FENSÉO
Fiducie des employées/employés
non syndiqués en éducation de l'Ontario

Régime d'avantages sociaux du

CAEAS-ECAB

Livret du participant

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

SANTÉ, SÉCURITÉ ET TRANQUILLITÉ D'ESPRIT – VOTRE RÉGIME DU CAEAS-ECAB

La Fiducie des employées/employés non syndiqués en éducation de l'Ontario (FENSÉO) est une fiducie de soins de santé créée exclusivement à l'intention des employées et employés non syndiqués du secteur de l'éducation en Ontario.

Le conseil des fiduciaires de la FENSÉO exerce ses activités dans le but d'offrir un régime d'avantages sociaux significatifs, abordables et durables visant à contribuer à la santé et au bien-être des employées/employés et de leur famille.

Le présent livret fournit des renseignements sur les garanties et les protections facultatives offertes à tous les participants en service actif admissibles au régime du CAEAS-ECAB, notamment l'assurance vie, l'assurance accidents corporels, l'assurance maladies graves, les soins de santé, les soins dentaires et le compte de gestion de soins de santé (CGSS).

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un sommaire des dispositions du régime du CAEAS-ECAB offert par le Conseil des fiduciaires de la FENSÉO, mais les contrats établis par la Canada Vie et par Chubb du Canada compagnie d'assurance vie sont les documents officiels.

En cas de divergence entre les renseignements figurant dans le présent livret et les dispositions des contrats ou des documents du régime, ces derniers prévaudront dans la mesure permise par la loi.

Vous avez le droit d'obtenir, sur demande, un exemplaire de la police-cadre, de votre demande d'adhésion et des déclarations écrites ou autres documents que vous avez fournis à la Canada Vie comme preuve d'assurabilité, sous réserve de certaines limitations.

FENSÉO
Fiducie des employées/employés
non-syndiqués en éducation de l'Ontario

À L'INTÉRIEUR

ADHÉSION AU RÉGIME 1
Le coût de la couverture 2
VOS AVANTAGES SOCIAUX 3
SOINS DE SANTÉ 4
Ce qui est couvert au titre de la garantie de soins de santé 4
Médicaments sur ordonnance 4
Limitation de la solution de rechange la moins coûteuse 7
MembreRx 8
Tarification par catégorie thérapeutique (TCT) 8
Résidents du Québec 10
Soins paramédicaux 10
Soins de la vue 11
Fournitures et services médicaux 12
Assistance voyage en cas d'urgence 14
Limitations générales relatives aux soins de santé 16
SOINS DENTAIRES 18
Ce qui est couvert au titre de la garantie de soins dentaires 18
Soins de base 18
Restaurations majeures 21
Soins orthodontiques 22
Limitations générales relatives aux soins dentaires 22
Prestations aux survivants 23
COMPTE DE GESTION DE SOINS DE SANTÉ (CGSS) 24
Ce qui est couvert par le CGSS 24
ASSURANCE VIE 26
Ce qui est couvert au titre de l'assurance vie 26
Assurance vie de base du participant 26
Assurance vie facultative – participant, conjoint, enfant 27
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT (DMA) 29

Ce qui est couvert au titre de l'assurance DMA 29
Assurance DMA de base et assurance DMA facultative du participant 29
Les prestations suivantes ne sont offertes que pour l'assurance décès et mutilation par accident (DMA) facultative 36
ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE 38
Ce que couvre l'assurance maladies graves facultative 38
Maladies couvertes 38
Limitations générales relatives à l'assurance maladies graves 46
DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE 47
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX 48
Fournisseurs des prestations 48
Soumission des demandes de règlement 49
Coordination des prestations 52
GLOSSAIRE 57
VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU BESOIN D'AIDE? 60

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

ADHÉSION AU RÉGIME

Vous êtes admissible au régime du CAEAS-ECAB dès votre premier jour d'emploi si vous êtes un résident canadien et un employé permanent à temps plein.

Les employés à temps partiel et les employés dont la durée du contrat est de 12 mois ou plus sont également admissibles au régime.

Vous pouvez renoncer à la couverture des soins de santé ou des soins dentaires si vous êtes déjà couvert au titre de ces garanties par le régime de votre conjoint.

Vous devez être activement au travail lorsque la couverture entre en vigueur, sinon la couverture n'entrera en vigueur qu'à votre retour au travail. Toute majoration des garanties auxquelles vous avez droit alors que vous êtes couvert par ce régime n'entrera en vigueur que si vous êtes activement au travail.

Votre couverture prendra fin à la cessation de votre emploi, lorsque vous cesserez d'être admissible ou à la résiliation du régime, selon la première éventualité.

La couverture des personnes à votre charge prendra fin à la fin de votre couverture ou lorsque les personnes à charge ne seront plus admissibles, selon la première éventualité.

Les personnes à votre charge

Une personne à charge est une personne qui réside au Canada et qui est admissible à la couverture de votre régime, notamment un conjoint de droit ou de fait.

Vos enfants non mariés sont également considérés comme des personnes à charge s'ils ont moins de 21 ans, ou de 26 ans s'ils étudient à temps plein.

Également, les enfants qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins en raison d'un trouble physique ou mental sont considérés comme des personnes à charge et sont couverts sans limite d'âge si le trouble a commencé avant l'âge de 21 ans, ou de 26 ans dans le cas des étudiants, et qu'il s'est poursuivi sans interruption depuis.

Changements de couverture

Si un événement marquant survient (p. ex. mariage, naissance d'un enfant, perte de la couverture du conjoint, etc.), veuillez communiquer avec Cowan au 1-888-330-4010 ou à one-t@cowangroup.ca pour l'aviser de votre changement de couverture dès que possible, mais dans les 12 mois suivant l'événement.

Tout changement signalé après 12 mois devra faire l'objet d'une preuve de bonne santé jugée acceptable par la Canada-Vie pour être couvert par les prestations de santé.

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

Le coût de la couverture

Votre situation…	Prime ou financement : partage des coûts
Activement au travail	• Les participants paient 5 % des primes d'assurance pour soins de santé et soins dentaires, de l'assurance vie de base et de l'assurance décès et mutilation par accident • Les assurances facultatives sont entièrement à la charge du participant (sous réserve de tout contrat de services personnels applicable) • La cotisation des participants dont l'ETP est inférieur à 1,0 est plus élevée
En congé d'invalidité de longue durée ou de congé de la WSIB/CSPAAT	• Pendant les 24 premiers mois d'invalidité, la cotisation du participant est la même que celle d'un participant activement au travail • Après 24 mois d'invalidité, le participant paie la totalité des primes

Autres congé	• Dans le cas d'un congé prévu par la loi, un congé de maternité/congé parental par exemple, vous payez le même montant qu'un participant qui est activement au travail.
	• Dans le cas d'un congé de maladie non rémunéré (autre qu'un congé de maternité ou un congé parental) :
	  • pour les 24 premiers mois – vous payez le même montant qu'un participant qui est activement au travail;
	  • après 24 mois – vous payez la totalité de la prime pour tous les avantages sociaux;
	  • la couverture prend fin après 36 mois.
	• Dans le cas d'un congé à salaire différé, vous payez la totalité de la prime pour tous les avantages sociaux pendant 12 mois, après quoi la couverture prend fin.
	• Dans le cas d'un congé sans solde, vous payez la totalité de la prime pour tous les avantages sociaux pendant 12 mois, après quoi la couverture prend fin.
	• Dans le cas d'un congé de soignant prévu par la loi, vous payez le même montant qu'un participant qui est activement au travail, sous réserve des limites de durée applicables à ce type de congé.

Survivants	• À la suite du décès d'un participant, la couverture de ses personnes à charge survivantes pourrait être maintenue pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois. Les survivants paient 5 % du coût des prestations pendant les 12 premiers mois et 100 % pendant les 12 mois suivants, après quoi la couverture prend fin.

Que signifie ETP?

L'acronyme ETP signifie équivalent temps plein. Il sert à calculer le financement que nous recevons pour contribuer à payer vos avantages sociaux.

L'ETP des ***employés à temps plein*** est de 1,0 et leur cotisation au régime est égale à 5 % des primes.

L'ETP des ***employés à temps partiel*** est inférieur à 1,0 et le calcul de la cotisation est établi en fonction du pourcentage des heures travaillées.

Exemple : Dans le cas d'un employé qui travaille 75 % des heures travaillées par un employé à temps plein, l'employeur paiera 75 % des primes et l'employé paiera les 25 % restants. On parle alors d'un ETP inférieur à 1,0.

VOS AVANTAGES SOCIAUX

Dans les pages suivantes, vous trouverez les renseignements sur les avantages sociaux du régime du CAEAS-ECAB. Ces avantages sont offerts pour vous et les personnes à votre charge lorsque vous en avez besoin.

Rappel :
L'année de régime va du 1er septembre au 31 août, sauf indication contraire.

Renseignements généraux	
Franchise	• Aucune franchise
Remboursement	• 100 % des demandes de règlement admissibles, sauf indication contraire, et sous réserve des limites raisonnables et habituelles

Que sont des limites raisonnables et habituelles?

Les limites raisonnables et habituelles correspondent à la moyenne des frais demandés pour des soins de santé et dentaires ainsi que des fournitures dans une région donnée. Certains fournisseurs de soins paramédicaux et de services médicaux, comme les massothérapeutes ou les physiothérapeutes, exigent des frais plus élevés.

Ces frais plus élevés font augmenter les coûts du régime. En utilisant les frais raisonnables et habituels, nous évitons ainsi que les demandes de règlement payées par le régime soient excessives. Les limites raisonnables et habituelles aident également à réduire les risques de fraude à l'assurance.

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

SOINS DE SANTÉ

Ce qui est couvert au titre de la garantie de soins de santé

La couverture des soins de santé a été conçue pour vous offrir des avantages complets afin de contribuer à votre bien-être. Vous trouverez aux pages suivantes les détails de votre couverture :

- Médicaments sur ordonnance
- Soins paramédicaux
- Soins de la vue
- Fournitures et articles médicaux
- Assistance voyage en cas d'urgence

Les garanties peuvent être assujetties aux maximums et limites de fréquence mentionnés. Sauf indication contraire, tous les services et fournitures couverts le sont sous réserve d'un **traitement raisonnable**. Un traitement est jugé raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, si son efficacité est prouvée, et si sa forme, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion de la maladie ou de la blessure.

Médicaments sur ordonnance

Formulaire des médicaments sur ordonnance	• Remboursement à 100 % des médicaments admissibles prescrits, des fournitures de médicaments (par exemple pour le diabète) et de certains vaccins préventifs, conformément au formulaire approuvé par le régime • La marge bénéficiaire sur les ingrédients pour les médicaments génériques est de 10 % au maximum • Aucune franchise • Une autorisation préalable peut être exigée • Carte de paiement direct disponible • Substitution par des génériques obligatoire • Taux établi en fonction des classes thérapeutiques • Maximum de 8 $ pour les frais d'exécution d'ordonnance • Paiement des frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments d'entretien limité à 5 fois par année (cette limite ne s'applique pas aux médicaments achetés au Québec) • Maximum à vie de 5 000 $ pour les traitements de fertilité (sous réserve des dispositions prévues par la loi, notamment au Québec) • 700 $ maximum à vie pour les produits et dépenses liés au sevrage tabagique (conseils, substituts nicotiniques et certains médicaments) • À compter du 1er septembre 2026, aucune couverture pour les médicaments antiobésité

- Les médicaments et les fournitures médicales sont admissibles lorsqu'ils sont prescrits par une personne habilitée par la loi à les prescrire, délivrés par une personne habilitée par la loi à les délivrer, et fournis au Canada
- Les médicaments qui ne sont pas assujettis à une autorisation préalable sont couverts s'ils figurent au Formulaire de médicaments d'ordonnance du CAEAS-ECAB, mis à jour mensuellement par Cubic Health Inc. (Cubic) et la Canada Vie, en vigueur à la date d'achat
- Les médicaments qui sont assujettis à une autorisation préalable, c'est-à-dire les médicaments dont l'approbation ne peut être accordée que si un participant répond à certains critères cliniques, sont décrits plus en détail ci-dessous
- Le régime couvre les vaccins et les toxoïdes sur ordonnance, ainsi que les vaccins préventifs et les toxoïdes qui ne sont pas couverts par un programme public d'immunisation pour un participant donné dans la région de la demande de règlement et au moment de cette demande, jusqu'à concurrence de la limite des frais couverts pour les médicaments interchangeables. Les vaccins sans ordonnance qui ne sont pas essentiels au maintien de la vie ne sont pas couverts
- Sauf si une preuve médicale est fournie à la Canada Vie indiquant la raison pour laquelle un médicament ne peut pas être remplacé par un autre médicament, les frais couverts pourraient être limités au coût du médicament interchangeable le moins cher, habituellement appelé médicament générique (décrit plus bas)
- Dans le cas des médicaments couverts par un régime d'assurance médicaments provincial, la couverture est limitée au montant de la franchise et de la coassurance que vous devez payer au titre de ce régime
- Les médicaments et les provisions de médicaments obtenus à l'extérieur du Canada sont remboursables conformément aux dispositions du paragraphe Soins d'urgence reçus à l'étranger seulement

Votre assurance médicaments est une partie importante et précieuse de votre régime d'avantages sociaux, et le régime du CAEAS-ECAB prévoit certaines mesures conçues pour s'assurer que le régime soit abordable et durable. Cela comprend :

Les demandes de remboursement de médicaments seront évaluées afin de déterminer s'il s'agit d'un médicament couvert par le régime général, d'un médicament nécessitant une autorisation préalable ou d'un médicament non couvert.

Médicament du régime général : médicament couvert par le régime pour tout membre admissible, sans autorisation préalable, sur ordonnance valide d'un prescripteur autorisé.

Médicament nécessitant une autorisation préalable : un médicament qui n'est couvert par le régime que pour les membres qui répondent à des critères cliniques et pharmacoéconomiques spécifiques, fondés sur des données probantes, qui ont été établis pour gérer la pharmacothérapie liée à l'état de santé sous-jacent à traiter.

Un médicament nécessitant une autorisation préalable est un médicament qui figure sur la liste des médicaments nécessitant une autorisation préalable élaborée et gérée par Cubic Health Inc. (Cubic). Les médicaments figurant sur la liste des médicaments nécessitant une autorisation préalable sont des médicaments spécialisés biologiques et non biologiques, ainsi qu'un petit nombre d'autres médicaments qui nécessitent une gestion active afin de garantir une utilisation sûre et appropriée. Pour qu'une demande de remboursement d'un médicament faisant partie de la liste des médicaments nécessitant une autorisation préalable soit prise en compte dans le cadre du régime, un formulaire d'autorisation préalable approprié doit être rempli et soumis à une évaluation clinique indépendante par le programme d'autorisation préalable

FACET de Cubic. Une demande d'autorisation préalable est examinée par un expert indépendant en pharmacothérapie et approuvée en vue d'un remboursement par le régime si le membre répond aux critères cliniques et pharmacoéconomiques fondés sur des données probantes.

Une demande d'autorisation préalable qui ne répond pas aux critères établis comprendra une justification détaillée et transparente qui citera les données probantes existantes et sera fournie à la fois au participant et au médecin prescripteur. Une demande d'autorisation préalable qui n'est pas approuvée n'a pas pour but de dicter le plan de traitement du participant. L'autorisation préalable ne sert qu'à déterminer ce qui sera remboursé par le régime. Un participant dont la demande d'autorisation préalable est refusée par le régime peut décider de suivre le traitement prescrit, mais il ne sera pas remboursé par le régime.

La liste des médicaments faisant l'objet d'une autorisation préalable et les formulaires de demande d'autorisation préalable correspondants sont disponibles sur le site https://www.facetprogram.ca/fr/.

L'examen de l'autorisation préalable exige que le participant donne son consentement à Cubic pour la collecte, l'utilisation et la divulgation appropriées des renseignements personnels nécessaires à l'évaluation et à la gestion d'une demande d'autorisation préalable et qu'il remplisse le formulaire FACET pertinent du programme d'autorisation préalable.

