Ville de Gatineau

Numéro de l'exposé de régime : G0119099

Numéro de la police d'assurance collective : G0119097

Régime AA : Employés actifs
Régime AB : Employés actifs de l'ancienne Ville de Gatineau
Régime AC : Employés actifs de plus de 65 ans
Régime AD : Employés actifs de l'ancienne Ville de Gatineau de plus de 65 ans
Régime AE : Employés actifs sans invalidité de longue durée
Régime DA : Pompiers actifs
Régime DB : Pompiers actifs de l'ancienne Ville de Gatineau
Régime DC : Pompiers actifs de plus de 65 ans
Régime DD : Pompiers actifs de l'ancienne Ville de Gatineau de plus de 65 ans

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

Date d'effet de la police d'assurance collective : 1er janvier 2020

Brochure produite le 30 avril 2020

Table des matières

Renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux 3

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance 4

Qui peut bénéficier de la couverture? 11
Admissibilité 11
Preuve d'assurabilité 11
Adhésion tardive 11
Date d'effet de la couverture 12

Traitement des demandes de règlement 13
Comment présenter une demande de règlement 13
Exigences concernant la présentation des demandes de règlement 13
Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires 14

Cessation de l'assurance 16
Cessation de l'assurance 16

Vos avantages sociaux 17
Assurance vie 17
Décès et mutilation accidentels 20
Soins médicaux complémentaires 29
Soins dentaires 52
Compte de crédits-santé 57
Prolongation de la couverture des survivants 58
Invalidité de longue durée 58

Notes 64

Renseignements importants sur votre régime d'avantages sociaux

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

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

a) la police;

b) votre demande d'adhésion au régime; et

c) toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

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

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

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

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

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

Accident

Situation ou événement inattendu ou imprévu supposant une force externe entraînant une perte ou une blessure, indépendamment de toutes les autres causes

Année courante

Année d'émission de la police d'assurance collective.

Autorisation préalable

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

Autorisé, diplômé

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

Clinique de désintoxication

Clinique spécialisée pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

Congé autorisé

Période d'absence du travail pour laquelle les dates sont fixées soit par la loi, soit au titre d'une entente conclue entre votre employeur et vous. Les congés autorisés comprennent les congés de maternité et les congés parentaux.

Congé de maternité

Période officielle de congé de maternité à laquelle la salariée a droit en vertu des lois auxquelles l'employeur est assujetti ou toute période plus longue conforme aux pratiques habituelles de votre employeur.

Pour l'application du présent régime, le congé de maternité sera réputé commencer à la première des dates suivantes :

a) la date dont ont convenu l'employeur et la salariée; et

b) la date de la naissance de l'enfant.

Congé parental

Période officielle de congé pour soins d'enfant prévue par la loi régissant votre employeur ou toute période plus longue conforme aux pratiques habituelles de votre employeur

Dentiste

Docteur en médecine dentaire légalement autorisé à pratiquer à l'endroit où sont fournis les services

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Diligence raisonnable

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

Distributeurs exclusifs

Fournisseurs approuvés par Manuvie.

Effectivement au travail

Le fait de travailler à temps plein au service du titulaire de police ou de toute société, et ce, au lieu de votre travail habituel.

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

Employeur

Le titulaire de police ou toute société affiliée

Équivalent moins cher

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

Frais couverts

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

Frais raisonnables et habituels

Le moins élevé des montants suivants :

a) le prix courant qui, selon Manuvie, est demandé pour un service ou un article identique ou comparable dans la région où les frais sont engagés;

b) le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente; ou

c) le prix maximal fixé par la loi applicable.

Franchise

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

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Hôpital

Établissement légalement autorisé dont le but est de fournir des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées qui y sont hospitalisées, et :

a) qui a droit à des subventions au titre du régime d'hospitalisation provincial;

b) qui possède les installations nécessaires au diagnostic, à la chirurgie majeure et à la réadaptation;

c) qui fournit 24 heures sur 24 les services d'infirmières ou d'infirmiers diplômés et qui dispose en tout temps des services d'un médecin;

d) qui n'est pas principalement une maison de santé, une maison de repos ou un centre de soins et de traitement pour personnes âgées, aveugles ou sourdes; et

e) qui n'est pas principalement un centre de soins et de traitement pour alcooliques, toxicomanes ou handicapés mentaux, à moins qu'il ne s'agisse d'un établissement admissible à des subventions au titre du régime d'hospitalisation provincial.

Aux fins du présent régime, les lits de malades chroniques d'un hôpital ne sont pas réputés faire partie de l'hôpital.

Invalidité totale ou totalement invalide

Dans le cas de l'assurance vie et de l'assurance Invalidité de longue durée

Restriction ou incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de :

a) votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des trois années suivantes;

b) tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez raisonnablement acquérir, après la période de trois ans précisée ci-dessus.

Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.

Si vous devez avoir un permis de l'État pour pouvoir accomplir votre travail, vous n'êtes pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis vous est retiré ou n'est pas renouvelé.

Maximum des frais d'exécution d'ordonnance

La prestation maximale pouvant être versée au titre du présent régime pour les frais d'exécution d'ordonnance

Maximum sans attestation médicale

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

Médecin

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

Médicament

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

Médicament interchangeable

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

a) tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province où l'ordonnance est exécutée; ou

b) un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par Manuvie.

