagnies d'assurance ne sont pas autorisées à considérer les frais qui excèdent le régime médical provincial (OHIP).
- Soins infirmiers privés qui sont réputés inclus dans le champ de pratique des soins infirmiers et qui sont fournis au domicile du patient par
 - une infirmière ou un infirmier autorisés, ou
 - une infirmière ou un infirmier auxiliaires autorisés (ou toute désignation équivalente) qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.

Les frais engagés pour les soins suivants ne sont pas remboursables :

- Soins de garde et travaux ménagers.
- Soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui.
- Soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable.
- Soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui.

La Financière Manuvie suggère qu'un plan de traitement détaillant les coûts prévus soit présenté avant d'avoir recours à des soins infirmiers. La Financière Manuvie vous avisera alors de toute prestation payable.

- Honoraires des auxiliaires médicaux énumérés ci-après, si les soins donnés relèvent de leur compétence respective, jusqu'à concurrence des sommes spécifiées ci-dessous pour chaque auxiliaire médical :
 - Physiothérapeute et thérapeute en sport - aucun maximum.
 - Psychologue, psychothérapeute, travailleur social autorisé, orthophoniste, podiatre, chiropraticien, ostéopathe, naturopathe et massothérapeute - remboursement maximal de 2 000 \$ par personne par année de couverture pour l'ensemble des auxiliaires médicaux. Les honoraires du travailleur social autorisé sont limités à 150 \$ par visite.

La brochure des frais raisonnables et habituels pour les services paramédicaux se trouve sur le site Web à l'intention des participants de Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Prendre note que les auxiliaires médicaux listés dans le tableau des honoraires raisonnables et d'ordre courant ne sont pas tous couverts au titre de ce régime. Seuls les auxiliaires listés ci-dessus sont couverts au titre de ce régime.

Dans certains cas, aucun remboursement n'est effectué tant que le plafond annuel des frais payables par le régime de l'état n'a pas été atteint. Pour de plus amples renseignements, veuillez vérifier auprès de l'administrateur de votre régime aux Ressources humaines.

Vos garanties collectives

Frais d'audioprothèse

- Prothèses auditives, jusqu'à concurrence de 350 \$ par personne par période de deux années de couverture.

Frais d'optique

- Achat et ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 300 \$ par personne par période de 24 mois.
- Verres de contact prescrits dans les cas graves d'astigmatisme cornéen ou de cicatrisation de la cornée, et dans les cas de kératocône ou d'aphakie, à condition que seuls les verres de contact permettent une acuité visuelle d'au moins 20/40. La prestation maximale est de 200 \$ par personne par période de 24 mois.
- Soins visant la rééducation de l'oeil.
- Examens de la vue (y compris les tests de réfraction) : un examen par année de couverture pour les enfants à charge et un examen par période de deux années de couverture pour vous et votre conjoint.

Les frais d'optique ne sont remboursables que s'ils sont engagés sur recommandation du médecin (y compris l'ophtalmologiste) ou de l'optométriste.

Soins reçus à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada

- Les soins hospitaliers et les honoraires de médecins stipulés à la section Frais engagés à l'étranger sont également pris en charge dans le cas des traitements nécessaires du point de vue médical, que la personne couverte reçoit à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada, à condition qu'ils ne se donnent pas au Canada et que le régime d'assurance-maladie de l'état prenne en charge une partie des frais. Les frais engagés pour un traitement spécialisé ou personnalisé ne sont pas couverts lorsqu'un traitement standard se donne au Canada.

Frais engagés à l'étranger

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

Vos garanties collectives

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

Sont remboursables les frais ci-dessous engagés pour des traitements médicaux d'urgence pendant un voyage, des vacances ou un séjour à l'étranger.

- Frais d'hospitalisation précisés ci-dessous, sous réserve d'un maximum de 31 jours par invalidité :
 - Frais de séjour compris entre les frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état et le tarif de salle de l'hôpital où les frais sont engagés.
 - Soins et articles nécessaires du point de vue médical, reçus pendant le séjour à l'hôpital.
- Frais engagés pour des soins médicaux ou chirurgicaux reçus à l'hôpital en consultation externe.
- Honoraires d'un médecin.

Les frais ci-dessous figurant à la section Frais remboursables de la présente garantie, et engagés à l'étranger (en cas d'urgence ou non) sont remboursables dans les mêmes conditions que les frais engagés au Canada.

- Médicaments
- Soins hospitaliers
- Transport pour des raisons médicales
- Actes et articles médicaux
- Frais dentaires
- Honoraires de professionnels de la santé (sauf ceux du médecin)
- Frais d'audioprothèse
- Frais d'optique
- Soins reçus à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada

Assistance-voyage en cas d'urgence

L'Assistance-voyage en cas d'urgence est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage.