La période d'approbation est limitée à un (1) an pour la plupart des médicaments assujettis à une demande d'autorisation préalable. Un formulaire de renouvellement doit être rempli avant la fin de la période de couverture pour que l'autorisation préalable puisse être prolongée. Une autorisation préalable initiale pour un produit spécifique ne garantit pas le renouvellement de la couverture lors des périodes de renouvellement ultérieures. Les renouvellements sont approuvés sur la base de l'innocuité et de l'efficacité clinique démontrées d'une autorisation préalable de médicament donnée pour un participant donné, et de l'adhésion appropriée du participant au traitement.

Un médicament spécifique faisant l'objet d'une autorisation préalable et figurant sur la liste des médicaments nécessitant une autorisation préalable peut ne pas être couvert pour un participant donné s'il a été déterminé que le participant n'a pas essayé un autre médicament nécessitant une autorisation préalable qui est considéré comme étant plus rentable.

En outre, un médicament spécifique nécessitant une autorisation préalable peut ne pas être remboursé par le régime si ce dernier a décidé de rembourser préférentiellement un ou plusieurs autres produits ayant le même ingrédient actif, la même concentration et la même forme posologique qui ont été approuvés par Santé Canada et/ou dans les cas où le régime exige le remplacement obligatoire d'un produit biologique de référence donné qui est un médicament nécessitant une autorisation préalable par un biosimilaire préféré ou non préféré, à moins qu'une exception médicale approuvée ne soit accordée.

Si un médicament nécessitant une autorisation préalable est approuvé, le remboursement est soumis à la franchise, au plafond des frais d'exécution d'ordonnance et à la coassurance indiqués dans le tableau des prestations et, le cas échéant, à toutes les conditions supplémentaires requises pour qu'un médicament nécessitant une autorisation préalable soit admissible pour un participant donné.

Toutes les demandes de règlement portant sur des médicaments nécessitant une autorisation préalable seront traitées dans au plus deux jours ouvrables après la réception de tous les renseignements demandés par l'équipe clinique de FACET. La majorité des demandes d'autorisation préalable présentées au titre du régime du CAEAS-ECAB sont traitées le même jour afin que le participant et le spécialiste soient informés très rapidement. Si un changement doit être apporté, l'équipe clinique de FACET communiquera directement avec le médecin du participant.

Médicament non couvert : un produit pharmaceutique qui n'est pas admissible au remboursement en vertu du régime pour tout participant admissible et qui comprend :

- Un produit pharmaceutique défini comme non admissible au remboursement par le régime en vertu du présent contrat.

- Un produit pharmaceutique qui n'a pas fait l'objet d'une recommandation inconditionnelle d'inscription sur la liste de l'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC) ou d'un autre organisme d'évaluation des technologies de la santé reconnu à l'interne, sans but lucratif et parrainé par le gouvernement.
- Un ingrédient actif utilisé pour une indication qui n'a pas été approuvée par Santé Canada (communément appelée utilisation non indiquée sur l'étiquette).

Limitation de la solution de rechange la moins coûteuse

Les frais couverts pour un médicament général **non biologique** ou un médicament **non biologique** nécessitant une autorisation préalable peuvent être limités au coût du médicament de remplacement le moins cher au moment de la demande de règlement. Cette solution de rechange la moins coûteuse peut comprendre un médicament de marque de sources multiples ou un ou plusieurs équivalents génériques approuvés par Santé Canada d'un médicament de marque de sources multiples considéré comme interchangeable par la loi là où le médicament est délivré, ou un produit pharmaceutique différent ayant la même forme posologique et appartenant à la même classe de médicaments.

Le régime se réserve le droit d'éliminer le remboursement de tout médicament général **non biologique** ou d'un médicament **non biologique** nécessitant une autorisation préalable approuvé en faveur du remboursement d'un ou de plusieurs produits préférés appartenant à une catégorie de remplacement moins coûteuse.

Les frais couverts pour un médicament **biologique** dans le cadre du régime général ou un médicament **biologique** approuvé dans le cadre du régime d'autorisation préalable peuvent être limités au coût le moins élevé entre le biosimilaire le moins cher approuvé par Santé Canada pour un médicament biologique de référence donné et le médicament biologique de référence lui-même.

Le régime se réserve le droit d'éliminer le remboursement de tout médicament **biologique** en vertu du régime général ou du régime d'autorisation préalable en faveur du remboursement d'un ou de plusieurs produits privilégiés faisant partie d'un ensemble de médicaments biologiques et biosimilaires de référence pour un ou des ingrédients actifs donnés dans une ou des concentrations données.

Le droit de limiter ou d'éliminer le remboursement de tout médicament non biologique ou biologique dans le cadre du régime général ou du régime d'autorisation préalable peut être supprimé par le régime si des renseignements médicaux appropriés ont été fournis qui démontrent une contre-indication aux produits de remplacement ou aux biosimilaires bénéficiant d'un remboursement préférentiel.

Ce que cela signifie pour vous

- Si vous faites exécuter votre ordonnance au titre du régime du CAEAS-ECAB, le remboursement sera calculé selon le coût de l'équivalent générique le moins cher, même si votre médecin a écrit « aucune substitution » sur l'ordonnance.
- Bien entendu, vous pouvez toujours acheter le médicament de marque si vous le voulez – vous devrez payer la différence ou demander au pharmacien si le fabricant du médicament de marque offre un programme d'aide financière.
- Si votre *Demande d'assurance pour les médicaments de marque* est refusée, mais que vous croyez qu'elle aurait dû être acceptée, un processus de recours au palier supérieur est en place pour vous permettre de faire appel de la décision en présentant des preuves médicales.

MembreRx

Les demandes de règlement concernant certains médicaments spécialisés (généralement ceux dont le coût annuel dépasse 5 000 $) doivent être effectuées via MembreRx pour être prises en charge par le régime.

MembreRx est une pharmacie spécialisée dans les médicaments complexes et coûteux, où vous pouvez :

- envoyer une ordonnance en ligne;
- recevoir votre commande à domicile ou à l'adresse de votre choix*, sans frais;
- bénéficier d'un accompagnement supplémentaire pour vous aider à gérer des pathologies complexes.

Le fait de faire délivrer une ordonnance via MembreRx garantit un meilleur suivi, une meilleure observance et des tarifs plus avantageux, ce qui favorise de meilleurs résultats de santé pour les participants au régime tout en contribuant à la maîtrise des coûts globaux du régime.

MembreRx a été largement adopté dans le secteur de l'éducation en tant qu'outil sûr et efficace pour aider les participants souffrant de pathologies chroniques, rares ou complexes.

Apprenez-en davantage sur MembreRx.

*Remarque : la livraison par l'entremise de MembreRx pourrait ne pas être offerte dans certains endroits éloignés.

Tarification par catégorie thérapeutique (TCT)

Dans certaines catégories thérapeutiques, il existe plusieurs médicaments que les médecins peuvent prescrire, qui sont tous également sécuritaires et efficaces. La tarification par catégorie thérapeutique (TCT), également appelée « tarification basée sur les médicaments de référence », signifie que votre remboursement pour les médicaments compris dans ces différentes classes sera limité au coût du médicament de référence. Le tableau ci-dessous présente les catégories thérapeutiques, les problèmes de santé traités et les médicaments de référence utilisés dans le cadre du régime du CAEAS-ECAB.

Catégorie thérapeutique	Utilisé pour traiter	Exemples de médicaments	Médicament de référence
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)	• Hypertension	• Altace, Coversyl, Vasotec, Accupril, Mavik, Prinivil	• Ramipril (équivalent générique d'Altace)
Antagonistes du récepteur de l'angiotensine (ARA)		• Diovan, Avapro, Atacand, Micardis, Edarbi	• Telmisartan (équivalent générique de Micardis)
Inhibiteurs des canaux calciques (ICC)		• Norvasc, Plendil, Adalat	• Amlodipine (équivalent générique de Norvasc)

Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	• Hyperacidité gastrique/ulcères	• Nexium, Dexilant, Losec, Prevacid, Pariet, Pantoloc, Rabeprazole	• Rabeprazole (équivalent générique de Pariet)
Statines	• Hypercholestérolémie	• Crestor, Lipitor	• Rosuvastatin (équivalent générique de Crestor)

Pourquoi ces catégories ont-elles été choisies?

Dans chacune de ces catégories, il existe plusieurs médicaments que les médecins peuvent prescrire, qui sont tous également sécuritaires et efficaces. Les médicaments fonctionnent de la même façon dans le corps et sont chimiquement très similaires – pour la très grande majorité des patients, la seule différence est le coût.

Par exemple : Une ordonnance pour un inhibiteur de la pompe à protons signifie que le médecin a choisi l'un des six produits de la liste ci-dessus. Ce médicament n'est pas le seul dans la catégorie qui peut traiter ce problème de santé; c'est simplement celui que le médecin a choisi.

Le médicament de référence de chacune des catégories a été choisi en fonction de plusieurs facteurs, incluant des études cliniques, des données sur leur innocuité, leur utilisation, les indications approuvées, l'opinion des experts et le coût.

Fonctionnement de la TCT

Pour tout médicament assujetti à la TCT dans le cadre du régime du CAEAS-ECAB, vous serez remboursé selon le coût du médicament de référence. Vous devrez payer vous-même la différence de coût, s'il y a lieu.

Par exemple : Vous prenez Losartan (la version générique de Cozaar) pour traiter l'hypertension artérielle. Chaque dose coûte 0,31 $, mais le prix du médicament de référence est de 0,22 $. Dans ce cas, vous devrez payer la différence (0,09 $ par dose) entre le prix des deux médicaments.

La différence est parfois minime. Cependant, dans d'autres cas, la différence peut être considérable : par exemple, le Dexilant coûte 2,30 $ par dose, alors que le Rabeprazole (équivalent générique du Pariet) coûte 0,13 $ par dose.

Aucun remboursement n'est versé dans les cas suivants :

- Tout achat de médicaments qui ne peuvent pas raisonnablement être utilisés au cours d'une période de 34 jours – dans le cas de certains médicaments d'entretien, une provision de 100 jours est couverte.
- Médicaments administrés pendant un traitement à l'urgence d'un hôpital ou pendant une hospitalisation.
- Médicaments jugés d'ordre esthétique, comme la solution topique de minoxidil ou les écrans solaires, qu'ils soient prescrits ou non pour des raisons médicales.
- Médicaments utilisés pour traiter le dysfonctionnement érectile.
- Médicaments utilisés pour traiter l'obésité.
- Tout médicament qui n'a pas de code DIN tel que défini par la *Loi sur les aliments et drogues* du Canada.

Résidents du Québec

Si vous habitez au Québec, une contribution maximale s'applique aux frais engagés dans la province pour des médicaments figurant dans la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Si, au cours d'une année civile, les frais non remboursables engagés pour des médicaments figurant dans la Liste de médicaments pour vous, les enfants à votre charge ou votre conjoint dépassent la contribution maximale fixée par la loi, les frais engagés pour ces mêmes médicaments pour les mêmes personnes jusqu'à la fin de l'année civile seront rajustés comme suit :

- Les frais seront remboursés à 100 %.
- Aucune contribution supplémentaire ne s'appliquera.

La contribution maximale ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés à l'extérieur du Québec.

Si vous résidez au Québec à votre 65e anniversaire de naissance, la couverture des médicaments au titre du présent régime prendra fin et vous serez couvert par le régime de la RAMQ, sauf si vous choisissez d'être couvert au titre du présent régime comme il est indiqué ci-dessous. Vous pourrez choisir de conserver votre couverture au titre du présent régime avant l'expiration de la période de 60 jours suivant votre 65e anniversaire de naissance ou à la date à laquelle vous devenez un résident du Québec, conformément à la définition de la *Loi sur l'assurance maladie du Québec*.

Soins paramédicaux

Podologue/podiatre	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime
Naturopathe	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime
Chiropraticien	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime
Diététiste	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime
Acupuncteur	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime
Ostéopathe	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime
Psychologue, travailleur social, psychothérapeute, thérapeute familial autorisé	• Couverture à 90 % • Maximum de 3 000 $ par année de régime (prestations combinées)
Massothérapeute agréé	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime

Orthophoniste/audiologiste	• Couverture à 90 % • Maximum de 550 $ par année de régime (prestations combinées)
Physiothérapeute/thérapeute du sport et ergothérapeute	• Couverture à 90 % • Maximum de 1 500 $ par année de régime (prestations combinées)

- Les frais couverts comprennent les services ou les traitements fournis en consultation externe par les praticiens paramédicaux agréés, certifiés ou enregistrés suivants, lorsqu'ils travaillent dans leurs domaines de compétence reconnus :
  - Un acupuncteur qualifié.
  - Un massothérapeute agréé.
  - Un naturopathe agréé.
  - Un ostéopathe agréé, incluant les radiographies diagnostiques.
  - Un physiothérapeute agréé, un thérapeute du sport agréé ou un ergothérapeute qualifié.
  - Un psychologue agréé, un travailleur social qualifié, un thérapeute familial ou un psychothérapeute agréé.
  - Un audiologiste qualifié.
  - Traitement des maladies des pieds, y compris les radiographies diagnostiques, par un podologue ou podiatre agréé.
  - Traitement des troubles musculosquelettiques, incluant les radiographies diagnostiques, par un chiropraticien agréé.
  - Traitement des troubles du langage par un orthophoniste qualifié.
  - Traitement des troubles de l'alimentation par un diététiste enregistré.

Soins de la vue

Lunettes et lentilles cornéennes	• Maximum de 500 $ par période de 24 mois
Examens de la vue	• Maximum de 120 $ par période de 24 mois
Chirurgie des yeux au laser	• Maximum de 1 500 $ à vie

- Les examens de la vue, y compris les tests de réfraction, sont couverts s'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste agréé et que les frais ne sont pas couverts par votre régime provincial.
- Les lunettes et lentilles cornéennes nécessaires pour corriger la vue sont couvertes si elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien agréé.
- La chirurgie des yeux au laser nécessaire pour corriger la vue est couverte si elle est effectuée par un ophtalmologiste agréé.

Fournitures et services médicaux

Orthèses	• 450 $ par année de régime
Chaussures orthopédiques	• 450 $ par année de régime
Prothèses auditives	• 4 000 $ par période de 60 mois
Ambulance	• Transport à l'établissement médical le plus proche • Comprend l'ambulance aérienne
Soins infirmiers en service privé (soins infirmiers)	• 25 000 $ par année de régime
Hospitalisation en chambre à deux lits	• Couverte (la Fiducie paiera la différence entre le coût de l'hospitalisation en salle commune et l'hospitalisation en chambre à deux lits)
Fournitures pour incontinence	• 1 000 $ par période de 12 mois
Bras myoélectriques	• 10 000 $ par prothèse
Prothèses mammaires externes	• Une tous les 12 mois
Soutiens-gorge chirurgicaux	• Deux par période de 12 mois, jusqu'à concurrence de 500 $
Lève-personnes mécaniques ou hydrauliques	• 2 000 $ par appareil tous les cinq ans
Rampes externes pour fauteuil roulant	• Maximum à vie de 2 000 $
Fournitures pour personnes diabétiques	• Stylos injecteurs Novolin ou autres appareils d'injection d'insuline semblables utilisant une aiguille, glucomètres y compris les plateformes, mais pas les lancettes. Les lancettes sont couvertes au titre de la garantie de médicaments sur ordonnance. • Appareils de contrôle de la glycémie, 150 $ par année de régime • Appareils de contrôle de la glycémie Flash • Appareils de contrôle continu de la glycémie, y compris les capteurs et les transmetteurs, 4 000 $ par année de régime • Pompes à insuline externes, 2 000 $ par pompe une fois tous les cinq ans
Neurostimulateurs transcutanés	• Maximum de 700 $ à vie

Appareils de compression pour le lymphœdème	• Maximum de 1 500 $ à vie
Bas de contention fabriqués sur mesure	• Deux paires par période de 12 mois, jusqu'à concurrence de 750 $
Perruques pour les patients atteints de cancer	• Maximum de 1 000 $ à vie
Autres services et articles médicaux admissibles	• Couverts, sauf ceux indiqués sous Limitations

Les services et articles médicaux sont assujettis aux maximums et aux limites de fréquence indiqués dans le tableau ci-dessus.

Des renseignements supplémentaires sur les services et articles médicaux sont déterminés par la Canada Vie et figurent ci-dessous.