Médicaments de soutien vital

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

Méthode de traitement expérimentale

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

Mise à pied d'une durée indéterminée

Période de mise à pied du salarié à l'égard de laquelle aucune date de rappel n'a été fixée

Mise à pied temporaire

Période de mise à pied du salarié à l'égard de laquelle une date de rappel a été fixée

Naissance

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

Nécessaire du point de vue médical

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

Observance thérapeutique

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

Organisme consultatif

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

Période d'attente

Période continue d'invalidité totale, commençant le premier jour de l'invalidité totale, que vous devez accomplir pour avoir droit à des prestations d'invalidité.

Période probatoire

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

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Période de survie

Période de 30 jours sans maintien de vie artificiel, suivant le diagnostic d'une condition couverte, dans la garantie Décès et Mutilation Accidentels.

Personne à charge

Votre conjoint ou enfant assuré au titre du régime provincial.

- Conjoint

Votre conjoint légitime, ou une personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins 12 mois ou avant s'il y a une naissance ou l'adoption d'un enfant.

Un seul conjoint est admissible à l'assurance, soit celui que vous avez indiqué sur votre demande d'adhésion. Si ce renseignement ne figure pas sur votre demande, la personne répondant en dernier à la définition de conjoint de la présente police est considérée comme le conjoint admissible.

- Enfant

Un enfant naturel ou adopté ou un enfant du conjoint qui :

a) n'est pas marié;

b) est âgé de moins de 21 ans ou de moins de 26 ans s'il est un étudiant à temps plein;

c) ne travaille pas à temps plein; et

d) n'est pas admissible à l'assurance à titre de salarié aux termes du présent régime ou de tout autre régime d'avantages sociaux.

Un nouveau-né est admissible à la couverture dès sa naissance.

Pour être admissible, l'enfant du conjoint doit habiter avec vous.

Un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle sa couverture arriverait normalement à échéance continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit être assuré par le présent régime d'avantages sociaux immédiatement avant cette date.

L'enfant est considéré comme atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'un handicap physique ou mental, il dépend de vous pour ses besoins et sa subsistance.

Manuvie peut exiger une preuve par écrit de l'état de santé de la personne à charge aussi souvent que cela s'avérera raisonnablement nécessaire.

Pharmacoéconomie

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

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Pourcentage de remboursement

Pourcentage des frais couverts qui est payable par Manuvie.

Proche parent

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

Programme de réadaptation professionnelle

Formation ou programme de placement visant à aider le salarié atteint d'invalidité à réintégrer son poste ou à se trouver un autre emploi rémunérateur

Programmes d'aide aux patients

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

Programmes de gestion des maladies

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

Régime antérieur

Police collective antérieure qui couvrait la totalité ou certaines des personnes assurées par le présent régime et qui a été résiliée au cours des 31 jours précédant la date d'effet du présent régime

Régime provincial

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

Rémunération

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

Régimes AA, AB, AC, AD et AE

Dans le cas des élus municipaux, la rémunération inclus les allocations de dépenses non imposables et de la rémunération régulière pour occuper un poste de direction au sein d'une commission municipale.

Tous les Régimes

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

Rémunération nette

Votre rémunération, moins les retenues normales faites aux fins de l'impôt fédéral et de l'impôt provincial.

Définition de termes fréquemment utilisés en assurance

Salarié

Personne qui :

a) travaille à temps plein directement pour l'employeur et occupe un poste permanent;

b) reçoit une rémunération de l'employeur; et

c) est domiciliée au Canada.

Dans le cas des garanties maintenues en vigueur après le départ à la retraite, le terme « salarié » englobe aussi le salarié retraité.

Salle

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

Variation de l'indice des prix à la consommation

Changement touchant l'indice des prix à la consommation pour le Canada, d'après les chiffres publiés par le gouvernement du Canada, pour la période de 12 mois se terminant le 30 septembre de chaque année.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Admissibilité

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

a) soyez un salarié actif à temps plein de la Ville de Gatineau et travaillez au moins 20 heures par semaine;

b) n'ayez pas atteint l'âge de cessation; et

c) soyez domicilié au Canada.

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

Preuve d'assurabilité

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

Pour toutes les garanties sauf les garanties Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires, une attestation médicale est également nécessaire en cas de demande d'adhésion tardive pour toute personne.

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

Adhésion tardive

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

a) présentez une demande d'adhésion à l'expiration de la période d'admissibilité de 31 jours; ou

b) demandez la remise en vigueur d'une assurance qui avait été annulée précédemment.

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

a) vous présentez votre demande plus de 31 jours après la cessation de l'assurance au titre du régime de votre conjoint; ou

b) vous présentez une demande et l'assurance au titre du régime de votre conjoint est toujours en vigueur.

Qui peut bénéficier de la couverture?

Date d'effet de la couverture

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

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

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

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

L'assurance des personnes à votre charge n'entrera pas en vigueur avant la date d'effet de votre assurance. Toutefois, l'assurance vie facultative des personnes à charge peut quand même entrer en vigueur si l'assurance vie facultative du salarié vous est refusée, *dans le cas des Régimes AA, AB, AE, DA et* DB.

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

Comment présenter une demande de règlement

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

En ligne (s'il y a lieu)

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

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

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

Par la poste

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

Les formulaires de demandes de règlement sont accessibles à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective ou auprès de l'administrateur de votre régime.