Les services d'assistance suivants sont offerts lorsque survient une urgence médicale au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile habituel. Les services sont offerts pendant la période au cours de laquelle la personne est couverte au titre de la clause Frais engagés à l'étranger de la présente garantie.

Vos garanties collectives

Assistance médicale en cas d'urgence

Par « urgence médicale », on entend :

- une blessure soudaine et inattendue ou une maladie imprévue survenant au cours d'un voyage de la personne assurée à l'extérieur de la province du domicile, ou
- un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) n'a :

- reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;
- connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;
- dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);
- pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.

La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement.

L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.

a) **Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, sept jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

b) **Adresses de médecins, dentistes, etc.**

Renvoi au médecin, au dentiste, au pharmacien ou à l'établissement médical approprié le plus proche et confirmation de l'assurance.

c) **Règlement des frais médicaux**

Si un hôpital ou tout autre dispensateur de soins médicaux exige un acompte ou le paiement intégral des services fournis et que les frais totalisent plus de 200 \$ (en dollars canadiens), les mesures nécessaires seront prises pour payer ces frais et présenter au nom de la personne couverte les demandes de remboursement nécessaires.

Le paiement et le remboursement des frais tiennent compte de la couverture de la personne couverte au titre du régime provincial d'assurance-maladie et du présent régime. S'il s'avère que les frais qui ont été réglés excèdent le montant des prestations auxquelles la personne couverte a droit, la Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger que la personne couverte rembourse le trop-perçu ou fasse cession des prestations payables par le régime provincial.

d) **Contrôle des soins reçus**

Le personnel médical effectuera un contrôle des soins et services médicaux reçus et entrera en communication, aussi souvent que nécessaire, avec la personne couverte, son médecin traitant, son médecin de famille et sa famille.

e) **Transport pour des raisons médicales**

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les mesures nécessaires seront prises en vue du transport de la personne couverte à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile habituel. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées à l'alinéa Transport pour des raisons médicales de la rubrique Frais remboursables.

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour le transport aller-retour d'un accompagnateur médical sont pris en charge.

f) **Rapatriement des enfants à charge**

Si par suite de l'hospitalisation d'une personne couverte, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, les arrangements nécessaires seront pris pour ramener les enfants à leur domicile et la portion des frais non remboursables de transport déjà acquittés est prise en charge.

Au besoin, les frais de voyage aller-retour d'une personne qualifiée pour accompagner les enfants seront également pris en charge.

g) **Interruption du voyage ou retard sur le programme**

Si un voyage ne peut se poursuivre ou est retardé en raison d'une maladie ou d'une blessure d'une personne couverte, le transport en classe économique (aller simple) de chaque personne couverte (et d'un compagnon de voyage s'il y a lieu) est organisé, afin qu'elle puisse poursuivre le voyage ou rentrer chez elle, et la portion non remboursable du voyage est prise en charge.

Un compagnon de voyage est une personne qui voyage avec la personne couverte et dont les frais de transport et d'hébergement ont été payés à l'avance en même temps que ceux de la personne couverte.

Si la personne couverte décide de poursuivre le voyage, les frais engagés ultérieurement liés directement ou indirectement à la même maladie ou à la même blessure ne seront pas remboursés.

h) **Convalescence après la sortie de l'hôpital**

Si, pour des raisons médicales, la personne couverte est dans l'incapacité de voyager suivant sa sortie de l'hôpital, les frais engagés pour les repas et l'hébergement après la date de départ initialement prévue sont remboursés, sous réserve du maximum prévu à l'alinéa l).

i) **Déplacement d'un proche parent**

Si, pendant un voyage qu'elle effectue seule, la personne couverte est hospitalisée et que l'hospitalisation doit durer plus de sept jours, les frais de voyage aller-retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital sont pris en charge. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par la Financière Manuvie.

Vos garanties collectives

j) Retour du véhicule automobile

Si la personne couverte est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche sont prises et les frais jusqu'à concurrence de 1 000 \$ (en dollars canadiens), sont pris en charge.

k) Identification du corps de la personne couverte

Si la personne couverte décède au cours d'un voyage qu'elle effectue seule, l'Assistance-voyage en cas d'urgence paie, si cela est nécessaire, le voyage aller-retour d'un proche parent, en classe économique, pour qu'il identifie le corps avant son rapatriement.

l) Repas et hébergement

Dans les situations décrites aux paragraphes f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, sous réserve d'un maximum global de 2 000 \$ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