- Location ou, à la discrétion du régime, achat de certaines fournitures médicales, d'appareils médicaux et de prothèses, comme un fauteuil roulant, prescrits par un médecin.
- Orthèses plantaires ou chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure, y compris les modifications à des chaussures orthopédiques, lorsque prescrites par un médecin.
- Prothèses auditives, incluant les piles, les tubulures et les embouts auriculaires fournis au moment de l'achat, lorsque prescrits par un médecin. Le maximum payable est de 2 000 $ tous les 60 mois.
- Lentilles intraoculaires après une chirurgie des cataractes, n'incluant pas la chirurgie.
- Les fournitures pour personnes diabétiques doivent être prescrites par un médecin.
- Les procédures de diagnostic de laboratoire et d'imagerie effectuées dans la province de résidence de la personne sont couvertes lorsque ce type de procédure ne figure pas dans la liste des procédures assurées au titre du régime provincial. Cependant, une procédure n'est **pas** couverte si une personne peut choisir de la payer, en tout ou en partie, plutôt que d'avoir recours à la procédure couverte par le régime provincial.
- Transport en ambulance au centre le plus proche en mesure de fournir le traitement adéquat.
- Les frais de séjour dans un hôpital ou une maison de repos autorisés ou les soins à domicile sont couverts si le patient reçoit des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.
    - Les soins de courte durée s'entendent d'une intervention active nécessaire pour diagnostiquer ou gérer une affection qui autrement s'aggraverait.
    - Les soins de convalescence s'entendent d'un traitement actif ou d'une réadaptation pour une affection qui s'améliorera grandement à la suite des soins, et sont consécutifs à une hospitalisation de trois jours pour soins de courte durée.
    - Les soins palliatifs s'entendent d'un traitement pour soulager la douleur dans les derniers stades d'une maladie en phase terminale.
- L'hébergement dans des chambres à un lit ou à deux lits dans un hôpital ou une maison de repos est couvert au Canada seulement.
    - Dans le cas des frais d'hospitalisation, le régime couvre la différence entre les frais d'hébergement en chambre à deux lits et ceux de l'hébergement en salle commune. Dans le cas des frais d'hospitalisation engagés à l'extérieur de la province, le régime couvre la différence entre le tarif de salle commune de l'hôpital et la partie des frais couverte par le régime de la

province de résidence de la personne couverte. Cette garantie couvre seulement les traitements d'urgence et non les traitements reçus sur la recommandation d'un médecin.

- Le régime couvre également les frais d'hospitalisation liés à une chirurgie dentaire et tous les frais engagés en consultation externe à l'extérieur de la province de résidence qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence.
- Dans le cas des frais de séjour dans une maison de repos, le régime couvre le paiement de la quote-part autorisée par le gouvernement.
- Vous devez demander une évaluation des frais de séjour avant l'admission dans une maison de repos.

- Traitement de blessure aux dents naturelles saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours qui suivent l'accident, sauf s'il est retardé en raison d'in problème de santé. Une dent saine s'entend d'une dent qui n'avait pas besoin d'une restauration immédiatement avant l'accident. Une dent naturelle s'entend de toute dent qui n'a pas été remplacée artificiellement. Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :
  - Dommages aux prothèses dentaires par accident.
  - Traitement dentaire réalisé plus de 12 mois après l'accident.
  - Services diagnostiques ou traitement orthodontiques.

Assistance voyage en cas d'urgence

Le régime couvre les frais engagés à la suite d'une urgence médicale pendant que vous ou les personnes à votre charge êtes à l'extérieur du Canada pour des vacances, des raisons d'affaires ou des études. La couverture comprend l'assistance médicale mondiale et les soins d'urgence engagés à l'étranger,

- Jusqu'à concurrence de 60 jours par voyage
- 1 000 000 $ par voyage

Assistance médicale mondiale

L'assistance médicale mondiale peut vous aider grâce à un réseau de communications international en fonction 24 heures sur 24. Le réseau vous dirige vers les services médicaux qui sont requis à la suite d'une urgence médicale pendant que vous ou les personnes à votre charge voyagez pour des vacances, des raisons d'affaires ou des études.

La couverture pour les voyages au Canada est limitée aux urgences qui surviennent lorsque vous êtes à plus de 500 km de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province pour avoir droit aux services de l'assistance médicale mondiale.

Les services suivants sont couverts, sous réserve de l'autorisation préalable de la Canada Vie :

- Paiement sur place à l'hôpital des frais requis pour l'admission, jusqu'à concurrence de 1 000 $.
- En l'absence de services locaux appropriés, l'évacuation médicale vers l'hôpital approprié le plus proche pendant un voyage au Canada. Si le voyage est effectué à l'extérieur du Canada, le transport vers un hôpital au Canada ou vers l'hôpital le plus proche à l'étranger en mesure de fournir le traitement approprié. Les services couverts au titre de la présente disposition ne sont pas couverts au titre des autres dispositions du livret.
- Transport et hébergement d'un membre de la famille pour se rendre au chevet d'un patient hospitalisé pendant plus de sept jours lorsque ce dernier voyage seul. Les frais d'hébergement dans un établissement de qualité moyenne, jusqu'à concurrence de 1 500 $ et un billet pour un vol aller-retour en classe économique.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisé pendant un voyage avec un compagnon, les frais d'hébergement supplémentaires du compagnon de voyage dans un établissement de qualité moyenne lorsque le voyage de retour est retardé en raison de votre état de santé ou de celui de la personne à votre charge, jusqu'à concurrence de 1 500 $.
- Les frais d'un moyen de transport pour le retour à domicile pour vous ou une personne à charge et un compagnon de voyage si celui-ci a été prévu et payé d'avance, et si le voyage de retour prépayé ne peut pas être effectué en raison de votre hospitalisation ou de celle de votre personne à charge. La couverture est offerte uniquement lorsque le voyage de retour n'est pas remboursable. Un véhicule de location n'est pas considéré comme un moyen de transport réservé et prépayé.
- En cas de décès, la préparation et le transport de la dépouille au pays.
- Les frais de transport pour le retour des enfants mineurs ou d'une personne à charge non accompagnés à la suite de votre décès ou de votre hospitalisation ou du décès ou de l'hospitalisation d'une personne à charge. Le transport de retour ou aller-retour d'une personne pour accompagner les enfants est également couvert s'il est jugé nécessaire.
- Les coûts pour le retour de votre véhicule ou de celui de la personne à votre charge à la maison ou à l'agence de location la plus proche, lorsqu'en raison d'une maladie ou d'une blessure, vous ou la personne à votre charge êtes incapables de conduire, jusqu'à concurrence de 1 000 $. Aucune prestation ne sera versée pour le retour du véhicule si des prestations de transport semblables sont payées pour le retour à la maison.
- Les prestations payables pour les frais d'hébergement dans un établissement de qualité moyenne comprennent les frais de téléphone, ainsi que les frais de taxi ou d'une voiture de location.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Frais de repas.

Soins d'urgence à l'étranger

Le régime couvre les frais médicaux engagés à la suite d'une urgence médicale pendant que vous ou les personnes à votre charge êtes à l'extérieur du Canada pour des vacances, des raisons d'affaires ou des études. Une urgence médicale s'entend d'une blessure ou d'un épisode aigu soudains et inattendus d'une maladie.

Pour avoir droit aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence.

Les services et fournitures ci-dessous sont couverts lorsqu'ils sont liés au traitement médical initial :

- Traitement par un médecin.
- Radiographies diagnostiques et services de laboratoire.
- Hébergement à l'hôpital dans une chambre standard ou une chambre à deux lits ou dans une unité de soins intensifs, si l'hospitalisation commence pendant que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts.
- Fournitures médicales pendant un séjour à l'hôpital couvert.
- Services paramédicaux pendant un séjour à l'hôpital couvert.
- Services et fournitures en consultation externe.
- Fournitures médicales en consultation externe qui auraient été couvertes au Canada.
- Médicaments.
- Services en consultation externe de soins infirmiers professionnels.

- Services ambulanciers autorisés au centre le plus proche en mesure de fournir le traitement essentiel.
- Traitement dentaire à la suite d'un accident qui aurait été couvert au Canada.

Si votre état de santé vous permet de retourner au Canada, les prestations seront limitées aux sommes payables au titre du régime pour poursuivre le traitement à l'étranger ou aux sommes payables au titre du régime pour un traitement comparable au Canada, plus les frais de transport de retour, selon la somme la moins élevée.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Frais engagés plus de 60 jours après le départ du Canada. Si vous ou les personnes à votre charge êtes hospitalisés à la fin de la période de 60 jours, la couverture sera prolongée jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

Limitations générales relatives aux soins de santé

- Les frais qui, de par la loi, ne peuvent pas être couverts par un régime privé.
- La partie des frais pour les services ou fournitures payables par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence, que vous soyez couvert ou non par ce régime.
- Toute partie des services ou fournitures que vous êtes en droit de recevoir ou qui ouvrent droit à un remboursement, de par la loi ou au titre d'un régime réglementé, financé ou administré en tout ou en partie par un gouvernement (régime gouvernemental), sans égard au fait qu'ils auraient pu être couverts par le présent régime. Le régime gouvernemental n'inclut pas un régime d'avantages sociaux pour les employés du gouvernement.
- Services ou fournitures qui ne représentent pas un traitement raisonnable.
- Services ou fournitures liés à : un traitement à des fins esthétiques seulement; des fins récréatives ou sportives plutôt qu'aux activités de la vie quotidienne; au diagnostic ou au traitement de l'infertilité, autres que les médicaments; la contraception, autres que les médicaments contraceptifs et les produits contenant des médicaments contraceptifs.
- Services ou fournitures ne figurant pas dans la liste des frais couverts, y compris les scooters électriques.
- Fournitures médicales supplémentaires de remplacement ou de rechange.
- Services ou fournitures reçus au Canada, mais à l'extérieur de la province, qui auraient été payés par le régime d'assurance-maladie de votre province s'ils avaient été fournis dans votre province de résidence. Cette limitation ne s'applique pas à l'assistance médicale mondiale.
- Frais découlant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins pour maladies chroniques, sauf ceux décrits sous Soins à domicile.
- Traitements podiatriques dont une partie des frais est payable par l'Assurance-santé de l'Ontario. Les prestations pour ces services sont versées uniquement lorsque le maximum annuel payable par l'Assurance-santé de l'Ontario a été atteint.
- Les services et fournitures de soins de la vue exigés par un employeur participant comme condition d'emploi.
- Les frais des résidences établies principalement pour les personnes âgées ou qui fournissent des soins personnels plutôt que des soins médicaux, ne sont pas couverts.

- Le régime couvre les services infirmiers à domicile, incluant les soins pour maladies chroniques, d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé, si la personne réside en Ontario, ou d'un infirmier auxiliaire autorisé si la personne réside dans une autre province, lorsque les services sont fournis au Canada.
- Les soins infirmiers s'entendent de soins qui nécessitent les compétences et la formation d'un infirmier professionnel, et qui sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas un membre de la famille du patient.

SOINS DENTAIRES

Ce qui est couvert au titre de la garantie de soins dentaires

Votre couverture des soins dentaires a été conçue pour vous fournir un solide soutien financier pour assurer votre santé dentaire. Vous trouverez dans les pages suivantes les détails de votre couverture :

- Soins de base
- Restaurations majeures
- Orthodontie

Les fournitures et services dentaires couverts doivent tous constituer un **traitement raisonnable**. Un traitement raisonnable s'entend d'un traitement qui est reconnu par l'Association dentaire canadienne, dont l'efficacité est prouvée et dont la forme, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles à la gestion de votre santé dentaire. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit également être effectué par un dentiste ou sous la supervision d'un dentiste, par un hygiéniste dentaire autorisé par la loi à exercer de façon indépendante ou par un denturologiste. Le montant du remboursement est établi selon le guide des tarifs dentaires en vigueur à la date où le traitement a été effectué pour la province dans laquelle le traitement a été effectué.

Soins de base

Soins de base	• Remboursement à 100 % pour les examens, radiographies, obturations, etc. • Aucun maximum annuel • Examens de rappel tous les neuf mois pour les adultes, et tous les six mois pour les enfants de moins de 19 ans • Dix unités de détartrage de base/parodontal (combinés) par période de 12 mois
Parodontie/endodontie	• Remboursement à 100 % pour les traitements radiculaires et les services connexes • Remboursement à 100 % pour le détartrage, le surfaçage radiculaire, le traitement des gencives, etc.

Services diagnostiques incluant :

- Un examen dentaire complet tous les 24 mois.
- Examens dentaires particuliers une fois tous les neuf mois (une fois tous les six mois pour les enfants à charge de moins de 19 ans), sauf qu'un seul examen dentaire particulier est couvert au cours de toute période de 12 mois au cours de laquelle un examen dentaire complet est également effectué.
- Examens parodontaux particuliers une fois tous les neuf mois (une fois tous les six mois pour les enfants à charge de moins de 19 ans).

- Série complète de radiographies tous les 24 mois
- Radiographies intrabuccales, maximum de 15 tous les 24 mois, et une radiographie panoramique tous les 24 mois. Les services fournis au cours de la même période de 12 mois comme série complète ne sont pas couverts.

Services préventifs :

- Polissage et application topique de fluorure une fois tous les neuf mois (une fois tous les six mois pour les enfants à charge de moins de 19 ans).
- Détartrage, limité à un maximum combiné avec le surfaçage radiculaire parodontal de 10 unités de temps par période de 12 mois (une unité de temps est un intervalle de 15 minutes ou toute partie d'un intervalle de 15 minutes).
- Instructions d'hygiène buccale une fois à vie.
- Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes tous les 60 mois.
- Mainteneurs d'espace incluant les appareils pour le contrôle des mauvaises habitudes.
- Restaurations de finition.
- Meulage interproximal.
- Remodelage des dents.

Services de restaurations mineurs, notamment :

- Caries, traumatismes et contrôle de la douleur.
- Obturations par amalgame et par résine de la couleur des dents. Le remplacement des obturations est couvert uniquement si l'obturation existante est en place depuis au moins deux ans ou si l'obturation existante n'a pas été remboursée par le régime.
- Tenons de rétention et pivots préfabriqués.
- Couronnes préfabriquées pour première dentition.

Services d'endodontie et de parodontie :

- Endodontie : Le traitement radiculaire sur une dent permanente est limité à une série de traitements par dent. Un deuxième traitement est couvert uniquement si le traitement initial a échoué après 18 mois.
- Services parodontaux :
    - Surfaçage radiculaire, limité à un maximum combiné avec le détartrage préventif de 10 unités de temps par période de 12 mois.
    - Ajustement et équilibration de l'occlusion, limités à un maximum combiné de quatre unités de temps par période de 12 mois (une unité de temps est un intervalle de 15 minutes ou toute partie d'un intervalle de 15 minutes).

Entretien des prothèses dentaires :

- Resurfaçage des prothèses dentaires mises en place il y a au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
- Rebasage des prothèses dentaires mises en place il y a au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.

- Revêtement résilient dans les prothèses resurfacées ou rebasées à l'expiration de la période de soins de trois mois suivant la mise en bouche, une fois tous les 36 mois.
- Réparation de prothèses dentaires et ajout et remise en place de dents à l'expiration de la période de trois mois suivant la mise en bouche.
- Ajustements de prothèses à l'expiration de la période de trois mois suivant la mise en bouche, une fois tous les 12 mois.