Exigences concernant la présentation des demandes de règlement

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

a) 90 jours suivant la date du sinistre, dans le cas des demandes de prestation d'assurance vie ou d'assurance Décès et mutilation accidentels;

b) *Régimes AA, AB, DA et DB,* 180 jours suivant la fin de la période d'attente, dans le cas des demandes de prestations d'invalidité ou d'exonération de la prime; et

c) 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés, dans le cas des demandes de règlement présentées au titre des garanties Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires, pendant que l'assurance prévue par le régime est en vigueur. À la cessation de l'assurance d'une personne au titre du présent régime, une preuve attestant que des prestations sont payables au titre des garanties Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires devra être présentée :

   i) dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés; ou

   ii) dans les 90 jours qui suivent la date de cessation de l'assurance, selon la première éventualité.

Traitement des demandes de règlement

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

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

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

Pour présenter une demande de règlement au titre de la garantie Soins dentaires, vous devez remplir le formulaire standard de demande de règlement de soins dentaires si votre dentiste ne peut la transmettre électroniquement.

Régimes AA, AB, DA et DB

Pour présenter une demande de prestation d'invalidité, vous devez remplir la Déclaration du participant –ILD et faire remplir la déclaration correspondante par votre médecin : Déclaration du médecin traitant - ILD (dans le cas de l'invalidité de longue durée) ou Déclaration du médecin traitant - Demande d'exonération des primes (dans le cas de l'exonération de la prime).

Coordination des prestations – Soins médicaux complémentaires et Soins dentaires

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

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

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

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

Pour obtenir davantage de précisions sur la coordination des prestations, rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective.

Désignation d'un bénéficiaire

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

Régimes AA, AB, AE, DA et DB

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

Régimes AC, AD, DC et DD

Manuvie n'accepte pas de désignations de bénéficiaire pour d'autres garanties que l'assurance vie du salarié et l'assurance décès et mutilation accidentels.

Délai prescrit pour les actions en justice

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

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

Cessation de l'assurance

Cessation de l'assurance

Votre assurance prendra fin à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle vous cessez d'être un salarié admissible;

b) la date à laquelle vous cessez d'être effectivement au travail, à moins que la police d'assurance collective ne prévoie la prolongation de votre couverture;

c) la date à laquelle votre employeur met fin à votre couverture;

d) la date de votre entrée à temps plein dans les forces armées de tout pays;

e) la date de résiliation de la police d'assurance collective ou de cessation de la couverture de la division à laquelle vous appartenez;

f) la date à laquelle vous atteignez l'âge de cessation; ou

g) la date de votre décès.

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

Assurance vie

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

Renseignements sur la garantie

Assurance vie du salarié

Tous les Régimes

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

Montant d'assurance

Régimes AC et DC – une fois votre rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $

Régimes AA, AD, AE, DA et DD – deux fois votre rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $

Régimes AB et DB – quatre fois votre rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $

Maximum sans attestation médicale – 1 000 000 $

Réduction de l'assurance

Régimes AA, AB, AE, DA et DB – votre assurance est réduite de 50 % à 65 ans.

Âge de cessation – votre assurance prend fin au départ à la retraite.

Assurance vie facultative du salarié

Régimes AA, AB, AE, DA et DB

Montant d'assurance – multiples de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 200 000 $

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance.

Âge de cessation – votre assurance prend fin le premier du mois suivant 65 ans.

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

Régimes AA, AB, DA et DB

Période d'attente pour l'exonération de la prime – 3 jours ouvrables plus 17 semaines en cas d'accident, d'hospitalisation ou de maladie. Le délai de 17 semaines fait référence aux 17 semaines de prestations payables par la Ville de Gatineau dans le cadre de la continuation salariale.

Exclusion relative à l'assurance vie facultative

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins de 12 mois.

Pour les personnes à votre charge :

Tous les Régimes

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

Montant d'assurance

Régimes AC, AD, DC et DD – 5 000 $ pour le conjoint; 2 500 $ pour chaque enfant à charge

Régimes AA, AB, AE, DA et DB – 10 000 $ pour le conjoint; 5 000 $ pour chaque enfant à charge

Réduction de l'assurance

Régimes AA, AB, AE, DA et DB – votre assurance est réduite de 50 % à 65 ans (âge du salarié).

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Montant d'assurance facultative

Régimes AA, AB, AE, DA et DB

- Conjoint – multiples de 10 000 $, jusqu'à concurrence de 200 000 $

- Enfant – multiples de 5 000 $, jusqu'à concurrence de 50 000 $

Maximum sans attestation médicale – une attestation médicale est exigée pour tout montant d'assurance à l'égard du conjoint.

Période d'attente pour l'exonération de la prime – même période que l'assurance vie du salarié

Âge de cessation – le premier du mois suivant 65 ans (âge du salarié)

Exclusions

Dans le cas d'un suicide, aucun montant ne sera versé au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins de 12 mois.

Désignation d'un bénéficiaire (toutes les garanties)

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès de l'administrateur de votre régime.

Exonération de la prime

Régimes AA, AB, DA et DB

Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant 60 ans, *dans le cas des Régimes DA et DB*, et avant 65 ans*, dans le cas des Régimes AA et AB*, ou avant votre départ à la retraite, et si vous répondez aux critères d'admissibilité précisés ci-dessous, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.