Assistance non médicale

a) Rapatriement du corps de la personne couverte

Si la personne couverte décède, les autorisations nécessaires sont obtenues et des dispositions sont prises pour le rapatriement du corps dans la province de domicile habituel de la personne couverte. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

b) Remplacement de papiers personnels et de titres de transport

En cas de perte ou de vol, l'aide nécessaire est apportée à la personne couverte afin qu'elle puisse communiquer avec les autorités locales pour remplacer les passeports, les visas, les titres de transport ou autres documents de voyage.

c) Renvoi à un conseiller juridique

La personne couverte est adressée à un conseiller juridique sur place et, au besoin, l'aide nécessaire pour se faire avancer des fonds par sa famille, ses amis, ou sur ses cartes de crédit lui est prêtée.

d) Service d'interprétation téléphonique

Un service d'interprétation téléphonique dans les principales langues est offert.

e) Transmission de messages

Un service de messagerie téléphonique s'occupe de transmettre à la personne couverte les messages de sa famille, de ses amis ou de ses associés. Il achemine également les messages de la personne couverte. Les messages sont gardés pendant 15 jours.

f) Assistance avant le voyage

Des renseignements à jour sur les exigences du pays où la personne couverte compte se rendre en matière de passeport, visa, vaccination et inoculation sont fournis.

Exclusions

La Financière Manuvie et la compagnie d'assistance-voyage retenue par la Financière Manuvie pour fournir les services offerts au titre de la présente garantie sont déchargées de toute responsabilité quant à la disponibilité, la qualité ou aux résultats des traitements reçus par la personne couverte. Elles sont également déchargées de toute responsabilité si, pour quelque raison que ce soit, la personne couverte ne reçoit pas les traitements médicaux ou les services d'assistance d'urgence.

Les services d'assistance d'urgence peuvent ne pas être offerts dans certains pays en raison de guerre, d'instabilité politique ou d'autres circonstances qui retardent ou empêchent la prestation de tout service.

Comment obtenir les services offerts au titre du programme Assistance-voyage en cas d'urgence - Votre carte d'assistance-voyage

Les numéros de téléphone sans frais à composer en cas d'urgence lorsque vous voyagez à l'extérieur de la province de votre domicile sont indiqués sur votre carte d'assistance-voyage. Ces numéros vous permettront d'entrer en communication avec l'organisation d'assistance-voyage internationale.

Votre numéro d'immatriculation et votre numéro de contrat qui sont nécessaires pour confirmer votre droit à la couverture sont également indiqués sur votre carte d'assistance-voyage.

Si vous n'avez pas votre carte d'assistance-voyage, veuillez communiquer avec le Centre de la paie et des avantages sociaux.

Soumission des demandes de règlement

Pour faire une demande de règlement en vertu de la garantie Frais médicaux, vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement - Assurance-maladie complémentaire », sauf s'il s'agit d'honoraires du médecin ou de frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province de votre domicile. Pour ces frais, vous devez utiliser le formulaire « Frais engagés à l'extérieur de la province ou à l'étranger - Demande de règlement Maladie ». Vous pouvez obtenir les formulaires auprès du Centre de la paie et des avantages sociaux ou en ligne au www.manuvie.ca/assurancecollective.

Faites parvenir la demande de règlement à la Financière Manuvie. Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Pour présenter une demande de règlement en vertu de la garantie Frais d'hospitalisation, demandez à l'hôpital de remplir la section de la demande qui lui est réservée, puis de vous la remettre. Une fois que vous avez rempli la demande, veuillez l'envoyer à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard à la fin de l'année civile suivant celle au cours de laquelle les frais ont été engagés. Cependant, lorsque votre assurance sera résiliée, toutes les demandes doivent être soumises au plus tard 90 jours après la date de la résiliation.

Les demandes de règlement pour des frais engagés à l'étranger doivent d'abord être présentées au régime provincial. Toute demande portant sur un solde impayé peut ensuite être soumise à la Financière Manuvie, accompagnée des explications de remboursement du régime provincial.

Vos garanties collectives

Exclusions

Aucun remboursement n'est effectué dans les cas suivants :