Autres services de base couverts :

- La chirurgie buccale comprend notamment :
  - Extraction de dents.
  - Exposition chirurgicale de dents. Procédures de rénovation et remodelage des tissus buccaux :

    a) alvéoplastie mineure, et

    b) gingivoplastie et stomatoplastie.
  - Incisions chirurgicales.
  - Excision chirurgicale de tumeurs, kystes et granulomes
  - Traitement de fractures, y compris les greffes osseuses connexes à la mâchoire.
  - Traitement de difformités maxillofaciales (greffes osseuses connexes à la mâchoire et chéiloplastie).
  - Les obturateurs palatins sont couverts. Les obturateurs en cas de fente palatine ne sont pas couverts.
- Les services complémentaires comprennent notamment :
  - Traitements mineurs pour soulager la douleur dentaire fournis en cas d'urgence.
  - Injections thérapeutiques.
  - Anesthésie nécessaire en rapport avec les services couverts. Les frais pour les installations, l'équipement et les fournitures liés à des services d'anesthésie sont couverts uniquement lorsqu'un anesthésiste distinct est requis.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Radiographies en double.
- Appareils pour l'application de fluorure, instructions d'hygiène buccale ou conseils nutritionnels sur support audiovisuel.
- Traitement radiculaire sur des dents primaires, isolation de dents, élargissement des chambres pulpaires et implants intracoronaires endo-osseux.
- Désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation sous-gingivale parodontale, frais pour traitement postopératoire et réévaluations parodontales.
- Implantologie, déplacement chirurgical des dents, services pour remodeler les tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et l'alvéoplastie ou la gingivoplastie effectuée en combinaison avec des extractions. Les services de rénovation et remodelage des tissus buccaux sont couverts au titre des soins majeurs.
- Hypnose ou acupuncture

Restaurations majeures

Restaurations majeures	• Remboursement à 65 % • Maximum de 2 500 $ par année de régime

Les services suivants sont considérés comme des services de restauration majeurs :

Couronnes et incrustations :

- La couverture pour des couronnes sur les molaires est limitée au coût des couronnes en métal. La couverture pour les couronnes complexes est limitée au coût des couronnes standard.
- Incrustations : La couverture des incrustations de la couleur des dents sur les molaires est limitée au coût des incrustations en métal.
- Les couronnes et incrustations de remplacement sont couvertes lorsque la restauration existante est en place depuis au moins cinq ans et ne peut pas être remise en état.

Prothèses dentaires et ponts :

- Prothèses dentaires complètes standard, modèle standard ou prothèses dentaires partielles en acrylique ou prothèses supradentaires complètes ou pont lorsque les prothèses dentaires complètes ou partielles ne sont pas des options de traitement viables. La couverture pour des appareils de maintien et des pontiques de la couleur des dents sur les molaires est limitée au coût des appareils et des pontiques en métal. Les appareils de remplacement sont couverts seulement dans les cas suivants :
    - L'appareil existant est un appareil temporaire couvert.
    - L'appareil existant est en place depuis au moins cinq ans et ne peut pas être remis en état. Si l'appareil existant est en place depuis moins de cinq ans, l'appareil de remplacement sera couvert si l'appareil existant devient inutilisable en raison de la mise en place d'un premier appareil opposé ou de l'extraction de dents supplémentaires.
    - Si d'autres dents sont extraites mais que l'appareil existant peut être remis en état, la couverture est limitée au remplacement des dents supplémentaires.
- Soins chirurgicaux relatifs aux prothèses pour le remodelage des tissus buccaux.
- Entretien des appareils à l'expiration de la période de trois mois suivant la mise en bouche :
    - Fabrication de nouvelles prothèses dentaires, une fois tous les 36 mois.
    - Mise en condition tissulaire.
    - Réparations de ponts couverts.
    - Enlèvement et réparation de la cimentation de ponts.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Facettes, remodelage de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations si la dent aurait pu être réparée au moyen d'autres procédures.
- Prestations de remplacement : Si des couronnes ou incrustations sont fournies, les prestations seront calculées sur la base des obturations.
- Prothèses supradentaires ou ponts initiaux lorsque des prothèses dentaires complètes ou partielles standard auraient été une option de traitement durable.
- Dans le cas de prothèses supradentaires, la couverture sera limitée au coût des prothèses dentaires complètes standard.
- Dans le cas d'un pont initial, la couverture est limitée au modèle standard d'une prothèse partielle et à la restauration des dents piliers à d'autres fins que le pont.
- Si un autre pont est mis en place sur la même arche au cours des 60 mois suivants, la couverture sera limitée à l'ajout de dents sur une prothèse et à la restauration des dents piliers à d'autres fins que le pont.
- Dans le cas des prothèses dentaires ou ponts standard lorsque des prothèses équilibrées et occlusodontiques, des prothèses avec rupteur de force, des attaches de précision et de semi-précision, des prothèses avec connecteurs à verrouillage pivotant, des prothèses supradentaires partielles et des prothèses et ponts liés à des implants, les prestations seront limitées aux prothèses dentaires ou aux ponts standard.

Soins orthodontiques

Orthodontie	• Remboursement à 50 % pour les adultes et les enfants • Maximum de 3 000 $ à vie

- Les soins orthodontiques sont couverts pour les personnes âgées d'au moins six ans au début du traitement.
- Les services diagnostiques couverts comprennent les examens, les radiographies, les photographies et les modèles.
- Les traitements liés aux appareils fixes ou amovibles.
- Aucune prestation ne sera versée pour les frais couverts au titre de la prolongation des garanties d'un autre régime collectif.

Limitations générales relatives aux soins dentaires

- Les frais qui, de par la loi, ne peuvent pas être couverts par un régime privé.
- Services ou fournitures qui ne représentent pas un traitement raisonnable.
- Traitement effectué à des fins esthétiques seulement.
- Malformations congénitales ou de développement chez les personnes de 19 ans ou plus, sauf les soins orthodontiques.
- Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou douleur myofaciale.

- Services ou fournitures couverts au titre de la garantie de soins de santé : Si la somme payable est plus élevée au titre de la garantie de soins dentaires, les prestations seront alors versées au titre de la garantie de soins dentaires.
- Services et fournitures auxquels vous avez droit sans frais de par la loi ou qui vous sont facturés uniquement en raison de votre couverture.
- Frais découlant d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Les demandes d'adhésion tardive à la couverture des soins dentaires ne sont pas prises en compte conformément aux règles de tarification. La couverture pour les 12 premiers mois est limitée à un maximum de 200 $ par personne.

Plan de traitement/prédétermination

Avant d'engager des frais importants pour les soins dentaires – comme des ponts, des couronnes ou l'extraction de dents de sagesse –, demandez à votre fournisseur de services dentaires de remplir un plan de traitement et soumettez-le à Canada Vie.

Un plan de traitement est essentiellement une estimation des traitements nécessaires et de leurs coûts. Il peut vous aider à prendre des décisions plus éclairées au sujet de vos soins dentaires, parce que vous savez à l'avance quels seront les frais couverts par le régime et la somme que vous devrez débourser.

Pour obtenir une prédétermination de soins dentaires :

- demandez à votre dentiste de remplir un formulaire de demande de règlement de soins dentaires (version électronique ou papier) et assurez-vous qu'il indique clairement qu'il s'agit d'une demande de prédétermination;
- y joindre tout document justificatif (p. ex., radiographies ou modèles); et
- présentez la demande de prédétermination à Canada Vie à des fins d'examen.

La réponse de Canada Vie vous aidera, vous et votre dentiste, à établir le traitement adéquat.

La prédétermination est valide pendant 90 jours seulement; assurez-vous de prendre vos rendez-vous et de prévoir les procédures en conséquence.

Prestations aux survivants

Si vous décédez en cours de couverture, les garanties de soins de santé et de soins dentaires pour votre conjoint et vos enfants à charge survivants seront maintenues moyennant le paiement des primes pendant une période de deux ans, ou jusqu'à ce qu'ils ne soient plus admissibles, selon la première éventualité.

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

COMPTE DE GESTION DE SOINS DE SANTÉ (CGSS)

Au titre de votre régime, vous bénéficiez d'un compte de gestion de soins de santé (CGSS). Ce compte fonctionne comme un compte bancaire que vous pouvez utiliser pour payer les dépenses liées aux soins de santé qui ne sont pas couvertes par le régime.

Le CGSS complète votre couverture et vous procure plus de souplesse pour gérer vos demandes de règlement de soins de santé et les coûts. Également, comme les crédits annuels versés dans le CGSS sont en dollars avant impôt, il s'agit d'une façon efficace sur le plan fiscal de payer les dépenses liées aux soins de santé.

Le montant des crédits déposés dans le CGSS est établi avant chaque année de régime par les fiduciaires de la FENSÉO.

Vous trouverez ci-après une description sommaire du CGSS.

Année de régime du CGSS	
Du 1er septembre 2024 au 31 août 2025	• Une somme de 850 $ est déposée dans votre CGSS pour cette période
Du 1er septembre 2025 au 31 août 2026	• Une somme de 500 $ est déposée dans votre CGSS pour cette période
Les sommes qui seront allouées au CGSS à l'avenir seront évaluées et déterminées en fonction du rendement du régime du CAEAS-ECAB	

Ce qui est couvert par le CGSS

Les frais couverts comprennent :

- Les frais médicaux admissibles qui ouvrent droit à un crédit d'impôt en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), qui peut être modifiée de temps à autre.
- Les frais médicaux que la Canada Vie juge admissibles au titre d'un régime de soins de santé privé, comme définis par la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), qui peut être modifiée de temps à autre
- Le site Web de l'Agence du revenu du Canada donne des renseignements sur les frais médicaux admissibles ouvrant droit à un crédit d'impôt en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).
- Les prestations seront versées pour des frais engagés par vous et les personnes à votre charge en cours de couverture, jusqu'à concurrence d'un paiement maximum annuel correspondant au montant des crédits dont vous disposez dans votre CGSS. Les frais dentaires, autres que les frais d'orthodontie, sont considérés comme engagés lorsque le traitement est terminé. Les frais orthodontiques sont considérés comme engagés périodiquement tout au long du traitement. Tous les autres frais sont considérés comme engagés lorsque les traitements sont reçus.
- Si vous n'utilisez pas la totalité du solde de votre CGSS au cours d'une année de régime, vous pouvez reporter le solde à l'année de régime suivante. Cependant, vous devez utiliser les crédits reportés avant la fin de la deuxième année. Sinon, conformément aux règles fiscales canadiennes, les crédits reportés seront perdus. Le solde reporté de la première année sera appliqué à toute demande de règlement au titre du CGSS soumise au cours de la deuxième année et ensuite aux crédits de la deuxième année.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Les frais qui, de par la loi, ne peuvent pas être couverts par un régime privé.
- Services et fournitures auxquels vous avez droit sans frais de par la loi ou qui vous sont facturés uniquement parce que vous êtes couvert au titre d'un régime privé.
- Toute partie des frais pour des services ou fournitures pour lesquels des prestations ont été payées au titre de votre régime de soins de santé, d'un autre régime collectif ou d'un régime gouvernemental.

Vous trouverez de plus amples informations sur le CGSS - y compris des vidéos utiles - sur le site **fenseo.ca > Vos avantages sociaux > Compte de gestion de soins de santé**.

ASSURANCE VIE

Une prestation unique de décès sera versée à votre bénéficiaire désigné ou à vos bénéficiaires désignés advenant votre décès. Votre régime comprend l'assurance vie de base pour vous et la possibilité de souscrire une assurance facultative pour vous, votre conjoint et vos enfants admissibles.

Dans le cas de l'assurance vie facultative, une preuve de bonne santé est exigée et doit être approuvée par la Canada Vie. Les primes sont payables à compter de la date d'approbation.

Ce qui est couvert au titre de l'assurance vie

Les prestations payables au titre de l'assurance vie de base et de l'assurance vie facultative sont décrites ci-dessous. Votre assurance vie de base est comprise dans les garanties de soins de santé et de soins dentaires. Cependant, vous devez payer les primes de l'assurance vie facultative pour les personnes à votre charge. Celles-ci peuvent être souscrites par tranches, jusqu'à concurrence d'un montant maximum.

Assurance vie de base du participant

Assurance vie de base (participant seulement)	• Deux fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 000 000 $ avec l'assurance vie facultative du participant • Aucune réduction à 65 ans • La couverture prend fin au départ à la retraite

À votre décès, la Canada Vie versera la prestation de décès de l'assurance vie à votre bénéficiaire. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire ou si celui-ci est décédé à la date de votre décès, la prestation sera versée à votre succession.

Exonération des primes

Si vous devenez invalide pendant que vous êtes couvert, vous pourriez être admissible à l'exonération des primes au titre de l'assurance vie de base. Vous devez faire une demande d'exonération des primes dans les 12 mois qui suivent votre admissibilité. Si vous pensez être admissible, communiquez avec Cowan au 1-888 330-4010 ou à l'adresse one-t@cowangroup.ca.

Conversion

Si une partie ou l'ensemble de votre couverture d'assurance prend fin, vous pourriez avoir le droit de transformer votre assurance en une police d'assurance individuelle sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité. La Canada Vie déterminera votre admissibilité. Vous devez faire une demande de conversion et verser la première prime au plus tard 31 jours après la cessation de votre assurance collective. Le maximum autorisé pour la conversion est de 200 000 $ pour toutes les assurances vie (assurance vie de base et assurance vie facultative combinées), sauf si vous êtes un résident du Québec; le maximum est alors de 400 000 $.

Assurance vie facultative – participant, conjoint, enfant

Assurance vie facultative du participant	• Prime payée par le participant et calculée selon le sexe, l'âge et le statut de fumeur ou de non-fumeur • La couverture est offerte en tranches de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 500 000 $ et sous réserve de l'approbation de la preuve d'assurabilité
Assurance vie facultative du conjoint	• Prime payée par le participant et calculée selon le sexe, l'âge et le statut de fumeur ou de non-fumeur • La couverture est offerte en tranches de 10 000 $ jusqu'à concurrence de 500 000 $ et sous réserve de l'approbation de la preuve d'assurabilité
Assurance facultative de l'enfant	• Prime payée par le participant • La couverture est offerte en tranches de 5 000 $, jusqu'à concurrence de 25 000 $

Lorsque vous faites une demande d'assurance vie facultative pour vous ou pour votre conjoint, vous devez fournir une preuve d'assurabilité et la demande doit être approuvée par la Canada Vie. La Canada Vie peut annuler l'assurance facultative si toute déclaration ou réponse dans votre proposition est fausse ou si vous omettez de divulguer tout fait important à l'assureur.

À votre décès, la Canada Vie versera la prestation de décès à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire ou si celui-ci est décédé à votre décès, la prestation sera versée à votre succession.

Toute assurance vie facultative pour vous et vos enfants prendra fin le jour de votre 70e anniversaire de naissance ou le jour de votre départ à la retraite, selon la première éventualité. La couverture de votre conjoint prendra fin à la date de cessation de votre couverture ou à son 65e anniversaire de naissance, selon la première éventualité.

Exonération des primes de l'assurance vie facultative

Si vous devenez invalide en cours de couverture, vous pourriez être admissible à l'exonération des primes au titre de l'assurance vie facultative.

Si votre demande d'exonération des primes est approuvée, toute assurance vie facultative pour vous ou pour les personnes à votre charge sera également maintenue sans que vous ayez à payer les primes. L'exonération des primes ne sera pas maintenue au-delà de la date à laquelle l'assurance vie facultative prend normalement fin, ou la date de votre 65e anniversaire de naissance, selon la première éventualité.

Vous devez faire une demande d'exonération des primes dans les 12 mois qui suivent votre admissibilité. Si vous pensez être admissible, communiquez avec Cowan au 1-888-330-4010 ou à l'adresse one-t@cowangroup.ca.

Conversion

Si vous habitez au Québec et si votre assurance vie facultative, celle de votre conjoint ou celle de vos enfants prend fin, vous pourriez avoir le droit de transformer cette assurance en police d'assurance individuelle sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité.

Si vous habitez ailleurs au Canada et si votre assurance vie facultative ou celle de votre conjoint prend fin, vous ou votre conjoint pourriez avoir le droit de transformer cette assurance en police assurance individuelle sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité.

La Canada Vie déterminera votre admissibilité. Vous devez faire une demande de conversion et verser la première prime au plus tard 31 jours après la cessation de votre assurance collective.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

Suicide au cours des deux premières années de couverture initiale ou augmentée par une assurance vie facultative.

Dans un tel cas, la Canada Vie rembourse les primes versées. Cette restriction ne s'applique pas à l'assurance des enfants à charge.

Exonération des primes

Si vous pensez être admissible à l'exonération des primes, communiquez avec Cowan au 1-888-330-4010 ou à l'adresse one-t@cowangroup.ca.

Qu'est-ce qui constitue une invalidité à cette fin?

Si vous êtes assuré et approuvé au titre de l'assurance invalidité de longue durée de votre conseil scolaire, vous pouvez fournir une preuve de cette approbation comme votre admissibilité à l'exonération des primes au cours de la période d'indemnisation. La période d'attente pour l'exonération des primes de l'assurance vie est la même que la période d'attente au titre du régime d'assurance invalidité. L'exonération des primes se poursuivra tant et aussi longtemps que vous souffrirez d'une invalidité de longue durée.

Si votre conseil scolaire n'offre pas d'assurance invalidité de longue durée, et si votre maladie ou votre blessure vous empêche d'occuper un emploi rémunéré, vous pouvez tout de même faire une demande d'exonération des primes si vous êtes invalide depuis au moins six mois.