- Exception

Si vous n'avez pas adhéré à l'assurance vie facultative, la clause Exonération de la prime ne peut pas s'appliquer à l'assurance vie facultative de votre conjoint, sauf si :

a) au moment de l'adhésion de votre conjoint à l'assurance vie facultative des personnes à charge, vous avez présenté à Manuvie une attestation médicale pour vous-même; et

b) Manuvie a accepté votre attestation médicale.

Critères d'admissibilité

Pour avoir droit à l'exonération de la prime, vous devez répondre aux critères suivants :

a) vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période, mais le redevenez dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide;

b) Manuvie doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure vous rend totalement invalide, tel qu'il est défini dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance;

c) vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon Manuvie.

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

Cessation de l'exonération de la prime

L'exonération de la prime prend fin à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale, tel qu'il est défini dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance;

b) la date à laquelle vous négligez de fournir à Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure vous rend totalement invalide, tel qu'il est défini dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance;

c) la date à laquelle vous n'êtes plus suivi par un médecin et ne recevez plus les soins et les traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon Manuvie;

d) la date à laquelle vous ne vous présentez pas à un examen devant être effectué par une personne choisie par Manuvie;

e) la date de votre décès;

f) *Régimes DA et DB*, la date de votre 60e anniversaire de naissance ou au départ à la retraite; ou

g) *Régimes AA et AB*, la date de votre 65e anniversaire de naissance ou au départ à la retraite.

Invalidité récidivante

Si vous êtes de nouveau atteint d'invalidité totale au cours des six mois suivant la cessation de l'exonération des primes, et que votre invalidité soit attribuable aux mêmes causes ou à des causes connexes ayant ouvert droit à l'exonération des primes au titre de la présente garantie, vous ne serez pas tenu d'accomplir la période d'attente.

Le montant d'assurance dont les primes faisaient l'objet d'une exonération sera rétabli.

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de six mois suivant la cessation de votre exonération de primes, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Droit de transformation

Tous les Régimes

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

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

Décès et mutilation accidentels

Renseignements sur la garantie

Pour vous :

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

Décès et mutilation accidentels

Montant d'assurance

Régimes AC et DC – une fois votre rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $

Régimes AA, AD, AE, DA et DD – deux fois votre rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $

Régimes AB et DB – quatre fois votre rémunération annuelle, jusqu'à concurrence de 1 000 000 $

Période d'attente pour l'exonération de la prime

Régimes AA, AB, DA, DB

3 jours ouvrables plus 17 semaines en cas d'accident, d'hospitalisation ou de maladie. Le délai de 17 semaines fait référence aux 17 semaines de prestations payables par la Ville de Gatineau dans le cadre de la continuation salariale.

Âge de cessation – votre assurance prend fin le premier du mois suivant 70 ans, et dans le cas des *Régimes AA, AB*, *AE, DA et DB ,* à l'exception de l'Assurance maladies graves qui prend fin à 65 ans.

Tableau des pertes

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

a) résulte directement d'une blessure accidentelle;

b) survienne dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle; et

c) soit totale et irréversible ou irrémédiable.

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

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

• Décès	100 %
• Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
• Perte de la vue des deux yeux	100 %
• Perte de l'usage ou perte d'une main et d'un pied	100 %
• Perte d'une main et de la vue d'un œil	100 %
• Perte d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
• Perte de l'ouïe des deux oreilles et de la parole	100 %
• Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe	80 %
• Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied	75 %
• Perte 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 ou d'au moins quatre doigts de la même main	40 %
• Perte de tous les orteils d'un pied	33 %
• Perte de l'ouïe d'une oreille	40 %
• Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie	200 %

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

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

Indemnité pour préjudice esthétique en cas de brûlure au 3e degré certifié par un médecin

Partie du corps	Facteur de classification de la zone	Pourcentage maximal permis pour la surface corporelle brûlée
Visage, cou, tête	11	9,0 %
Main et avant-bras (droit)	5	4,5 %
Main et avant-bras (gauche)	5	4,5 %
Bras (droit)	3	4,5 %
Bras (gauche)	3	4,5 %
Tronc (face antérieure)	2	18,0 %
Tronc (face postérieure)	2	18,0 %
Cuisse (droite)	1	9,0 %
Cuisse (gauche)	1	9,0 %
Jambe – sous le genou (droite)	3	9,0 %
Jambe – sous le genou (gauche)	3	9,0 %

L'indemnité est payable en multipliant le capital assuré par le facteur de zone et le pourcentage de la surface corporelle brûlée.

L'indemnité ne peut dépasser 100 % du capital assuré pour l'ensemble des éléments suivants: coma, préjudice corporelle, perte accidentelle, invalidité totale, lésion cérébrale.

Exposition aux éléments ou disparition

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

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

Réadaptation professionnelle

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

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

La prestation maximale est de 20 000 $.

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

Rapatriement

Si le décès d'une personne assurée est directement attribuable à une blessure accidentelle survenant pendant un voyage à 50 kilomètres ou plus de son domicile, Manuvie prend en charge les frais engagés pour la préparation et le transport du corps de la personne assurée jusqu'à son domicile.

La prestation maximale est de 25 000 $.

Frais de déplacement pour identification de la dépouille

Si votre dépouille est à plus de 50 kilomètres de votre domicile habituel et que l'identification est exigée par un corps policiers ou un organisme gouvernemental. Manuvie prend en charge les frais de déplacements d'un proche parent. Si celui-ci utilise son véhicule personnel pour le déplacement, alors les frais remboursables se limitent à un montant de 0,35 $ le kilomètre.