- Dans le cas de la couverture Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger et Assistance-voyage en cas d'urgence seulement, blessures auto-infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
- Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute, sauf si vous subissez une blessure en tentant de prévenir une émeute dans l'exercice de votre emploi.
- Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Examens demandés par un tiers.
- Voyages pour raison de santé.
- Honoraires demandés par le médecin ou le dentiste pour le temps perdu en déplacements, les rendez-vous non respectés, le transport, la location d'une chambre ou pour les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.
- Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Frais engagés pour des services, traitements ou articles
 - que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture,
 - qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,
 - qui sont reçus pendant le séjour à l'hôpital,
 - et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.
- À l'étranger, les frais de séjour en salle dans un hôpital, y compris les soins ou fournitures reçus durant l'hospitalisation et les honoraires du médecin, sauf dans le cas des traitements stipulés à la section Frais remboursables de la garantie Frais médicaux - Soins reçus à l'étranger sur la recommandation d'un médecin pratiquant au Canada et Frais engagés à l'étranger. Il est entendu que les frais engagés à l'étranger par choix ne sont pas remboursables.
- Médicaments, sérums, injections ou articles non approuvés par Santé et Bien-être social Canada (Aliments et drogues), ou utilisés à des fins expérimentales ou à usage restreint, qu'ils soient approuvés ou non.
- Méthodes de traitement, ou actes médicaux encore au stade expérimental, non approuvés par l'Association médicale provinciale ou par l'association de médecins spécialistes ayant compétence en la matière.
- Vitamines (sauf si elles sont administrées par injection) et suppléments diététiques, que l'ordonnance soit donnée ou non pour une raison médicale, sauf si la loi fédérale ou provinciale stipule qu'ils doivent être vendus sur ordonnance.
- Frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état, même si la personne n'est pas couverte par le régime d'état. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'état si elle avait été couverte.

Prolongation de la couverture

Si vous êtes totalement invalide lorsque prend fin la garantie Frais médicaux, vous avez droit à une prolongation de cette garantie tant que subsiste l'invalidité, sous réserve d'un maximum de 365 jours après la cessation de la garantie Frais médicaux et d'un maximum de 90 jours après la cessation de la garantie Frais d'hospitalisation. Toutefois, la couverture prend fin si vous devenez admissible à la couverture prévue par un autre régime.

Si l'une des personnes à charge assurées est hospitalisée lors de la cessation de votre assurance, les prestations continuent d'être versées jusqu'à sa sortie de l'hôpital, sous réserve de la période maximale ci-dessus.

La prolongation de la garantie Frais médicaux prend fin dès la résiliation du contrat.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

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

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

- Médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) au moment où les frais sont engagés; et
- services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste de la RAMQ; et
- Médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans le présent livret, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Couverture des médicaments figurant sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (Liste de la RAMQ) et services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé

Les clauses suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé et sont conformes aux exigences de la *Loi sur l'assurance médicaments* du Québec et à la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q., c. A-29-01). Les clauses standard précisées dans la présente brochure s'appliquent à tous les autres médicaments couverts.

a) Pourcentage de remboursement

Avant que la contribution maximale annuelle ne soit atteinte, le pourcentage de remboursement des frais couverts par la présente garantie est le suivant :

- i) Médicament qui figure sur la Liste de la RAMQ et qui n'est pas couvert par la présente garantie : le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable
- ii) Services pharmaceutiques prescrits par les lois et qui ne sont pas couverts par le régime, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable.
- iii) Médicament qui figure sur la Liste de la RAMQ et qui est couvert par la présente garantie :
 - le pourcentage précisé dans le livret, ou
 - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

Vos garanties collectives

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

b) Contribution maximale annuelle

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

- i) Le montant de la franchise.
- ii) La partie des frais de médicaments couverts qu'une personne assurée doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %.et
- iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ.

Votre contribution maximale annuelle et celle de votre conjoint sont stipulées dans la réglementation et comprennent la partie des médicaments couverts et des services pharmaceutiques couverts liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ payés à l'égard de vos enfants à charge.

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

c) Franchise

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

d) Maximum la vie durant

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

- Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) Enfants à charge admissibles

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

- i) L'âge précisé dans le livret (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes courants en assurance), ou
- ii) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

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

- Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ, et
- Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

f) **Cessation de la couverture en raison de l'âge dans le cas des médicaments et des services pharmaceutiques**

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

- i) Seuls sont couverts les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ.
- ii) Seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste de la RAMQ.
- iii) Le pourcentage de remboursement des frais couverts est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.
- iv) La contribution maximale annuelle est celle qui est stipulée dans la réglementation alors applicable.
- v) La prime exigée pour la couverture médicaments est celle de la garantie Frais médicaux.

Couverture des médicaments figurant sur la liste des frais couverts précisés dans le présent livret, mais non sur la Liste de la RAMQ

Toutes les clauses standard précisées dans le livret s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie, mais ne figurant pas sur la Liste de la RAMQ.

Frais dentaires

Si vous ou vos personnes à charge avez besoin de l'un des services dentaires précisés dans la liste des frais remboursables, votre garantie Frais dentaires peut vous procurer une aide financière.

La garantie

Tarif - dernière édition des tarifs de la province de l'Ontario, sur la base des honoraires proposés pour le généraliste dans le tarif des dentistes ou sur la base des honoraires minimaux indiqués dans le tarif des denturologistes.

Pourcentage de remboursement (Coassurance)

100 % dans le cas des Soins ordinaires

80 % dans le cas des Soins importants

50 % dans le cas des Traitements orthodontiques

Vos garanties collectives

Prestation maximale

Maximum de 2 500 \$ par personne par année de couverture pour l'ensemble des Soins ordinaires et des Soins importants et de 2 500 \$ par personne sa vie durant pour les Traitements orthodontiques.