Si vous recevez actuellement des prestations de la WSIB/CSPAAT, n'oubliez pas que vous devez également présenter une demande d'exonération des primes de l'assurance vie.

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT (DMA)

L'assurance DMA est également appelée assurance accidents. Elle verse une prestation unique si vous subissez un accident grave résultant en la perte d'un membre ou d'une fonction.

Votre régime comprend l'assurance DMA de base et vous donne la possibilité de souscrire une assurance DMA facultative pour vous et votre conjoint.

Vous trouverez ci-dessous un sommaire de votre couverture DMA.

Assurance DMA de base (participant seulement)	• Deux fois le salaire annuel, jusqu'à concurrence de 500 000 $ • Aucune réduction à 65 ans • La couverture prend fin au départ à la retraite ou au 70e anniversaire de naissance (selon la première éventualité)
Assurance DMA facultative du participant	• Prime payée par le participant • La couverture est offerte en tranches de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 250 000 $ • La couverture prend fin au départ à la retraite ou au 70e anniversaire de naissance (selon la première éventualité)
Assurance DMA facultative du conjoint	• Prime payée par le participant • La couverture est offerte en tranches de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 250 000 $ • La couverture prend fin au départ à la retraite ou au 70e anniversaire de naissance du participant ou de son conjoint (selon la première éventualité)

Ce qui est couvert au titre de l'assurance DMA

Assurance DMA de base et assurance DMA facultative du participant

Le régime vous offre une protection complète contre les accidents, 24 heures sur 24, que vous soyez ou non au travail, en voyage d'affaires, en vacances, à la maison, peu importe vos antécédents médicaux. Tous les membres permanents en service actif de la FENSÉO, âgés de moins de 70 ans, sont admissibles à l'assurance.

Advenant votre décès, la prestation est payable au bénéficiaire que vous avez désigné ou, si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, à votre succession.

La prestation versée dépend de la nature de la perte. Si, à la suite d'un accident, vous souffrez de blessures donnant lieu à l'une des pertes décrites ci-dessous dans l'année qui suit la date de l'accident, l'assureur Chubb Vie versera le pourcentage du capital assuré correspondant. Cependant, si l'accident

donne lieu à des blessures multiples, seule la prestation la plus élevée sera versée.

Le tableau des pertes ci-dessous indique le pourcentage du capital assuré que la compagnie d'assurance versera selon la perte subie.

Tableau des pertes et pourcentage du capital assuré	
Décès	• 100 %
Perte complète de la vue des deux yeux	• 100 %
Perte d'une main et d'un pied	• 100 %
Perte de l'usage d'une main et d'un pied	• 100 %
Perte d'une main et perte complète de la vue d'un œil	• 100 %
Perte d'un pied et perte complète de la vue d'un œil	• 100 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	• 100 %
Coma	• 100 %
Mort cérébrale	• 100 %
Perte des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	• 200 %
Perte de l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds	• 200 %
Quadriplégie	• 200 %
Paraplégie	• 200 %
Hémiplégie	• 200 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	• 75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	• 75 %
Perte d'une main ou d'un pied	• 75 %

Tableau des pertes et pourcentage du capital assuré (suite)	
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	• 75 %
Perte complète de la vue d'un œil	• 75 %
Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	• 75 %
Perte du pouce et de l'index de la même main	• 33 1/3 %
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main	• 33 1/3 %
Perte de quatre doigts de la même main	• 33 1/3 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	• 33 1/3 %
Perte de tous les orteils du même pied	• 25 %

Exonération des primes

Si vous devenez invalide en cours de couverture, vous pourriez être admissible à l'exonération des primes de votre assurance DMA.

Si votre demande d'exonération des primes est approuvée, toute assurance DMA pour vous ou les personnes à votre charge sera maintenue sans que vous ayez à payer les primes. L'exonération des primes ne sera pas maintenue au-delà de la date à laquelle l'assurance DMA prend normalement fin, ou la date de votre 65e anniversaire de naissance, selon la première éventualité.

Vous devez faire une demande d'exonération des primes dans les 12 mois qui suivent votre admissibilité. Si vous pensez être admissible, communiquez avec Cowan au 1-888-330-4010 ou à l'adresse one-t@cowangroup.ca.

Conversion

À la date de la cessation de votre emploi ou dans les 31 jours qui suivent votre cessation d'emploi, vous pouvez transformer votre assurance en police d'assurance DMA individuelle uniquement de Chubb.

La police individuelle entrera en vigueur à la date à laquelle Chubb Vie recevra votre demande ou à la date de cessation de la couverture au titre de la police collective, selon la dernière éventualité. La prime sera la même que celle qu'une personne paierait habituellement si elle présentait une demande d'assurance individuelle à cette date.

Le montant de l'assurance transformée ne peut pas dépasser le montant de l'assurance établie en cours d'emploi, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 500 000 $.

Définitions

Perte signifie :

- En ce qui a trait à une main ou un pied, l'amputation totale au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville.
- En ce qui a trait à un bras ou une jambe, l'amputation totale au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou.
- En ce qui a trait à l'œil, la perte totale et irrémédiable de la vue.
- En ce qui a trait à la parole, la perte totale et irrémédiable de la parole ne permettant aucune communication verbale.
- En ce qui a trait à l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe ne pouvant être corrigée par une prothèse auditive ou un appareil auditif.
- En ce qui a trait à la perte du pouce et de l'index de la même main ou à la perte de quatre doigts de la même main, l'amputation totale au niveau ou au-dessus des articulations métacarpophalangiennes de la même main (les articulations entre les doigts et la main).
- En ce qui a trait aux orteils, l'amputation totale au niveau ou au-dessus des articulations métatarsophalangiennes du même pied (les articulations entre les orteils et le pied).
- Si vous subissez l'amputation totale d'une main, d'un pied, d'un bras ou d'une jambe de la façon décrite ci-dessus, Chubb Vie versera l'indemnité même si le membre amputé est réimplanté, que l'opération réussisse ou non.

Perte au sens de :

- Quadriplégie (paralysie des membres supérieurs et inférieurs).
- Paraplégie (paralysie des deux membres inférieurs).
- Hémiplégie (paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs d'un côté du corps) signifiant la paralysie totale et irrémédiable de ces membres, à la condition que ladite perte fonctionnelle soit continue pendant 180 jours consécutifs et que ladite perte fonctionnelle soit par la suite considérée comme permanente par Chubb Vie sur la base de preuves jugées satisfaisantes.

Perte d'utilisation signifie la perte de fonction totale et irrémédiable : d'un bras, d'une main, d'un pied, d'une jambe ou du pouce et de l'index de la même main, à la condition que ladite perte fonctionnelle soit continue pendant douze mois consécutifs et que ladite perte fonctionnelle soit par la suite considérée comme permanente par Chubb Vie sur la base de preuves jugées satisfaisantes.

Mort cérébrale signifie un état d'inconscience irréversible avec perte totale des fonctions cérébrales; et une absence totale d'activité électrique du cerveau, même si le cœur continue de battre.

Coma signifie que l'assuré a été dans un état d'inconscience pendant une période continue d'au moins 96 heures, pendant lesquelles une stimulation externe n'a produit rien d'autre que des réflexes archaïques d'évitement.
Un médecin-neurologue doit confirmer par écrit le diagnostic.

Toutes les prestations remboursables à 200 % sont assujetties à une prestation maximale toutes polices confondues de 1 000 000 $.

Rapatriement

Lorsque les blessures couvertes par le présent régime provoquent votre décès ou celui d'une personne à votre charge et que cela survient à plus de 150 km de la ville de votre résidence permanente ou à l'extérieur du Canada, et que le décès survient dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident, Chubb Vie remboursera les frais réellement engagés afin de préparer la personne défunte pour les funérailles et pour le retour de sa dépouille dans sa ville de résidence, jusqu'à concurrence de 15 000 $.

Réadaptation

Lorsque des blessures entraînent un remboursement par Chubb Vie au titre de toute prestation, à l'exception de la prestation de décès, Chubb Vie remboursera également les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour une formation spéciale, jusqu'à concurrence de 15 000 $, à condition :

- Que ladite formation soit nécessaire en raison desdites blessures et qu'elle permette à l'assuré de devenir apte à exercer une activité professionnelle qu'il n'aurait pas exercée si ce n'eut été desdites blessures.
- Que les dépenses soient engagées au cours des deux années qui suivent la date de l'accident.
- Aucun remboursement ne sera effectué pour les dépenses habituelles de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Transport d'un membre de la famille

Lorsque les blessures nécessitent que vous ou une personne à votre charge soyez hospitalisé à plus de 150 km de la ville de votre résidence permanente ou à l'extérieur du Canada, et que vous ayez besoin de la présence d'un membre de la famille immédiate selon la recommandation écrite du médecin traitant, Chubb Vie remboursera les dépenses engagées par le membre de la famille pour son transport selon le trajet le plus direct possible par un transporteur public autorisé jusqu'au chevet de l'assuré hospitalisé, jusqu'à concurrence de 15 000 $.

Membre de la famille immédiate signifie conjoint, parent ou beau-parent, enfant ou enfant du conjoint, frère ou sœur, demi-frère ou demi-sœur, beau-frère ou belle-sœur, belle-mère ou beau-père et gendre ou bru.

Formation professionnelle du conjoint

Lorsque des blessures que vous avez subies entraînent un paiement par Chubb Vie au titre de la prestation de décès, Chubb Vie remboursera également les dépenses réellement engagées par votre conjoint pour un programme de formation professionnelle reconnu afin de lui permettre de devenir apte à exercer une activité professionnelle en particulier pour laquelle il n'aurait pas autrement les qualifications suffisantes. La prestation maximale est de 15 000 $. Ces dépenses doivent être engagées dans les 365 jours qui suivent l'accident.

Modifications à la résidence ou au véhicule

Si vous ou une personne à votre charge subissez une blessure entraînant un paiement au titre du régime, à l'exclusion de la prestation de décès, et que cette blessure nécessite par la suite l'utilisation d'un fauteuil roulant pour les déplacements, Chubb Vie remboursera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés dans les 365 jours qui suivent la date de l'accident pour :

- Les frais uniques de modification de votre résidence principale ou de celle de la personne à votre charge pour l'adapter aux fauteuils roulants.
- Les frais uniques de modification d'un véhicule automobile utilisé par vous ou par la personne à votre

charge pour l'adapter aux fauteuils roulants.

Les prestations au titre des présentes ne seront versées que si :

- Les modifications à la résidence sont exécutées par une ou des personnes ayant de l'expérience dans la réalisation de telles modifications et recommandées par un organisme reconnu offrant du soutien et de l'aide aux personnes en fauteuil roulant.
- Les modifications au véhicule sont exécutées par une ou des personnes ayant de l'expérience dans la réalisation de telles modifications et si les modifications sont approuvées par les autorités provinciales responsables de l'immatriculation des véhicules.

Le remboursement maximal au titre de ces deux éléments correspondra à 10 % du capital assuré, jusqu'à concurrence de 50 000 $.

Garderie

Si vous-même (l'employé) décédez dans un accident couvert pendant que la présente police est en vigueur, Chubb Vie versera, en plus de toutes les autres prestations payables au titre de cette police, une prestation de garde d'enfant correspondant aux frais raisonnables et nécessaires réellement engagés, jusqu'à concurrence du moindre de 5 % du montant de votre prestation ou d'un maximum de 5 000 $ par an, au nom de votre enfant à charge qui est inscrit dans une garderie légalement accréditée à la date de l'accident ou qui sera inscrit dans une garderie légalement accréditée au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

La **prestation de garde d'enfant** sera versée tous les ans pendant quatre années consécutives, mais uniquement à la réception d'une preuve satisfaisante que votre enfant est inscrit dans une garderie légalement accréditée.

Enfant à charge signifie un enfant naturel légitime, illégitime ou adopté, un enfant d'un conjoint ou l'enfant d'un conjoint de fait, non marié, admissible, dont le soutien financier est principalement à la charge de l'assuré ou de son conjoint.

Aide aux études

Si vous-même ou une personne à votre charge décédez dans un accident couvert au titre de cette police, Chubb Vie versera, en plus de toutes les autres prestations payables au titre de cette police, une prestation spéciale d'aide aux études égale à 5 % du montant de votre prestation (jusqu'à concurrence de 5 000 $ par année), au nom de votre enfant à charge qui, à la date de l'accident, est inscrit à temps plein à un établissement d'enseignement postsecondaire ou qui étudie en 5e secondaire et s'inscrit ultérieurement à temps plein dans un établissement postsecondaire au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

La **prestation spéciale d'aide aux études** est versée annuellement jusqu'à concurrence de quatre versements annuels consécutifs, mais uniquement si l'enfant à charge poursuit ses études à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur.

Deuil

Si des blessures couvertes au titre de cette police entraînent le décès de l'assuré au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident, Chubb Vie remboursera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés par le conjoint et les enfants à charge de l'assuré pour un maximum de six séances d'aide aux personnes en deuil animées par un conseiller professionnel, jusqu'à concurrence de 1 000 $.

Conseiller professionnel signifie un thérapeute ou un conseiller autorisé, enregistré ou agréé pour animer ce genre de séances.

Revenu mensuel en cas d'hospitalisation

Si vous-même ou une personne à votre charge subissez une blessure donnant lieu à un versement conformément au tableau des pertes au titre de cette police, à l'exclusion de la prestation de décès, et que vous êtes hospitalisé et sous les soins d'un médecin ou chirurgien légalement compétent et agréé autre que vous-même, Chubb Vie paiera pour chaque mois complet un pour cent du capital assuré, jusqu'à concurrence d'une indemnité maximale de 2 500 $, ou 1/30e de cette indemnité mensuelle pour chaque jour d'un mois partiel, rétroactivement au premier jour complet de l'hospitalisation, mais sans dépasser 365 jours au total pour chaque période d'hospitalisation.

Par **hôpital** on entend ici un établissement légalement constitué qui remplit toutes les conditions suivantes :

- S'occupe principalement de l'accueil, des soins et du traitement des personnes malades, invalides ou blessées et qui sont hospitalisées.
- Offre en permanence des services de soins infirmiers prodigués par des infirmières et des infirmiers autorisés ou diplômés.
- Dispose d'un personnel composé d'un ou de plusieurs médecins autorisés disponibles en tout temps.
- Fournit des installations dotées d'équipement de diagnostic et de chirurgie.
- N'est pas principalement une clinique, une maison de repos ou de convalescence ou un établissement de cette nature, ni, sauf à titre accessoire, un centre de désintoxication pour alcooliques ou toxicomanes.

Patient hospitalisé signifie une personne admise dans un hôpital en tant que patient résident ou alité et à qui l'hôpital fournit gîte et couvert pendant au moins une journée.

Chirurgie esthétique

Si vous-même ou une personne à votre charge subissez une brûlure au troisième degré à la suite d'un accident, Chubb Vie paiera un pourcentage du capital assuré en fonction de la partie du corps qui a été brûlée, selon la liste suivante et jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 25 000 $:

- Visage, cou, tête (100 %).
- Main et avant-bras (25 %).
- Un bras supérieur (15 %).
- Torse (poitrine ou dos) (35 %).
- Une cuisse (10 %).
- Une jambe (sous le genou) (25 %).

En cas de brûlure sur 50 % de la surface, le pourcentage de la prestation est réduit de 50 %. Ce tableau indique seulement le pourcentage maximal du capital assuré payable pour un même accident. Si vous-même ou une personne à votre charge subissez des brûlures sur plus d'une partie du corps à la suite d'un même accident, les prestations versées ne dépasseront pas 25 000 $.

Ceinture de sécurité

Si vous-même ou une personne à votre charge subissez une blessure qui donne lieu à un versement conformément au tableau des pertes, le montant de votre indemnité sera augmenté de 10%, jusqu'à concurrence de 25 000 $, si, au moment de l'accident, vous conduisiez un véhicule ou étiez passager d'un véhicule et portiez une ceinture de sécurité correctement attachée. Vous-même ou la personne à votre charge devez fournir la preuve écrite que vous portiez une ceinture de sécurité lors de l'accident.

Véhicule signifie une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette ou une voiture de type jeep.
Ceinture de sécurité signifie les ceintures constituant un dispositif de retenue.