La prestation maximale est de 25 000 $.

Déplacement d'un proche parent

Si, par suite d'une blessure accidentelle, une personne assurée subit l'une des pertes figurant dans le tableau des pertes, et qu'elle soit hospitalisée à 50 kilomètres ou plus de son domicile habituel, pendant au moins quatre jours, et que l'hospitalisation ait débutée dans les 24 heures suivant l'accident, Manuvie prend en charge les frais engagés par un proche parent pour son déplacement et son hébergement, à condition que les frais soient :

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

Lorsque le proche parent n'utilise pas un moyen de transport dûment autorisé à transporter des voyageurs à titre payant, les frais engagés sont remboursables à raison de 0,35 $ le kilomètre.

La prestation maximale est de 15 000 $ par accident.

Études des enfants

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

a) dans un établissement d'enseignement postsecondaire; ou

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

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

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

a) 5 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels; ou

b) 5 000 $, selon le montant le moins élevé.

La prestation est payable pendant un maximum de cinq ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

a) frais de scolarité engagés avant votre décès; ou

b) frais engagés pour le logement, la subsistance, les déplacements et l'habillement.

Formation professionnelle du conjoint

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

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

La prestation maximale est de 20 000 $.

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

Ceinture de sécurité

Si le décès d'une personne assurée est directement attribuable à une blessure accidentelle subie pendant qu'elle conduisait une automobile ou y voyageait, Manuvie verse une somme additionnelle égale à 10 % du montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels, jusqu'à concurrence de 50 000 $, à condition que sa ceinture de sécurité ait été bien bouclée au moment de la blessure accidentelle.

Garderie

Si votre décès est directement attribuable à une blessure accidentelle, Manuvie prend en charge les frais de garderie pour chaque enfant de moins de 13 ans qui était inscrit dans une garderie autorisée le jour de la blessure accidentelle, ou qui y est inscrit dans les 90 jours suivant votre décès.

La prestation annuelle pour chaque enfant est égale à :

- 5 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels; ou
- 5 000 $, selon le montant le moins élevé.

La prestation est payable pendant un maximum de cinq ans.

Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :

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

Modification du lieu de travail et adaptation

La prestation maximale est de 5 000 $.

Modification du domicile et du véhicule

Si, directement par suite d'une blessure accidentelle, la personne assurée :

a) perd les deux pieds ou les deux jambes, ou en perd l'usage; ou

b) devient hémiplégique, paraplégique ou quadriplégique;

et qu'elle doive par la suite utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, Manuvie prend en charge les frais engagés par la personne, à condition que les frais soient :

a) raisonnables et nécessaires selon Manuvie;

b) engagés dans les trois ans suivant la date de la blessure accidentelle;

c) engagés pour des modifications apportées au domicile de la personne assurée en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant;

d) engagés pour des modifications apportées à un seul véhicule moteur, en vue de le rendre accessible au fauteuil roulant.

La prestation maximale est de 20 000 $.

Rente payable en cas d'hospitalisation

Si l'hospitalisation d'une personne assurée est nécessaire par suite d'une perte figurant dans le tableau des pertes et directement attribuable à une blessure accidentelle, Manuvie verse une rente mensuelle, sous réserve de ce qui suit :

a) l'hospitalisation commence en cours de garantie;

b) le séjour à l'hôpital se poursuit après l'expiration d'une période d'attente de sept jours consécutifs.

La rente payable est égale à 1/30 de 1 % de votre montant d'assurance Décès et mutilation accidentels, jusqu'à concurrence de 2 500 $ par mois.

La rente est payable pendant l'hospitalisation de la personne assurée, sous réserve d'une période maximale d'indemnisation de 12 mois.

- Hospitalisations successives

Si une personne assurée est hospitalisée à nouveau par suite de la même blessure accidentelle dans les 183 jours suivant un séjour à l'hôpital ayant ouvert droit à des prestations au titre de la présente garantie, le séjour à l'hôpital est assimilé au séjour précédent.

Le cas échéant, la personne assurée n'aura pas à accomplir la période d'attente de sept jours et le versement de la rente payable au cours de l'hospitalisation précédente reprendra. La période maximale d'indemnisation pour l'ensemble des séjours à l'hôpital est de 12 mois.

Indemnité de coma

Si le salarié tombe dans le coma suivant une blessure et que le coma survient dans les 365 jours de la blessure et demeure dans cet état pour une période de 6 mois, la Financière Manuvie verse le Montant de l'assurance Décès et mutilation accidentels.

Assurance aviation

Inclus toute perte découlant d'une blessure subie dans l'embarquement, descente ou heurt d'un aéronef commercial ou appartenant au gouvernement.

Lésion cérébrale

Montant de l'assurance Décès et mutilation accidentels moins tout autre indemnité payable au titre du DMA.

La lésion cérébrale survient dans les 120 jours suivant l'accident, que vous ayez été hospitalisé pour au moins sept des 120 jours suivants l'accident et qu'un médecin détermine à la satisfaction de la Financière Manuvie, que vous avez démontré des signes de lésion cérébrale pour au moins six mois consécutifs.

Indemnité de maladies graves

10 % du montant d'assurance Décès et mutilation accidentels, jusqu'à concurrence de 2 000 $.

Maladies graves

Régimes AA, AB, AE, DA et DB

Si vous recevez un diagnostic de maladie grave en cours de garantie, la Financière Manuvie versera la prestation d'assurance maladies graves.