Âge de cessation - Si vous optez pour une retraite anticipée conformément au Programme spécial de retraite anticipée volontaire (PSRAV) dans le cas des membres du corps enseignant, ou au Programme d'aide pour les départs prématurés (PADP) dans le cas du personnel, la couverture peut être maintenue jusqu'au 1er juillet suivant votre 65e anniversaire de naissance ou jusqu'au jour même de l'anniversaire s'il s'agit d'un 1er juillet. Si vous optez pour une retraite anticipée ne relevant ni du PSRAV ou du PADP, vous ne pouvez pas continuer d'être couvert au titre de ces garanties.

Période probatoire - jusqu'au premier du mois suivant la date de votre embauche ou le jour même de votre embauche s'il s'agit d'un premier du mois

Frais remboursables

Les soins dentaires sont remboursables s'ils sont prescrits par le médecin ou le dentiste. Le remboursement est calculé d'après le tarif des dentistes.

Les soins doivent être donnés par le dentiste, ou par un denturologiste exerçant dans les limites de sa compétence professionnelle.

Les régimes d'assurance-maladie de l'état couvrent certains soins dentaires. Le dentiste ou le chirurgien-dentiste peut demander des honoraires plus élevés que les prestations accordées par ces régimes, mais les lois de certaines provinces ne permettent pas le remboursement de l'excédent au titre de la présente garantie.

Soins ordinaires

- Actes suivants, une fois tous les six mois :
 - Examens buccaux.
 - Une unité de détartrage et une unité de polissage (ou prophylaxie {détartrage et polissage} lorsque les soins sont donnés au Québec).
 - Application topique de fluor.
 - Forfait de rappel, actes préventifs.
 - Radiographies interproximales.
- Série complète de radiographies périapicales et interproximales, à raison d'une série par 24 mois.
- Consultation demandée par le dentiste traitant.
- Installation de mainteneurs d'espace par suite de la perte de dents de lait, et installation d'appareils de correction des habitudes buccales.
- Obturations par un amalgame, un ciment au silicate ou composite, et obturations en résine acrylique.
- Traitements endodontiques - traitement de la pulpe dentaire et du canal radiculaire.

- Traitement parodontal des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris ce qui suit :
 - le détartrage non couvert au titre des Actes préventifs, et l'aplanissement des racines,
 - les contentions provisoires, et
 - l'équilibration occlusale.

Toutefois, les actes de régénération tissulaire avec méthode guidée ne sont remboursables que s'ils sont pratiqués conjointement avec les actes de chirurgie parodontale suivants : opération à lambeau ou greffes osseuses (autogreffes ou allogreffes), à condition que le traitement porte sur des dents naturelles.

- Radiographies et actes de laboratoire à des fins de diagnostic en vue d'une chirurgie dentaire.
- Anesthésie générale ou sédation à des fins de chirurgie dentaire.
- Extraction de dents, y compris de dents incluses.
- Alvéolectomie simple (résection de la paroi alvéolaire d'une dent) au moment de l'extraction.
- Exérèse de tumeurs, de kystes, de néoplasmes, y compris l'incision et le drainage des abcès.

Soins importants

- Couronnes en or ou en porcelaine sur métal, lorsque la couronne clinique est en grande partie cariée ou obturée, ou lorsque les cuspides sont fracturées, à condition que les matériaux de restauration courants ne conviennent pas. Dans le cas d'une couronne posée sur une molaire, les frais remboursables se limitent au coût d'une couronne de métal.
- Onlays, lorsque la couronne clinique est en grande partie cariée ou obturée, ou que les cuspides sont fracturées, à condition que les actes précisés sous les Soins ordinaires ne conviennent pas.
- Inlays, si le traitement porte sur au moins trois faces de la dent et que les matériaux de restauration courants ne conviennent pas.

Si le traitement porte sur moins de trois faces de la dent, l'inlay est assimilé aux Soins ordinaires et le paiement est calculé comme si le traitement avait été une restauration par un amalgame ou par un ciment composite.

- Regarnissage, rebasage ou réparation d'une prothèse amovible ou d'un pont déjà en place.
- Fabrication d'une première prothèse amovible ou d'un premier pont.
- Remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont déjà en place, si l'une des conditions suivantes est remplie :
 - Le remplacement est rendu nécessaire par l'extraction d'autres dents naturelles en cours de garantie.
 - La prothèse ou le pont est en place depuis au moins trois ans et est irréparable.
 - La prothèse ou le pont est temporaire et est remplacée par une prothèse ou un pont permanents dans les 12 mois qui suivent sa mise en place.