Identification du corps

Si vous-même ou une personne à votre charge décédez accidentellement à au moins 150 km de votre lieu de résidence habituel et si la police ou une autre autorité gouvernementale demande qu'un membre de la famille immédiate identifie la dépouille, Chubb Vie remboursera les frais raisonnables réellement engagés par ce membre de la famille pour :

- Se rendre selon le trajet le plus direct possible dans la ville ou la municipalité où se trouve la dépouille.
- L'hébergement à l'hôtel dans cette ville ou municipalité, pendant une période maximale de trois jours.

Le remboursement des frais engagés est subordonné au versement subséquent de la prestation de décès accidentel conformément aux dispositions de la présente police après que le corps ait été identifié comme étant celui de l'assuré. Le remboursement maximal pour la totalité de tels frais est établi à 15 000 $.

Le remboursement ne couvre pas les frais de pension ou autres frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement, et le déplacement doit se faire dans un véhicule ou autre moyen de locomotion exploité sous licence moyennant rétribution.

Exposition et disparition

Les pertes résultant d'une exposition inévitable aux éléments et des risques décrits aux présentes sont couvertes dans la mesure des prestations qui vous sont accordées.

Si votre dépouille ou celle d'une personne à votre charge n'a pas été retrouvée au cours de l'année qui suit la disparition, l'échouage, le naufrage ou la démolition du moyen de transport dans lequel vous-même ou cette personne étiez au moment de l'accident, il sera présumé, sous réserve de toutes les autres conditions de la police, que vous ou la personne à votre charge êtes décédés en raison de blessures corporelles subies dans un accident couvert au titre du régime.

Les prestations suivantes ne sont offertes que pour l'assurance décès et mutilation par accident (DMA) facultative

Même accident (applicable uniquement s'il y a une couverture du conjoint)

Si, à la suite d'un accident commun, vous-même et votre conjoint décédez tous les deux dans l'année qui suit cet accident, la prestation de décès de votre conjoint sera augmentée pour égaler 100 % du montant de votre prestation (d'assuré).

La prestation sera payable en parts égales à vos enfants survivants ou, dans le cas de tout enfant survivant d'âge mineur ou qui n'est pas en mesure de signer une renonciation valable, Chubb Vie pourra verser cette prestation au tuteur, au fiduciaire ou à toute autre personne que Chubb Vie estimera en droit de recevoir cette prestation. Tout versement effectué de bonne foi par Chubb Vie en vertu de cette disposition libérera entièrement Chubb Vie dans la mesure de ce versement.

Accident commun signifie un même accident ou des accidents distincts survenant dans la même période de 24 heures.

Enfant survivant signifie les enfants à votre charge selon la définition de personne à charge admissible applicable à la police, à la condition que ces enfants vous survivent à vous et à votre conjoint pendant au moins 24 heures.

Prolongation de la couverture (applicable uniquement s'il y a une couverture du conjoint)

Si un participant assuré qui avait assuré son conjoint décède dans un accident couvert, la couverture peut être prolongée pour le conjoint pendant une période maximale de six mois si les primes sont payées.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

Les exclusions suivantes s'appliquent à la protection de l'assurance décès et mutilation par accident de base et facultative. Le régime ne couvre pas les pertes attribuables à :

- Des blessures auto-infligées intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non.
- Une guerre, déclarée ou non, ou tout acte de guerre.
- Des pertes survenant pendant que la personne assurée est en service actif à plein temps dans les forces armées d'un pays ou d'une autorité internationale (toute prime payée sera remboursée par Chubb Vie au prorata de cette période de service actif à plein temps).
- Un voyage ou un vol dans un véhicule ou un appareil de navigation aérienne, sauf dans la mesure où ce voyage ou ce vol est prévu dans la section Description des risques de la partie de la police consacrée à l'assurance décès et mutilation par accident.
- Un voyage ou un vol dans un avion appartenant au titulaire de la police, à un assuré ou un membre du ménage d'une personne assurée, ou loué par lui, ou dans un avion utilisé à des fins d'essai ou d'expérimentation, de lutte contre l'incendie, d'inspection de lignes électriques, d'inspection de pipelines, de photographie aérienne ou d'exploration.
- Cette assurance ne s'applique pas dans la mesure où des sanctions commerciales ou économiques ou d'autres lois ou règlements nous interdisent de fournir une assurance, notamment de procéder au règlement des demandes. Toutes les autres dispositions et conditions de la police restent les mêmes.

ASSURANCE MALADIES GRAVES FACULTATIVE

Votre régime comprend l'accès à la couverture facultative des maladies graves pour vous-même et votre conjoint.

Voici un résumé de votre couverture des maladies graves.

Assurance maladies graves facultative du participant	• La couverture est offerte en tranches de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 250 000 $ • Sous réserve de l'approbation des preuves d'assurabilité, sauf pour la première tranche de 50 000 $ si la demande est présentée au cours des 31 premiers jours d'admissibilité
Assurance maladies graves facultative du conjoint	• La couverture est offerte en tranches de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 250 000 $ • Sous réserve de l'approbation des preuves d'assurabilité, sauf pour la première tranche de 50 000 $ si la demande est présentée au cours des 31 premiers jours d'admissibilité

Ce que couvre l'assurance maladies graves facultative

Pendant que vous êtes assuré, si vous ou votre conjoint recevez un diagnostic de l'une des maladies définies ci-dessous, la Canada Vie vous versera la prestation de l'assurance maladies graves facultative.

Lorsqu'une période de survie est précisée pour l'une des maladies ci-dessous, la Canada Vie ne vous versera la prestation qu'à la fin de la période de survie. Si votre prestation est de 10 000 $ ou plus, la Canada Vie fera également un don de 500 $ en votre nom à un organisme de bienfaisance reconnu de votre choix.

Si vous demandez cette prestation facultative, vous devrez peut-être fournir une preuve d'assurabilité qui devra être approuvée par la Canada Vie. Une seule prestation de maladies graves est payable pendant la vie d'une personne. Lorsqu'une prestation a été versée à un assuré, aucune autre assurance maladies graves ne peut être souscrite par cette personne.

Votre assurance maladies graves facultative se terminera à la fin de la journée précédant le jour de votre 65e anniversaire de naissance. La couverture du conjoint se terminera à la fin de la journée précédant le jour de votre 65e anniversaire de naissance ou de celui de votre conjoint, selon la première éventualité.

Maladies couvertes

L'une quelconque des maladies suivantes est considérée comme une maladie grave si elle répond aux critères définis et si elle a été diagnostiquée par un spécialiste correspondant à la définition contenue dans la police.

Les tests ou les examens nécessaires afin de satisfaire aux exigences liées à la maladie doivent être réalisés par un professionnel de la santé autre que le titulaire de la police d'assurance collective, que

l'assuré, ou qu'un parent ou un associé du titulaire de la police d'assurance collective ou de l'assuré.

Le diagnostic doit s'appuyer sur des preuves médicales objectives.

Crise cardiaque

Par crise cardiaque, on entend la mort du muscle cardiaque due à une obstruction du débit sanguin, qui entraîne l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux correspondant à un diagnostic d'infarctus du myocarde, présentant au moins l'un des éléments suivants :

- Symptômes d'une crise cardiaque.
- Changements constatés sur l'électrocardiogramme (ECG) correspondant à une crise cardiaque. Développement d'ondes Q pendant ou immédiatement après une procédure cardiaque intra-artérielle, y compris notamment une coronarographie et une angioplastie coronaire.

La prestation sera versée après une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Marqueurs biochimiques cardiaques élevés après une procédure cardiaque intra-artérielle comprenant notamment une coronarographie et une angioplastie coronaire, en l'absence d'ondes Q.
- Changements sur l'ECG laissant supposer un infarctus du myocarde antérieur, ne répondant pas à la définition de la crise cardiaque donnée précédemment.

Accident vasculaire cérébral

Par accident vasculaire cérébral, on entend un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou une embolie d'origine extra-crânienne, persistant pendant plus de 30 jours après la date de la maladie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs à l'examen clinique.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

La prestation sera versée après une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Précisons que les infarctus lacunaires qui ne présentent pas les symptômes et déficits neurologiques mentionnés ci-dessus, persistant plus de 30 jours, ne sont pas considérés comme des accidents vasculaires cérébraux.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Accidents ischémiques transitoires.
- Accidents vasculaires intracérébraux dus à un traumatisme.

Pontage aorto-coronarien

Le pontage aorto-coronarien est une intervention chirurgicale du cœur visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires par un ou plusieurs pontages. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

La prestation sera versée après une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Angioplastie.
- Interventions intra-artérielles.
- Interventions par cathéter percutané.
- Procédures non chirurgicales.

Cancer (mettant la vie en danger)

On entend par cancer (mettant la vie en danger) une tumeur qui doit être caractérisée par la croissance et la propagation incontrôlées de cellules malignes et l'invasion des tissus.

Les types de cancer comprennent : le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta.
- Cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou de s'accompagner de métastases ganglionnaires ou distantes.
- Tout cancer de la peau non-mélanome, sans métastases ganglionnaires ou distantes.
- Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans métastases ganglionnaires ou distantes.
- Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans métastases ganglionnaires ou distantes.
- Leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai.
- Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Les termes «Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication « Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia » (K.R. Rai, A. Sawitsky, E.P. Cronkite, A.D. Chanana, R.N. Levy et B.S. Pasternack). Revue Blood, vol. 46, p. 219, 1975.

Période d'exclusion du cancer :

Aucune prestation ne sera versée dans ces conditions si, dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne ou dans le cas d'une augmentation des montants, selon la dernière éventualité, la personne :

- présente des signes ou des symptômes, ou a subi des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de la présente police), peu importe la date d'établissement du diagnostic;
- reçoit un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de la présente police).

Tout renseignement médical à propos du diagnostic ainsi que tout signe, symptôme ou examen ayant mené au diagnostic doit être signalé à la Canada Vie dans les six mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans les délais prescrits, la Canada Vie pourra refuser toute demande de règlement portant sur un cancer ou sur toute autre maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale signifie une défaillance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Cécité

La cécité signifie la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux, mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux;
- un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Transplantation d'un organe vital

Une transplantation d'un organe vital signifie qu'une défaillance irréversible des fonctions du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse rend une transplantation médicalement nécessaire.

Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'organe vital, l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour la transplantation d'un cœur, d'un poumon, d'un foie, d'un rein ou de la moelle osseuse.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer.

On entend par démence, y compris la maladie d'Alzheimer, la démence qui doit être caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire et par au moins un des domaines suivants de la fonction cognitive :

- Aphasie (un trouble de la parole).
- Apraxie (difficulté à accomplir les tâches familières).
- Agnosie (difficulté à reconnaître les objets).
- Perturbation des fonctions d'exécution (p. ex. incapacité à penser de manière abstraite et à planifier, initier, séquencer, contrôler et arrêter un comportement complexe) affectant la vie quotidienne.

La personne doit présenter :

- Des symptômes de démence d'une gravité au moins modérée, attestée par un mini-examen de l'état mental de 20/30 ou moins, ou un résultat équivalent à un autre test ou à des tests de fonction cognitive généralement acceptés sur le plan médical.
- Des signes probants d'une détérioration progressive du fonctionnement cognitif et quotidien, attestés soit par des tests cognitifs en série, soit par des antécédents constatés sur une période d'au moins six mois.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Des troubles affectifs ou schizophréniques.
- Un état confusionnel aigu.

Aux fins de la police, la référence au mini-examen de l'état mental se trouve dans Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3): p. 189

Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précisés

Maladie de Parkinson signifie la maladie de Parkinson primitive, un état neurologique permanent qui doit être caractérisé par une bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins l'un des symptômes suivants :

- La rigidité musculaire.
- Des tremblements au repos.

La personne doit présenter des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions pendant au moins un an, pour lesquels le neurologue traitant a recommandé un médicament dopaminergique ou un autre traitement équivalent généralement accepté sur le plan médical pour la maladie de Parkinson.

Les troubles parkinsoniens atypiques spécifiés signifient une paralysie supranucléaire progressive, une dégénérescence corticobasale ou une atrophie multisystématisée.

Aucun remboursement ne sera effectué dans les cas suivants :

- Tout autre type de parkinsonisme.

Période d'exclusion :

Aucune prestation relative à cette affection ne sera versée si, au cours de la première année suivant la date d'entrée en vigueur de l''assurance ou dans le cas d'une augmentation des montants, suivant la date d'entrée en vigueur de l'augmentation, selon la plus tardive des deux dates, l'un des éléments suivants s'applique à l'assuré :

- Il présente des signes ou des symptômes, ou a subi des examens qui ont mené à un diagnostic de maladie de Parkinson, d'un trouble parkinsonien atypique précisé ou de tout autre type de parkinsonisme, quelle que soit la date à laquelle le diagnostic est posé.
- Il obtient un diagnostic de maladie de Parkinson, d'un trouble parkinsonien atypique précisé ou de tout autre type de parkinsonisme.

Tout renseignement médical à propos du diagnostic ainsi que tout signe, symptôme ou examen ayant mené au diagnostic doit être signalé à la Canada Vie dans les six mois qui suivent la date du diagnostic.

Si ces renseignements ne sont pas fournis dans les délais prescrits, la Canada Vie a le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou pour les troubles parkinsoniens atypiques précisés ou pour toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou par les troubles parkinsoniens atypiques spécifiés ou le traitement.

Paralysie

Paralysie signifie la perte totale de la fonction musculaire de deux ou plusieurs membres à la suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques correspond à au moins l'un des éléments suivants :

- Deux ou plusieurs poussées cliniques distinctes, confirmées à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, montrant des lésions multiples de démyélinisation.
- Des anomalies neurologiques bien définies, d'une durée de plus de six mois, confirmées à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux, montrant des lésions multiples de démyélinisation.
- Une seule attaque, confirmée par des IRM répétées du système nerveux, qui montrent de multiples

lésions de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Surdité

La surdité signifie la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus dans la limite d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Perte de la parole

La perte de la parole signifie la perte totale et irréversible de la capacité de parler à la suite d'une blessure physique ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Toutes les causes de nature psychiatrique.

Coma

Le coma est un état d'inconscience sans réaction à des stimuli externes ni réponse à des besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures, et pour laquelle le score de Glasgow doit être de quatre ou moins.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Un coma artificiel.

Brûlures graves

Par brûlures graves, on entend des brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Chirurgie aortique

La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une affection de l'aorte et qui nécessite l'excision de l'aorte et son remplacement par greffon. Par aorte, on entend l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

La prestation sera versée après une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Angioplastie.
- Interventions intra-artérielles.
- Interventions par cathéter percutané.
- Procédures non chirurgicales.

Tumeur cérébrale bénigne

La tumeur cérébrale bénigne est définie comme le diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou radiothérapique ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Adénomes pituitaires de moins de 10 mm.

Période d'exclusion :

Aucune prestation ne sera versée dans ces conditions si, dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne ou dans le cas d'une augmentation des montants, selon la dernière éventualité, la personne :

- Présente des signes ou des symptômes ou a subi des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue en vertu de la présente police), peu importe la date de l'établissement du diagnostic.
- Il obtient un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou exclue en vertu de la présente police).

Tout renseignement médical à propos du diagnostic ainsi que tout signe, symptôme ou examen ayant mené au diagnostic doit être signalé à la Canada Vie dans les six mois qui suivent la date du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans les délais prescrits, la Canada Vie a le droit de refuser toute demande de règlement pour la tumeur cérébrale bénigne ou pour toute maladie grave causée par la tumeur cérébrale bénigne ou par le traitement.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

On entend par remplacement ou réparation de valvules cardiaques le fait de subir une intervention chirurgicale pour remplacer toute valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique ou pour réparer des défauts ou des anomalies des valvules cardiaques. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

La prestation sera versée après une période de survie de 30 jours suivant la date de l'intervention chirurgicale.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Angioplastie.
- Interventions intra-artérielles.
- Interventions par cathéter percutané.
- Procédures non chirurgicales.