Le diagnostic doit être posé par un médecin dont la pratique se limite à la branche de la médecine relative à la maladie grave en cause.

- Définition de maladie grave

Vous devez avoir reçu un diagnostic d'une des maladies graves énumérées sous Conditions couverte pour être considéré comme étant atteint d'une maladie grave.

Le diagnostic de maladie grave et la première incidence doivent avoir lieu après la date d'effet de l'assurance du salarié.

De plus, vos capacités fonctionnelles en raison de l'invalidité, entraîne des restrictions ou une incapacité vous empêchant d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi. Vous devez être suivi et traité par un médecin pour votre affection invalidante, selon la Financière Manuvie.

- Indemnité de maladies graves

Délai d'attente de 90 jours suivants l'admissibilité à la couverture d'assurance collective. 10 % du capital assuré jusqu'à concurrence de 2 000 $ pour autant que vous soyez toujours vivant après la période de survie de 30 jours sans maintien de vie artificiel.

Condition couverte:

« Accident vasculaire cérébral » signifie un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou par une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour un accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne répond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

« Cancer » (avec risque de décès à court terme) signifie un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- carcinome in situ; ou
- mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V); ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, en l'absence de métastases; ou
- cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b).

Période moratoire d'exclusion

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition si, dans les quatre-vingt-dix (90) premiers jours suivant la plus éloignée des dates suivantes :

1) la date de prise d'effet de l'assurance de l'assuré; ou
2) la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance de l'assuré,
3) l'assuré :
   a) a présenté des signes, symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans cette police), sans égard à la date du diagnostic; ou
   b) a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu en vertu de cette police).

Cette information doit être rapportée à l'assureur dans les six (6) mois suivant la date du diagnostic. Sinon, l'assureur a le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou pour toute maladie grave causée par un cancer ou par son traitement.

« Accident vasculaire cérébral » signifie un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose, ou par une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour un accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou
- infarctus lacunaire, lequel ne répond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment.

« Chirurgie coronarienne » signifie la chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales ou par le biais de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction, ne sont pas couvertes. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie coronarienne.

« Crise cardiaque » (infarctus du myocarde) signifie le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un (1) des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque;
- des nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde; ou
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant mais non limitée à une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable pour une crise cardiaque dans les cas suivants :

- élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant mais non limitée à une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou
- découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne répond pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) décrite précédemment.

Invalidité totale permanente

Si en cours de garantie, vous souffrez d'invalidité totale permanente, directement attribuable à une blessure accidentelle, Manuvie vous verse une somme forfaitaire, à condition que :

- votre invalidité totale permanente commence dans les 365 jours suivant la date de la blessure accidentelle; et que

- votre invalidité totale permanente se poursuive après l'expiration d'une période de 12 mois.

La prestation payable correspond au montant de votre assurance Décès et mutilation accidentels.

- Définition d'invalidité totale permanente

« Invalidité totale permanente » s'entend d'une incapacité complète et ininterrompue, attribuable à une blessure accidentelle jugée suffisamment grave par Manuvie pour vous empêcher à tout jamais de travailler contre rémunération.

Cumul des remboursements de frais

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

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

Désignation d'un bénéficiaire

Vous avez le droit de désigner un bénéficiaire ou de modifier votre désignation, sous réserve de la loi applicable. Vous pouvez obtenir les formulaires nécessaires auprès de l'administrateur de votre régime.

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

Exonération de la prime

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

Régimes DA et DB - Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie. L'exonération de la prime prend fin à 65 ans ou au départ à la retraite ou à la résiliation de la police d'assurance collective.

Exclusions

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

a) suicide ou blessures auto-infligées;

b) guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;

c) infection (sauf une infection pyogène résultant d'une coupure ou d'une blessure accidentelle), maladie, affection, traitement médical d'une maladie ou d'une affection, ou infirmité physique ou mentale;

d) perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel; ou

e) blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool.

Soins médicaux complémentaires

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

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

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

La garantie

Prestation maximale globale – aucune

Option 01 et Option 02

Franchise

25 $ par personne, 50 $ par famille, par année civile

Ne s'applique pas aux frais suivants :
- Soins hospitaliers
- Services et matériel médicaux (orthèses podologiques)
- Traitement médical d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger

Remarque : La franchise ne s'applique pas à l'Assistance-voyage en cas d'urgence.

Pourcentage de remboursement

Option 01

100 % pour les frais suivants :
- Soins hospitaliers

80 % pour les frais suivants :
- Services professionnels
- Services et matériel médicaux

80 % de la première tranche de 5 330 $ de frais remboursables par famille, par année civile et 100 % de l'excédent pour les médicaments. Le montant de 5 330 $ est pour l'année courante et pourrait être indexé à chaque année selon la contribution maximale de la RAMQ

Remarque :
Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger est de 100 %.
Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'extérieur de la province de résidence mais au Canada est de 80 %.
Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 100 %.