Vos garanties collectives

- Autres actes de chirurgie buccale nécessaires mais non compris dans les Soins ordinaires.
- Injections d'antibiotiques prescrites par le dentiste.

Traitements orthodontiques

- Tout traitement dentaire ayant pour but de corriger la malocclusion des dents.

Choix de traitement

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

Restriction pour adhésion tardive

Si vous présentez une demande d'adhésion à la garantie Frais dentaires pour vous ou les personnes à votre charge plus de 31 jours après la date de votre admissibilité, le remboursement des Soins ordinaires, des Soins importants et des Traitements orthodontiques est limité à 100 \$ par personne couverte pour les 12 premiers mois de couverture.

Détermination préalable des frais remboursables

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

Prolongation de la couverture

La garantie Frais dentaires ne prévoit pas le remboursement des frais engagés après la cessation de votre couverture, qu'un plan de traitement ait déjà été présenté ou non, sauf dans les cas suivants :

- Des empreintes pour une prothèse, un pont, une couronne, un inlay ou un onlay sont prises avant la cessation de la couverture et la mise en place de l'appareil a lieu dans les 30 jours qui suivent la cessation.
- La couverture a pris fin par suite de votre décès et, dans les 90 jours qui suivent le décès, une personne à votre charge reçoit des soins faisant partie d'un traitement comportant plusieurs rendez-vous qui sont fixés avant votre décès ou dont le premier a lieu avant votre décès.

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, votre dentiste et vous devez remplir le formulaire « Demande de règlement de soins dentaires », que vous pouvez vous procurer auprès du Centre de la paie et des avantages sociaux ou en ligne au www.manuvie.ca/assurancecollective.

Faites parvenir la demande de règlement à la Financière Manuvie. Les reçus appropriés doivent être joints au formulaire dûment rempli lorsqu'une demande est présentée à la Financière Manuvie.

Toutes les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard à la fin de l'année civile suivant celle au cours de laquelle les frais ont été engagés. Cependant, lorsque votre assurance sera résiliée, pour quelque raison que ce soit, toutes les demandes doivent être soumises au plus tard 90 jours après la date de la résiliation.

Exclusions

Aucun remboursement n'est effectué dans les cas suivants :

- Blessure directement ou indirectement attribuable à une insurrection ou une guerre, au service dans les forces armées de tout pays ou à la participation à une émeute, sauf si vous subissez une blessure en tentant de prévenir une émeute dans l'exercice de votre emploi.
- Blessure ou maladie ouvrant droit à des prestations en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Examens demandés par un tiers.
- Honoraires demandés par le médecin ou le dentiste pour le temps perdu en déplacements, les rendez-vous non respectés, le transport, la location d'une chambre ou pour les conseils donnés par téléphone ou par tout autre moyen de télécommunication.
- Traitement considéré par la Financière Manuvie comme ayant des fins purement esthétiques, sauf s'il est donné par suite d'un accident et commence dans les 90 jours qui suivent l'accident.
- Frais engagés pour des services, traitements ou articles
 - que la personne n'aurait pas à payer si elle n'avait pas de couverture,
 - qui sont rendus ou fournis par un proche parent ou une personne qui habite avec le patient,
 - et qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre du présent régime.
- Frais payables par le régime d'assurance-maladie de l'état, même si la personne n'est pas couverte par le régime d'état. Seul est remboursable l'excédent sur les prestations qu'elle aurait normalement reçues du régime d'état si elle avait été couverte.
- Traitements dentaires donnés par le service médical d'un employeur, d'une association ou d'un syndicat.
- Remplacement d'un appareil dentaire perdu, égaré ou volé.
- Frais dentaires engagés pour la restauration de la bouche au complet et pour la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire.
- Traitement qui n'est généralement pas reconnu par les dentistes comme efficace, approprié et essentiel au traitement d'une affection dentaire.
- Implants et soins relatifs aux implants.

Vos garanties collectives

Rente d'invalidité

Si vous devenez totalement invalide pendant que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité de cette garantie, la Financière Manuvie vous versera des prestations d'invalidité.

Définition de totalement invalide

Par « totalement invalide », on entend que vous êtes invalide de façon totale et ininterrompue, en raison d'une maladie ou d'une blessure, et que par conséquent vous êtes dans l'incapacité physique ou mentale d'accomplir les tâches essentielles de votre profession habituelle, pendant le délai de carence et les 24 mois subséquents. Par la suite, vous êtes considéré comme totalement invalide si vous êtes incapable d'accomplir les tâches essentielles de quelque activité professionnelle :

- qui convienne à l'éducation, à la formation ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir,
- et dont la rémunération atteint au moins 75 % du salaire mensuel que vous toucheriez si vous exerciez votre profession habituelle.