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie signifie une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités suivantes de la vie quotidienne pendant une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. Les activités de la vie quotidienne sont :

- Prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
- Se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou autres appareils avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
- Faire sa toilette – capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de s'en relever ainsi que d'assurer son hygiène personnelle avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
- Être continent – capacité de maîtriser les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle acceptable.
- Se mouvoir – capacité de se mettre au lit et d'en sortir, de s'asseoir sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de s'en relever, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

- Se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de membres

La perte de membres signifie la séparation complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville à la suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Maladie des motoneurones

La maladie des motoneurones signifie l'une des maladies suivantes :

- Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig).
- Sclérose latérale primitive.
- Atrophie musculaire progressive spinale.
- Paralysie bulbaire progressive.
- Paralysie pseudo-bulbaire.

Infection professionnelle par le VIH

L'infection professionnelle par le VIH signifie l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle dans le cadre de l'activité professionnelle normale de l'assuré, qui l'a exposé à des liquides organiques contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle ayant entraîné l'infection doit être survenue après la date d'entrée en vigueur de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation des montants, suivant la date d'entrée en vigueur de l'augmentation, selon la plus tardive des deux dates.

Le versement relatif à cet état nécessite le respect des conditions suivantes :

- La blessure accidentelle doit être signalée à la Canada Vie dans les 14 jours qui suivent la blessure accidentelle.
- Un test sérologique de dépistage du VIH doit être effectué dans les 14 jours qui suivent la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif.
- Un test sérologique de dépistage du VIH doit être effectué entre 90 jours et 180 jours après la blessure accidentelle, et le résultat doit être positif.
- Tous les tests de dépistage du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment agréé au Canada ou aux États-Unis.
- La blessure accidentelle doit avoir été signalée, étudiée et documentée conformément aux lignes directrices régissant les milieux de travail en vigueur au Canada ou aux États-Unis.

Précisons que les blessures non accidentelles, comprenant notamment la transmission sexuelle ou la consommation de drogues par voie intraveineuse (IV), ne répondent pas à la définition de l'infection professionnelle par le VIH.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- La personne a choisi de ne pas recevoir un vaccin homologué disponible offrant une protection contre le VIH.
- Un traitement homologué contre l'infection par le VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle.

Méningite bactérienne

Méningite bactérienne signifie une méningite confirmée par le liquide céphalorachidien qui montre une croissance de bactéries pathogènes en culture, entraînant un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours à partir de la date du diagnostic.

Aucune prestation ne sera versée dans les cas suivants :

- Méningite virale.

Anémie aplasique

L'anémie aplasique est une maladie chronique et persistante de la moelle osseuse, confirmée par une biopsie, qui provoque une anémie, une neutropénie et une thrombocytopénie nécessitant une transfusion de produits sanguins et un traitement de l'une des façons suivantes :

- Par des agents stimulants de la moelle osseuse.
- Par des médicaments immunosuppresseurs.
- Par une greffe de moelle osseuse.

Limitations générales relatives à l'assurance maladies graves

Aucune prestation ne sera versée pour une maladie grave résultant directement ou indirectement de l'un des éléments suivants, ou qui y sont associés :

- Blessure auto-infligée intentionnellement ou tentative de suicide, quel que soit l'état d'esprit de la personne et qu'elle ait ou non été en mesure de comprendre la nature et les conséquences de ses actes.
- Guerre, insurrection ou participation volontaire à une émeute.
- Participation à une infraction criminelle ou provocation d'une agression.
- Utilisation de toute drogue, substance toxique, intoxicante ou stupéfiante, sauf si elle est prescrite à la personne par un médecin autorisé et si elle est prise conformément aux instructions données par le médecin autorisé.
- Conduite d'un véhicule motorisé alors que l'alcoolémie est supérieure à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.
- Décès ou arrêt irréversible de toutes les fonctions du cerveau qui surviennent pendant la période d'attente pour le versement de la prestation.

DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE

Vous devez remplir deux formulaires de désignation de bénéficiaire : un pour l'assurance vie et l'assurance maladies graves (avec la Canada Vie) et un pour l'assurance décès et mutilation par accident (avec Chubb).

Veuillez noter que si vous désignez un mineur (moins de 18 ans) comme bénéficiaire, vous devrez également remplir la section sur la désignation du fiduciaire sur ces formulaires.

Vous trouverez les formulaires appropriés de désignation de bénéficiaire sur le site Accès des assurés de Cowan.

Pourquoi est-ce important?

L'envoi de ces formulaires permettra à la compagnie d'assurance de verser les prestations à vos bénéficiaires sans retarder le règlement de votre succession. Cela garantit également que votre succession ne sera pas réduite par des frais d'homologation supplémentaires et que l'argent de l'assurance sera versé à vos bénéficiaires en franchise d'impôt.

Si votre dossier chez Cowan ne contient pas de formulaire de désignation de bénéficiaire :

- Les prestations seront versées à votre succession et non pas directement aux bénéficiaires souhaités.
- Le paiement pourrait être retardé en vertu des règles et des lois régissant les successions.

Vous pouvez choisir d'obtenir un avis juridique pour mieux connaître les conséquences de la désignation de votre succession comme bénéficiaire.

Puis-je désigner plus d'un bénéficiaire pour une assurance en particulier?

Oui. Vous pouvez également choisir des bénéficiaires différents pour l'assurance vie, pour l'assurance maladies graves et pour l'assurance décès et mutilation par accident, selon vos besoins en matière de planification successorale.

Les désignations de bénéficiaires doivent être remplies à l'encre et dans la section appropriée, en précisant les noms et prénoms de vos bénéficiaires, ainsi que le pourcentage attribué à chaque personne. Si vous devez apporter des modifications, veuillez biffer et parapher la modification – le liquide correcteur n'est pas autorisé.

Comment puis-je vérifier les bénéficiaires à mon dossier?

Vous pouvez vérifier vos bénéficiaires désignés en vous connectant au site Accès des assurés de Cowan. N'oubliez pas que si vous vivez un événement marquant (comme si vous vous mariez, avez un bébé, etc.) – ou si vous souhaitez simplement changer vos bénéficiaires – vous pouvez envoyer de nouveaux formulaires de désignation de bénéficiaires à tout moment.

Bénéficiaire révocable ou irrévocable : quelle est la différence?

L'assuré peut changer un bénéficiaire révocable sans obtenir la signature du bénéficiaire, mais pour un bénéficiaire irrévocable, il faut obtenir la signature du bénéficiaire pour tout changement.

Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire irrévocable pour une assurance vie, vous devrez remplir un formulaire supplémentaire de la Canada Vie. Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire irrévocable pour l'assurance décès et mutilation par accident, il vous suffit d'écrire « irrévocable » sur le formulaire de Chubb et de le parapher.

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Fournisseurs des prestations

Couverture	Assureur/Fournisseur/Administrateur	Numéro de police
Soins de santé et dentaires, CGSS	• La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie)	• Services administratifs uniquement (SAU) police 50230
Assistance médicale mondiale	• La Canada Vie	• Police assurée 172530
Assurance vie : de base, facultative	• La Canada Vie • L'exonération des primes de l'assurance vie de base est auto-assurée auprès de la FENSÉO pour les invalidités postérieures au 1er septembre 2020, inclusivement. La Canada Vie assure l'exonération des primes de l'assurance vie de base pour toutes les incapacités antérieures à cette date	• Polices assurées 172530 et 172531
Assurance maladies graves facultative	• La Canada Vie	• Police assurée 172531GOCI
Assurance accidents : assurance décès et mutilation par accident de base, facultative	• Chubb du Canada compagnie d'assurance vie (Chubb Vie)	• Polices assurées AB10519401 et OE10519401
Groupe Assurance Cowan	• Tiers administrateur	
Cubic Health	• Gestion de l'autorisation préalable des médicaments de spécialité utilisés pour traiter des maladies complexes grâce au programme FACET	

Soumission des demandes de règlement

Pour garantir le remboursement de vos demandes admissibles, vous devez les soumettre dans les délais prescrits, sans quoi le paiement de votre demande peut être refusé.

Demande de règlement	Période de soumission	Fournisseur
Soins de santé et dentaires	• Vous pouvez soumettre des demandes de règlement en ligne pour les médicaments sur ordonnance, les services paramédicaux, les soins de la vue et les soins dentaires. Visitez le site Ma Canada Vie au travail • **Les demandes de règlement en ligne doivent être soumises au plus tard six mois** après que les frais aient été engagés • Pour les demandes de règlement en ligne, vous devez conserver votre reçu pendant 12 mois après la date de soumission de la demande de règlement à la Canada Vie comme preuve de la transaction, et vous devez la soumettre à la Canada Vie si elle en fait la demande • **Les demandes de règlement sur papier doivent être soumises au plus tard 15 mois** après que les frais aient été engagés • Pour obtenir des formulaires personnalisés : Ma Canada Vie au travail • Formulaires : Soins dentaires M445D, Soins de santé M635D	La Canada Vie
Comptes de gestion de soins de santé (CGSS)	• Vous pouvez soumettre les demandes du CGSS en ligne à Ma Canada Vie au travail • Les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard 91 jours civils (avant le 30 novembre) après la fin de l'année de régime au cours de laquelle les frais ont été engagés	La Canada Vie

Demande de règlement	Période de soumission	Fournisseur
Assurance vie	• Vous pouvez appeler Cowan au 1-888-330-4010 pour obtenir des renseignements et de l'aide afin de remplir les demandes de règlement pour l'assurance vie • Les demandes de règlement doivent être soumises au plus tard 15 mois après que les frais aient été engagés	La Canada Vie
Maladies graves	• Vous pouvez appeler Cowan au 1-888-330-4010 pour obtenir des renseignements et de l'aide afin de remplir les demandes de règlement pour l'assurance maladies graves • Les demandes de règlement doivent être soumises dès que possible, mais au plus tard six mois après la première des deux dates suivantes : la fin de la période de survie à la maladie grave (le cas échéant) ou la date de fin du régime	La Canada Vie
Assurance DMA	• Vous pouvez appeler Cowan au 1-888-330-4010 pour obtenir des renseignements et de l'aide afin de remplir les demandes de règlement pour l'assurance accidents • Avis de demande de règlement à Chubb Vie dans les 30 jours qui suivent la date de l'accident, le début de l'invalidité ou après la période de survie • La preuve de la demande de règlement doit être envoyée à Chubb Vie dans les 90 jours qui suivent la date de l'accident ou après la période de survie. Sinon, il faut fournir un avis ou une preuve dès qu'il est raisonnablement possible de le faire • En aucun cas Chubb Vie n'acceptera un avis de demande de règlement qui date de plus d'un an	Chubb Vie
Exonération des primes	• Vous devez demander l'exonération des primes dans les 12 mois qui suivent votre admissibilité. • Si vous pensez être admissible, communiquez avec Cowan au	• L'exonération des primes de l'assurance vie de base est auto-assurée auprès de la

Demande de règlement	Période de soumission	Fournisseur
	1 888 330-4010 ou à one-t@cowangroup.ca	FENSÉO et Cowan détermine votre admissibilité. Remarque : pour toute invalidité antérieure au 1er septembre 2020, la Canada-Vie détermine votre admissibilité à l'exonération des primes de l'assurance vie de base • La Canada-Vie détermine votre admissibilité à l'exonération des primes de l'assurance vie facultative • Chubb Vie détermine votre admissibilité à l'exonération des primes de l'assurance DMA

Coordination des prestations

Si vous et votre conjoint avez tous les deux des régimes d'avantages sociaux, vous pouvez coordonner vos prestations – même si vous êtes assurés en vertu du régime du CAEAS-ECAB – de sorte à retirer le maximum de votre couverture.

La coordination des prestations consiste simplement à faire parvenir une demande de règlement à votre régime d'abord, puis à celui de votre conjoint. Si votre conjoint est le demandeur, il doit d'abord transmettre la demande à son régime et ensuite au vôtre. Si la demande concerne un enfant à charge et que les deux parents sont couverts par les prestations, la demande peut être soumise :

1. Au régime du parent dont la date de naissance est antérieure dans l'année civile (mois/jour).
2. Puis au régime de l'autre parent. (Si les deux parents ont la même date de naissance, la priorité est établie selon l'ordre alphabétique des prénoms des parents.)

Il ne faut toutefois pas oublier que les demandes de règlement sont assujetties aux limites des frais raisonnables et habituels. La coordination des prestations augmentera votre remboursement global, mais en raison des limites des frais raisonnables et habituels, votre demande de règlement peut ne pas être remboursée à 100 %.

Fonctionnement de la coordination des prestations (CDP)

Jennifer est couverte par le régime d'avantages sociaux du CAEAS-ECAB. Elle achète une paire d'orthèses. Le régime du CAEAS-ECAB prévoit le remboursement des orthèses jusqu'à concurrence d'un maximum, mais le coût des deux orthèses de Jennifer est supérieur à cette limite, de sorte que le coût intégral n'est pas couvert.

↓

Mark (le mari de Jennifer) profite d'une couverture en matière d'orthèses sous le régime d'avantages sociaux de son employeur. Ni Jennifer ni Mark n'ont encore présenté de demande de règlement pour des orthèses cette année. Pour maximiser leur couverture, Jennifer pourrait :

↓

1. Soumettre une demande de règlement à son régime d'avantages sociaux Canada Vie en vue d'obtenir un remboursement, sous réserve des limites des frais raisonnables et habituels, jusqu'à concurrence du maximum prévu en vertu du régime; puis

→

2. Soumettre une demande de règlement au régime de Mark, afin d'obtenir un remboursement complémentaire. Si le régime de Mark est également souscrit auprès de Canada Vie, la demande de règlement sera assujettie aux mêmes limites des frais raisonnables et habituels, de sorte qu'il se pourrait que Jennifer ne puisse pas obtenir de remboursement complémentaire. Si le régime de Mark est souscrit auprès d'une autre société d'assurance, il se pourrait que les limites des frais raisonnables et habituels soient différentes.

Renseignements supplémentaires

Pour les **demandes concernant les médicaments**, le promoteur de votre régime vous fournira une carte d'identité pour les médicaments sur ordonnance. Présentez votre carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance ne soit exécutée, une vérification de la carte Assure sera effectuée. La carte Assure permet une série de sept vérifications électroniques de l'historique de vos demandes de règlement pour des médicaments, pour plus de sécurité et un meilleur contrôle de la conformité. Ces vérifications sont conçues pour améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles des personnes à votre charge.

Les vérifications portent sur :

- L'interaction entre les médicaments.
- La duplication d'ordonnances.
- La durée de la thérapie.

Ces vérifications permettent au pharmacien de réagir avant que le médicament ne soit délivré. Selon le résultat des vérifications, le pharmacien peut refuser de délivrer le médicament prescrit.

Les **demandes de règlement à l'étranger** (y compris pour les dépenses dans le cadre de l'assistance médicale mondiale) doivent être soumises à la Canada Vie dès que possible après que les frais aient été engagés. Il est très important d'envoyer immédiatement vos demandes de règlement à l'Unité des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie, car les délais des régimes d'assurance maladie des provinces ou des territoires sont très rigoureux.

Consultez le site GroupNet pour les participants au régime afin d'obtenir un formulaire personnalisé de demande de règlement (formulaire M5432, formulaire de demande de règlement : frais engagés à l'étranger). Vous devez également obtenir le formulaire de cession des prestations du gouvernement, et les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir le formulaire spécial d'autorisation de règlement par le gouvernement.

L'Unité des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie vous enverra les formulaires gouvernementaux appropriés, le cas échéant.

Vous devez remplir tous les formulaires pertinents, en y inscrivant tous les renseignements exigés. Joignez tous les reçus originaux et transmettez la demande à l'Unité des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie. Veillez à conserver une copie pour vos dossiers. Le régime remboursera toutes les demandes de règlement admissibles, y compris la partie du régime d'assurance maladie de votre province ou territoire. Votre régime d'assurance maladie provincial ou territorial remboursera ensuite au régime la partie des dépenses assumée par le gouvernement.

Les demandes de règlement des frais engagés à l'étranger doivent être soumises à l'intérieur d'une certaine période, qui varie selon la province ou le territoire. Pour connaître le délai de présentation des demandes de règlement applicable dans votre province ou territoire, ou pour toute autre question ou pour obtenir de l'aide afin de remplir un formulaire, veuillez communiquer avec la Canada Vie.

Là où les lois du Québec s'appliquent, toute prestation de décès sera versée dans les 30 jours qui suivent la réception par la Canada Vie des preuves exigées. Toutes les autres prestations seront versées dans les 60 jours qui suivent la réception par la Canada Vie des preuves exigées.