Option 02

100 % pour les frais suivants :
- Soins hospitaliers

90 % pour les frais suivants :
- Soins de la vue
- Services professionnels
- Services et matériel médicaux

90 % de la première tranche de 5 330 $ de frais remboursables par famille, par année civile et 100 % de l'excédent pour les médicaments. Le montant de 5 330 $ est pour l'année courante et pourrait être indexé à chaque année selon la contribution maximale de la RAMQ

Remarque :
Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un traitement médical reçu d'urgence à l'extérieur de la province/à l'étranger est de 100 %.
Le pourcentage de remboursement dans le cas d'un renvoi à l'extérieur de la province de résidence mais au Canada est de 90 %.
Le pourcentage de remboursement dans le cas de l'Assistance-voyage en cas d'urgence est de 100 %.

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Frais couverts et maximums (s'appliquent sur une base remboursable et par personne couverte sauf indication contraire)

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

a) jugés nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et recommandés par un médecin;

b) engagés pour le traitement d'une personne couverte, en cours de garantie, au titre du présent régime d'avantages sociaux;

c) raisonnables compte tenu de tous les facteurs;

d) non remboursables au titre du régime provincial ou de tout autre régime gouvernemental;

e) assurables en vertu de la loi;

f) liés à des médicaments, des fournitures, des soins ou des services reçus selon l'usage prescrit ou recommandés par un médecin;

g) associés à toute fourniture ou à tout médicament, service ou soin assujetti au processus de diligence raisonnable, que le processus ait été effectué et que la fourniture, le médicament, le soin ou le service soit admissible au titre du régime en date de l'approbation, selon les modalités fixées par Manuvie et comme indiqué à votre employeur, s'il y a lieu.

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

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

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

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

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

Observance thérapeutique

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

Programmes d'aide aux patients

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

Programmes de gestion des maladies

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

Manuvie *Vitalité*

Si vous êtes admissible à la garantie Soins médicaux complémentaires de Manuvie, vous pouvez participer au programme Manuvie *Vitalité* – un programme numérique axé sur le mieux-être qui vous récompense pour vos choix santé.

Comment ça fonctionne?

Gagnez des points Vitalité[MC] en posant de petits gestes simples – recevoir un vaccin contre la grippe, aller à la salle d'entraînement ou faire nettoyer vos dents. Plus vous bougez et faites d'efforts pour améliorer votre mode de vie, plus vous gagnez de points et atteignez un niveau Vitalité[MC] élevé.

a) Connaissez votre état de santé

Votre âge Vitalité[MC] vous donne un aperçu de votre état de santé général. Selon les choix que vous faites au quotidien, il peut être inférieur ou supérieur à votre âge réel. Effectuez votre analyse santé Vitalité[MC] (ASV) pour connaître votre âge Vitalité et obtenir d'autres renseignements sur votre état de santé.

b) Améliorez votre état de santé

Enregistrez vos activités physiques et vos habitudes saines. Un processus d'établissement d'objectifs hebdomadaires personnalisés vous aide à faire des choix santé pour améliorer ou maintenir votre mode de vie – et vous obtenez en prime des points pour vos efforts.

c) Obtenez des récompenses

Atteignez vos objectifs hebdomadaires, accumulez des points, et obtenez des récompenses décernées par des entreprises comme Tim Hortons, Cineplex et Indigo.

Par où commencer?

Vous devez vous inscrire pour participer à ce programme.

a) Ouvrez une session dans le site de l'Assurance collective au moyen de vos numéros de contrat et de certificat.

b) Cliquez sur « S'inscrire à Manuvie *Vitalité* ».

c) Lisez les renseignements. Cliquez ensuite sur « S'inscrire maintenant ».

N'oubliez pas de télécharger l'appli Manuvie *Vitalité* pour l'assurance collective. C'est grâce à elle que vous pourrez obtenir des récompenses.

Provision maximale

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

- Frais de médicaments

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

a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste; ou

b) une provision de 34 jours.

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

Soins hospitaliers

a) frais de séjour en chambre à deux lits excédant le tarif de salle, à condition que :

   i) la personne soit hospitalisée; et

   ii) le type de chambre ait été expressément choisi par écrit par le patient.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

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

Régime de médicaments génériques ManuScript 2 – Médicaments d'ordonnance

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

a) médicaments qui servent au traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance du médecin ou du dentiste en vertu de la loi;

b) contraceptifs oraux, stérilets et diaphragmes;

c) médicaments injectables;

d) médicaments de soutien vital;

e) seringues, aiguilles et aides diagnostiques ordinaires, nécessaires au traitement du diabète;

f) injections sclérosantes;

g) produits antitabagiques; et

h) médicaments contre l'obésité.

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

a) tampons d'ouate, alcool à friction, injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables;

b) honoraires demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables;

c) médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe;

d) frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable;

e) médicaments contre la stérilité;

f) médicaments utilisés pour le traitement d'une dysfonction sexuelle; et

g) vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection).

- Maximums relatifs aux frais de médicaments

Produits antitabagiques – 630 $ par année civile

Injections sclérosantes – 20 $ par injection

Tous les autres frais de médicaments couverts – aucun

- Prestation payable

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

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

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

- Aucune substitution

Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre produit, le remboursement maximal correspond au prix du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par Manuvie.

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

Le remboursement au coût du médicament prescrit pour lequel il existe un équivalent moins cher ne peut être pris en considération que si le médecin traitant fournit des renseignements médicaux indiquant les raisons pour lesquelles le médicament équivalent moins cher n'est pas toléré ou est inefficace.

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

- Règlement des frais de médicaments

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

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

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

a) présenter votre carte médicaments au pharmacien au moment de l'achat; et

b) acquitter la partie des frais qui n'est pas couverte au titre de la présente garantie.