Vous n'êtes pas considéré comme totalement invalide du seul fait qu'il n'y a pas de possibilités d'emploi.

La garantie

Montant d'assurance

80 % de votre salaire mensuel au début de l'invalidité, sous réserve d'une rente maximale de 2 500 \$ par mois

Délai de carence - six mois

- Les prestations sont payables à l'expiration du délai de carence. Aucune prestation n'est versée pendant le délai de carence.
- Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant le délai de carence afin d'avoir droit à des prestations à la fin de ce délai.

Période maximale d'indemnisation - le 30 juin suivant votre 65e anniversaire de naissance ou le jour même de cet anniversaire s'il s'agit d'un 30 juin

Âge de cessation - le premier du mois suivant votre 65e anniversaire de naissance ou le jour même de cet anniversaire s'il s'agit d'un premier du mois, moins le délai de carence, ou âge ou départ à la retraite, s'il est moins élevé

Si vous êtes en congé autorisé sans solde et que vous ne travaillez pas pour un autre employeur durant votre congé, vous pouvez maintenir vos garanties. Toutefois, si vous devenez invalide alors que vous travaillez pour un autre employeur et que vous avez maintenu votre Rente d'invalidité avec l'Université Laurentienne, la Financière Manuvie refusera la demande de Rente d'invalidité.

Période probatoire - jusqu'au premier du mois suivant la date de votre embauche ou le jour même de votre embauche s'il s'agit d'un premier du mois

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :

- Vous devez être totalement invalide pendant tout le délai de carence,
- Vous devez être suivi par un médecin, et
- Vous devez résider au Canada tant que dure votre invalidité pour pouvoir toucher des prestations.

En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.

Montant de la prestation d'invalidité

La rente est réduite des prestations et des sommes énumérées ci-après que vous touchez ou auxquelles vous avez droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe, y compris les prestations que vous recevez au titre d'un régime de rentes de l'état pour les personnes à votre charge.

- Prestations d'invalidité payables au titre du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada.
- Salaire ou sommes payables par tout employeur.
- Prestations d'invalidité payables au titre de toute autre assurance collective, ou d'une police individuelle établie dans le cadre d'un contrat groupe ouvert.
- Prestations d'invalidité payables au titre d'un régime d'état (sauf les prestations d'assurance-emploi).
- Prestations payables en vertu des lois sur les accidents du travail.
- Prestations de retraite payables par l'employeur ou par l'état.
- Prestations d'invalidité payables au titre de tout régime d'assurance-automobile.
- Indemnité compensatrice de perte de salaire, reçue à la suite de poursuites judiciaires, conformément aux précisions indiquées ci-après sous la rubrique Responsabilité des tiers.

La rente, accrue des revenus ci-dessus, est à nouveau réduite de toute somme excédant 80 % de votre salaire brut avant l'invalidité.

Les prestations d'autres sources ne sont pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par la Financière Manuvie.

Régimes de rentes de l'état

L'augmentation des prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada n'entraîne pas une réduction des prestations, sauf dans les cas suivants :

- Redressement en raison d'une erreur commise au moment du calcul initial de vos prestations.
- Augmentation d'au moins 10 % des prestations du régime d'état, par suite d'un changement dans la méthode de calcul.
- Changement des données sur les personnes à votre charge (s'il y a lieu).

Vos garanties collectives

La Financière Manuvie accepte d'attendre de connaître le montant exact des prestations du régime de rentes de l'état (Régime de rentes du Québec ou Régime de pensions du Canada) pour les déduire de la rente, à condition que vous lui présentiez avec votre demande d'indemnisation un engagement de remboursement dûment signé.

En l'absence d'engagement, les prestations de l'état dont le montant n'est pas encore fixé font l'objet d'une estimation et sont déduites de la rente. Un rajustement est effectué dès que le montant des prestations de l'état est fixé.

Indexation sur le coût de la vie

Dès le mois de janvier qui suit chaque année civile complète d'invalidité, votre rente est redressée en fonction de l'augmentation du coût de la vie. L'augmentation s'applique à la rente de base et est calculée d'après le rapport entre :

- l'indice moyen des prix à la consommation des 12 mois se terminant le 30 juin de la première année civile d'invalidité
- et celui des 12 mois se terminant le 30 juin de l'année civile en cours,

sous réserve d'un maximum de 3 % par année.

D'année en année, le coefficient utilisé pour calculer le montant de l'indexation ne peut jamais baisser. Si l'indice des prix à la consommation décroît, le montant de la rente reste le même.

Responsabilité des tiers

Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de règlement Rente d'invalidité.

Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu avant l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur réglez les primes.