Date d'engagement des frais

- Aux fins de tous les calculs effectués en vertu de la garantie de soins de santé, les frais pour les services et les fournitures sont considérés comme étant engagés lorsque la personne les reçoit.
- Aux fins de tous les calculs effectués en vertu de la garantie de soins dentaires, les frais autres que les frais d'orthodontie sont considérés comme étant engagés lorsque le traitement est terminé.
- Les frais d'orthodontie sont considérés comme étant engagés sur une base périodique tout au long du traitement.

Responsabilité à l'égard des prestations

Les fiduciaires de la FENSÉO ont conclu un accord avec La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie en vertu duquel les prestations de soins de santé (autres que l'assistance médicale mondiale) et de soins dentaires décrites dans la présente brochure ne sont pas assurées et les fiduciaires de la FENSÉO en sont responsables. De plus, l'exonération des primes de l'assurance vie de base est auto-assurée auprès de la FENSÉO pour toute invalidité postérieure au 1er septembre 2020. Toute exonération des primes de l'assurance vie de base attribuable à une invalidité antérieure à cette date est assurée par la Canada-Vie.

Cela signifie que les prestations de soins de santé (autres que l'assistance médicale mondiale), de soins dentaires et de l'assurance vie de base sont :

- Une obligation financière non garantie et sont payables à même les revenus nets, bénéfices non répartis ou autres ressources financières des fiduciaires de la FENSÉO.
- Non souscrites par un assureur autorisé ou un assureur réglementé. Toutes les demandes de règlement seront toutefois traitées par la Canada Vie.

Si la loi de la Colombie-Britannique s'applique, la remise de cet avis exempte les fiduciaires de la FENSÉO des exigences de la Financial Institutions Act (Loi sur les institutions financières) de la Colombie-Britannique.

Si la loi du Québec s'applique, toute communication que vous recevrez de la Canada Vie concernant une prestation non assurée indiquera que celle-ci n'est pas sous la supervision et le contrôle de l'Autorité des marchés financiers.

Dans le cas des garanties assurées, le rôle du promoteur de régime se limite à vous fournir des renseignements et non des conseils.

Action en justice

Garanties assurées : Toute action ou procédure contre un assureur pour le recouvrement des sommes d'assurance payables en vertu du contrat est absolument interdite, sauf si elle est engagée dans les délais prévus par la *Insurance Act* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour les actions ou procédures régies par les lois du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour les actions ou procédures régies par les lois de l'Ontario) ou par toute autre législation applicable.

Pour les actions ou procédures régies par les lois du Québec, le délai de prescription est fixé par le Code civil du Québec.

Garanties non assurées : Aucune action en justice visant à recouvrer des prestations non assurées au titre de ce régime ne peut être introduite pendant 60 jours après la présentation de la demande de règlement, ou plus de deux ans après qu'une garantie a été refusée.

Appel de la décision de la Canada Vie

Prestations assurées : Vous avez le droit de faire appel d'un refus par la Canada Vie de la totalité ou d'une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat, à condition de le faire dans l'année qui suit le refus initial de l'assurance ou d'une prestation. L'appel doit être fait par écrit et indiquer les raisons pour lesquelles vous estimez que le refus est injustifié.

Prestations non assurées : Vous avez le droit de faire appel d'un refus par la Canada Vie de la totalité ou d'une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat, à condition de le faire dans les deux années qui suivent le refus. L'appel doit être fait par écrit et indiquer les raisons pour lesquelles vous estimez que le refus est injustifié.

Si vous croyez avoir raison de faire appel, communiquez d'abord avec la Canada Vie. Si le problème n'est pas résolu, votre plainte sera transmise à un niveau supérieur pour un examen plus approfondi. Si vous devez présenter votre recours par écrit, il sera adressé à l'ombudsman, dont l'adresse postale figure à la dernière page de cette brochure.

Les appels concernant les décisions relatives aux demandes d'autorisation préalable pour les médicaments doivent être effectués directement par l'intermédiaire du programme d'autorisation préalable FACET de Cubic. Pour qu'un appel soit pris en considération, il doit y avoir un changement important dans les renseignements médicaux fournis dans la demande de règlement initiale qui justifie un réexamen, ou une preuve médicale d'un changement dans l'état de médication sous-jacent depuis le moment de la soumission initiale de la demande d'autorisation préalable.

Le régime n'examinera aucun appel concernant les médicaments non couverts.

Appel de la décision à la FENSÉO

Si après avoir épuisé tous les recours auprès de nos fournisseurs, vous n'êtes pas entièrement satisfait, vous pouvez en appeler de la décision auprès de la FENSÉO.

Par exemple,

- Pour un recours lié à une demande de règlement, vous devez déjà avoir présenté votre demande initiale de réexamen dans le cadre de la procédure d'appel de la Canada Vie.
- Pour les recours relatifs à l'autorisation préalable d'un médicament, vous devez déjà avoir présenté votre demande initiale de réexamen à Cubic.
- Pour les recours liés à l'admissibilité d'une demande, vous devez déjà avoir présenté votre demande de réexamen à Cowan.

Vous ne pouvez interjeter un appel auprès de la FENSÉO qu'*après* avoir suivi les étapes ci-dessus. Vous trouverez tous les détails de cette politique et le formulaire d'appel des demandes de règlement sur le site Web de la FENSÉO.

Limitation relative aux paiements en trop

Prestations assurées : Si des prestations qui n'étaient pas payables au titre de la police sont versées, vous êtes tenu de les rembourser dans les six mois qui suivent l'envoi par la Canada Vie d'un avis de paiement excédentaire, ou dans un délai plus long si la Canada Vie y consent par écrit. Si vous ne vous acquittez pas de cette obligation, aucune autre prestation ne sera versée au titre de la police tant que le paiement excédentaire n'aura pas été récupéré. Cela ne limite pas le droit de la Canada Vie d'utiliser d'autres moyens légaux pour récupérer le paiement excédentaire.

Prestations non assurées : Si des prestations sont versées en trop, vous êtes tenu de les rembourser dans les six mois, ou dans un délai plus long si le promoteur de votre régime y consent. Si vous ne vous acquittez pas de cette obligation, les prestations ultérieures seront retenues jusqu'à ce que le paiement excédentaire soit récupéré. Cela ne limite pas le droit du promoteur de votre régime d'utiliser d'autres moyens légaux pour récupérer le paiement excédentaire.

Protection de vos renseignements personnels

Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par la Canada Vie. La Canada Vie peut faire appel à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Ainsi, la Canada Vie limite l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier uniquement au personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par la Canada Vie qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches, aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Vos renseignements personnels peuvent faire l'objet d'une divulgation aux personnes autorisées en vertu de la loi applicable au Canada ou à l'étranger.

La Canada Vie utilise les renseignements personnels pour gérer le régime d'avantages sociaux collectif dont vous bénéficiez. Cela comprend de nombreuses tâches comme :

- Établir votre admissibilité à la couverture en vertu du régime.
- Vous inscrire au régime.
- Examiner et évaluer vos demandes de règlement et verser les prestations.
- Gérer vos demandes de règlement.
- Vérifier votre admissibilité et vos demandes de règlement.
- Créer et tenir à jour les dossiers concernant notre relation.
- Exécuter les activités liées à la souscription, comme déterminer le coût du régime et analyser les options offertes dans le régime.
- Préparer les rapports réglementaires, comme les relevés d'impôt.

Les fiduciaires de la FENSÉO ont conclu un accord avec la Canada Vie en vertu duquel ils ont la responsabilité financière d'une partie ou de la totalité des prestations du régime, et la Canada Vie traite les demandes de règlement en leur nom. Les deux parties peuvent échanger des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins de santé, l'administrateur de votre régime, des compagnies d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des prestations gouvernementales ou d'autres programmes de prestations, d'autres organisations ou fournisseurs de services travaillant avec nous ou avec les personnes susmentionnées, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour administrer le régime.

À titre d'assuré, vous êtes responsable des demandes de règlement soumises. Nous pouvons échanger des renseignements personnels avec vous et une personne agissant en votre nom lorsque cela est pertinent et nécessaire pour confirmer la couverture et gérer les demandes de règlement soumises.

Vous pouvez demander d'avoir accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier, ou de les faire corriger. Une demande d'accès ou de correction doit être faite par écrit et envoyée à l'un des bureaux de la Canada Vie ou à notre siège social. Pour obtenir une copie des Normes de confidentialité, ou si vous avez des questions au sujet des politiques et des pratiques en matière de renseignements personnels (notamment en ce qui concerne les fournisseurs de services), écrivez au Chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez le site https://www.canadalife.com/fr.html.

GLOSSAIRE

Année de régime

L'année de régime commence le 1er septembre de chaque année et prend fin le 31 août de l'année suivante.

Autorisation préalable

L'autorisation préalable est un processus visant à garantir que vous-même ou la personne à votre charge avez satisfait aux critères d'admissibilité établis et tenus à jour par Cubic Health Inc. pour le médicament dont vous tentez d'obtenir la couverture.

Compte de gestion de soins de santé (CGSS)

Un compte de gestion de soins de santé (CGSS) est un compte par lequel vous pouvez être remboursé pour des frais liés aux soins de santé et dentaires jusqu'à concurrence d'un crédit annuel prédéterminé . Ces crédits peuvent être utilisés pour compléter la couverture de vos prestations.

Conjoint

Votre conjoint est soit une personne avec laquelle vous êtes légalement marié, soit votre conjoint de fait (peu importe le sexe) qui vit avec vous dans une relation conjugale depuis au moins 12 mois, soit votre conjoint de fait sans période minimale de cohabitation si vous êtes tous deux les parents d'un même enfant naturel ou adopté.

Contribution maximale

La partie des frais admissibles que vous payez est considérée comme des frais à payer de votre poche. Une fois que vous avez atteint la contribution maximale, le remboursement est de 100 % des frais admissibles, jusqu'à ce que vous atteigniez les limites de la couverture. Une contribution maximale s'applique aux frais remboursables dans la province pour les médicaments figurant sur la Liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec si vous résidez au Québec (liste provinciale des médicaments remboursés). La contribution maximale ne s'applique pas aux frais de médicaments engagés à l'extérieur du Québec.

Coordination des prestations (CDP)

La coordination des prestations consiste à soumettre une demande de règlement à votre régime d'abord, puis à celui de votre conjoint afin de couvrir tous les montants non totalement couverts par le régime du CAEAS-ECAB.

Employeur

L'employeur s'entend d'un employeur participant membre de la FENSÉO, la Fiducie des employées/employés non syndiqués en éducation de l'Ontario, qui a accepté de verser des cotisations au promoteur de régime pour la couverture des participants au titre du régime.

ETP

ETP signifie équivalent temps plein et il s'agit de la base utilisée pour calculer le montant du financement que nous recevons pour contribuer à payer vos prestations. L'ETP des employés à temps plein est de 1 et leur cotisation au régime est égale à 5 % des primes. L'ETP des employés à temps partiel est inférieur à 1 et le calcul de la cotisation est établi en fonction du pourcentage des heures travaillées.

Exonération des primes

Une demande présentée qui, si elle est approuvée, signifiera que vous pourriez être exonéré par la Canada Vie (et/ou Chubb) des primes que vous payez pour l'assurance vie ou l'assurance décès et mutilation par accident pour vous ou pour les personnes à votre charge lorsque êtes en congé d'invalidité de longue durée. Cet avantage peut dépendre de la date à laquelle vous êtes devenu invalide. Pour que votre demande soit prise en compte, vous devez la soumettre dans les délais fixés. Pour de plus amples renseignements, veuillez vous reporter à la section pertinente de l'Assurance vie et de l'Assurance DMA.

Frais raisonnables et habituels

Les frais raisonnables et habituels correspondent à la moyenne des frais demandés pour des services et fournitures dans une région en particulier. Tous les services et fournitures couverts par le régime du CAEAS-ECAB doivent représenter un traitement raisonnable – c'est-à-dire qu'ils doivent être acceptés par la profession médicale canadienne, avoir fait la preuve de leur efficacité et être d'une forme, d'une intensité, d'une fréquence et d'une durée essentielles pour diagnostiquer ou gérer une maladie ou une blessure. Certains fournisseurs de soins paramédicaux et de services médicaux comme les massothérapeutes ou les physiothérapeutes peuvent exiger des frais plus élevés, ce qui entraîne une hausse des coûts du régime. Les limites des frais raisonnables et habituels sont importantes pour éviter que les demandes de règlement payées par le régime soient excessives, et elles contribuent également à réduire la probabilité de fraude à l'assurance.

Franchise

Une franchise est un montant précis que vous-même ou la personne à votre charge devez payer avant que la compagnie d'assurance ne vous rembourse.

Guide des tarifs dentaires

Il s'agit du guide des tarifs décrivant le coût type des soins dentaires fournis par les dentistes généralistes, et publié par l'association dentaire de votre province de résidence.

Hôpital

Un hôpital est un établissement qui :

- Est juridiquement appelé un hôpital.
- Est ouvert en permanence.
- Offre l'hospitalisation aux patients admis.
- Dispose d'un personnel composé d'un ou de plusieurs médecins disponibles en permanence.
- Fournit en permanence des soins infirmiers prodigués par un personnel infirmier autorisé.

Maison de repos

Une maison de repos est un établissement ou une partie d'un établissement qui :

- Offre l'hospitalisation aux patients admis.
- Dispose d'un personnel composé d'un ou de plusieurs médecins disponibles en permanence.
- Fournit en permanence des soins infirmiers prodigués sous la supervision d'infirmiers professionnels.

Les établissements considérés principalement comme des résidences pour personnes âgées ou qui fournissent des soins personnels plutôt que médicaux ne sont pas inclus.

Personne à charge

Une personne à charge admissible est une personne qui réside au Canada et qui est votre conjoint de droit ou de fait.

Vos enfants non mariés sont également considérés comme des personnes à charge s'ils ont moins de 21 ans, ou de 26 ans s'ils étudient à temps plein. Les enfants admissibles doivent résider au Canada ou résider habituellement au Canada s'ils étudient temporairement à l'extérieur du Canada.

Également, les enfants qui ne peuvent pas subvenir à leurs besoins en raison d'un trouble physique ou mental sont considérés comme des personnes à charge et couverts sans limite d'âge si le trouble a commencé avant l'âge de 21 ans ou de 26 ans dans le cas des étudiants et persiste depuis cette date.

Preuve d'assurabilité

Preuve de bonne santé jugée satisfaisante par l'assureur.

Promoteur du régime

Le promoteur du régime est le conseil des fiduciaires de la FENSÉO/ONE-T

Soins infirmiers

Le régime couvre les soins infirmiers à domicile fournis au Canada. Les soins infirmiers sont des soins qui :

- Requièrent les compétences et la formation d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé.
- Sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas un membre de la famille du patient.
- Dont la couverture est limitée au nombre d'heures et au niveau de compétence nécessaires pour fournir chaque service infirmier essentiel. Les restrictions applicables à la délivrance des permis seront reconnues pour déterminer le niveau de compétence nécessaire.

FENSÉO
Fiducie des employées/employés non-syndiqués en éducation de l'Ontario

VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU BESOIN D'AIDE?

À qui s'adresser	
Renseignements généraux sur les prestations	• www.fenseo.ca

Questions sur la couverture et les demandes de règlement	• La Canada Vie :
	  • pour obtenir de l'aide concernant votre couverture des soins de santé et dentaires, veuillez appeler au 1-866-800-8086 ou vous rendre sur Ma Canada Vie au travail
	  • pour obtenir de l'aide concernant votre compte de gestion de soins de santé, veuillez appeler au 1-877-883-7072 ou vous rendre sur Ma Canada Vie au travail

Questions sur l'adhésion et l'admissibilité	• Cowan au 1-888-330-4010 ou one-t@cowangroup.ca
Relevé des prestations personnelles	• Site web de Cowan
Plaintes et préoccupations (la Canada Vie)	• Par téléphone au 1-866-292 7825 • Par télécopieur au 1-855-317-9241 • Par courriel à : ombudsman@canadavie.com • Par la poste à : Ombudsman 255, avenue Dufferin London (Ontario) N6A 4K1 • Vous pouvez obtenir des renseignements supplémentaires sur la façon de transmettre une plainte à https://www.canadalife.com/fr/soutien/information-consommateurs/plaintes-clients-ombudsman.html

Mise à jour - septembre 2026