Si votre employeur règle les primes en tout ou en partie, alors toute prestation d'invalidité que vous toucheriez sera imposable. Si vous réglez les primes de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucheriez ne seront pas imposables.

Réadaptation professionnelle

Lorsque la Financière Manuvie aura établi que vous êtes totalement invalide, elle vous offrira, si elle le juge approprié, des services de réadaptation afin de vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré, soit votre emploi avant votre invalidité soit tout autre emploi.

Toute activité de réadaptation non proposée par la Financière Manuvie doit être approuvée par cette dernière.

La plupart de vos revenus entrent en déduction de la rente d'invalidité; cependant, la rente n'est réduite que de la moitié du revenu de l'activité de réadaptation et le service de la rente se poursuit pendant un maximum de 24 mois.

Le service de la rente prend fin dès que le revenu de l'activité de réadaptation atteint 75 % du salaire mensuel que vous toucheriez si vous exerchiez votre profession habituelle. Par ailleurs, pendant que vous exercez l'activité de réadaptation, votre revenu total ne peut dépasser 90 % de votre salaire brut avant l'invalidité.

Fin de l'indemnisation

Les versements mensuels prennent fin le jour où se réalise l'une des éventualités suivantes :

- La cessation de votre invalidité totale.
- Le 1er juillet suivant la date de votre 65e anniversaire de naissance ou le jour même de cet anniversaire s'il s'agit d'un 1er juillet. Toutefois, si le délai de carence expire entre votre 64e et votre 65e anniversaire de naissance, la rente vous est versée tant que vous êtes invalide, sous réserve d'un maximum de 12 mensualités.
- La négligence ou le refus de vous soumettre, sur la demande de la Financière Manuvie, à un examen médical, psychiatrique ou psychologique, ou à une évaluation de vos études et de votre formation professionnelle. Il est entendu que l'examineur est choisi par la Financière Manuvie.
- La négligence ou le refus d'exercer l'activité de réadaptation, ou de subir une cure de désintoxication (alcoolisme, toxicomanie, abus d'une substance toxique), une psychothérapie, un traitement médical ou psychiatrique, recommandés par la Financière Manuvie.
- Votre internement dans une prison ou dans un hôpital psychiatrique, ordonné par une cour criminelle.
- Votre refus de remplir et de renvoyer l'engagement de remboursement ou d'en exécuter les obligations sur la demande de la Financière Manuvie (précisions sous la rubrique Responsabilité des tiers).
- Votre décès.

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des six mois de travail effectif à temps plein suivant la cessation du versement des prestations de rente d'invalidité, la Financière Manuvie considérera l'invalidité comme une prolongation de l'invalidité précédente.

Vous ne serez pas tenu de satisfaire à nouveau le délai de carence. Les prestations seront calculées en fonction de votre salaire à la date du début de votre invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des invalidités ne peut excéder la période maximale d'indemnisation.

Si vous cessez d'être totalement invalide à quelque moment que ce soit durant le délai de carence, et êtes atteint de nouveau de la même invalidité dans les deux semaines suivantes, le délai de carence est prolongé du nombre de jours pendant lesquels vous n'avez pas été invalide.

Exonération de la prime

Vous serez exonéré du paiement de la prime de votre garantie Rente d'invalidité pendant toute période où vous êtes admissible à des prestations.

Vos garanties collectives

Prolongation de la couverture

Le service de la rente d'invalidité se poursuit après la cessation, à condition que votre invalidité ait commencé en cours de garantie. Le versement de la rente se poursuit conformément aux stipulations du contrat d'assurance collective, même s'il est résilié par la suite.

La Financière Manuvie se réserve le droit d'exiger des attestations d'invalidité et des examens par ses médecins-conseils.

Soumission des demandes de règlement

Pour présenter une demande de règlement, vous devez remplir le formulaire Déclaration de sinistre - Invalidité de longue durée que vous pouvez vous procurer auprès des Ressources humaines. Votre médecin traitant doit aussi remplir une partie de ce formulaire.

Les formulaires de demande de règlement doivent être soumis à la Financière Manuvie, dûment remplis, dans les six mois qui suivent la fin du délai de carence.

Exclusions

Les invalidités reliées à ce qui suit n'ouvrent droit à aucune prestation d'invalidité :

- Blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale.
- Insurrection, guerre, service dans les forces armées de tout pays ou participation à une émeute, sauf si vous subissez une blessure en tentant de prévenir une émeute dans l'exercice de votre emploi.

Les complications de la grossesse ouvrent droit à des prestations; cependant, aucune invalidité, quelle qu'en soit la cause, n'ouvre droit à des prestations durant un congé de maternité ou pendant toute période au cours de laquelle votre employeur pourrait vous obliger à prendre ce congé conformément à la loi ou à une entente entre vous et votre employeur.