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

a) si vous ne trouvez pas de pharmacie participante;

b) si vous n'avez pas votre carte médicaments à tiers payant;

c) si les médicaments qui vous ont été prescrits ne peuvent être payés avec votre carte médicaments.

Pour de plus amples renseignements sur les modalités de remboursement des frais de médicaments que vous avez réglés, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Soins de la vue

Option 01

Non couverts

Option 02

a) examens de la vue, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 45 $ par période de 24 mois consécutifs;

b) achat et ajustement de lunettes d'ordonnance ou de lentilles cornéennes, ainsi que les réparations, ou interventions au laser visant à corriger la vue, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 180 $ par période de 24 mois consécutifs.

Services professionnels

Services offerts par les praticiens diplômés suivants :

Option 01

a) Acupuncteur - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

b) Audiologiste - montant payé de 80 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 1 000 $ par année civile

c) Chiropraticien - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

d) Diététiste - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

e) Ergothérapeute - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

f) Homéopathe - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

g) Kinésithérapeute - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

h) Massothérapeute - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

i) Naturopathe - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

j) Orthophoniste - montant payé de 156 $ pour la première visite et 140 $ par visite pour les visites suivantes, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 1 000 $ par année civile

k) Orthothérapeute - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

l) Ostéopathe - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

m) Physiothérapeute - montant payé de 100 $ pour la première visite et 80 $ par visite pour les visites suivantes, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires du physiothérapeute, du thérapeute en réadaptation physique et du thérapeute de sport

n) Podiatre/Chiropodiste - montant payé de 48 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

o) Psychologue - montant payé de 132$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 1 000 $ par année civile

p) Thérapeute en réadaptation physique - montant payé de 100 $ pour la première visite et 80 $ par visite pour les visites suivantes, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires du physiothérapeute, du thérapeute en réadaptation physique et du thérapeute de sport

q) Thérapeute de sport – montant payé de 100 $ pour la première visite et 80 $ par visite pour les visites suivantes, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 500 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires du physiothérapeute, du thérapeute en réadaptation physique et du thérapeute de sport

Remarque : *Les remèdes homéopathiques sont admissibles sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé par la loi ou sur recommandation d'un homéopathe*

Remarque : *Les montants stipulés au livret peuvent être mis à jour annuellement.*

Option 02

a) Acupuncteur - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

b) Audiologiste - montant payé de 90 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 1 000 $ par année civile

c) Chiropraticien - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

d) Diététiste - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

e) Ergothérapeute - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

f) Homéopathe - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

g) Kinésithérapeute - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

h) Massothérapeute - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

i) Naturopathe - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

j) Orthophoniste - montant payé de 176 $ pour la première visite et 158 $ par visite pour les visites suivantes, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 1 000 $ par année civile

k) Orthothérapeute - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

l) Ostéopathe - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

m) Physiothérapeute - montant payé de 113 $ pour la première visite et 90 $ par visite pour les visites suivantes, aucun maximum annuel

n) Podiatre/Chiropodiste - montant payé de 54 $ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 700 $ par année civile pour l'ensemble des honoraires de l'acupuncteur, du chiropraticien, du diététiste, de l'ergothérapeute, de l'homéopathe (y compris les remèdes homéopathiques), du kinésithérapeute, de l'ostéopathe, du podiatre/chiropodiste, du massothérapeute, du naturopathe et de l'orthothérapeute, y compris les radiographies pour le chiropraticien

o) Psychologue - montant payé de 149 $ par visite, aucun maximum annuel

p) Thérapeute en réadaptation physique - montant payé de 113 $ pour la première visite et 90 $ par visite pour les visites suivantes, aucun maximum annuel

q) Thérapeute de sport - montant payé de 113 $ pour la première visite et 90 $ par visite pour les visites suivantes, aucun maximum annuel

Remarque : *Les remèdes homéopathiques sont admissibles sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé par la loi ou sur recommandation d'un homéopathe*

Remarque *: Les montants stipulés au livret peuvent être mis à jour annuellement.*

Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.

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

Services et matériel médicaux

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

Soins infirmiers privés

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

a) une infirmière ou un infirmier autorisés; ou

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

Les frais couverts sont remboursables, jusqu'à concurrence de 150 $ par jour et jusqu'à concurrence du maximum payé de 3 000 $ par année civile.

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

a) soins de garde, travaux ménagers ou services de surveillance;

b) soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui;

c) soins donnés pendant que le patient séjourne dans un hôpital, une maison de repos ou un autre établissement semblable;

d) soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui.

Détermination préalable des frais remboursables

Manuvie vous conseille de présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant d'avoir recours à des soins infirmiers privés. Elle vous avisera alors de toute prestation payable.

Ambulance

Le transport en ambulance autorisée fourni dans la province du domicile du patient, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche hôpital en mesure de fournir le traitement requis.

Appareils médicaux

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

a) matériel de mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants (non motorisé); et

b) équipement médical durable : lit d'hôpital manuel, respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène et autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux.

Prothèses non dentaires, supports et aides auditives

a) prothèses externs et membre artificiel : montant payé de 5 000 $ par prothèse;

b) bas de soutien, jusqu'à concurrence de trois paires par année civile;

c) soutiens-gorge post-mastectomie, six soutiens-gorge la vie durant, jusqu'à concurrence de 90 $ par soutien-gorge. Les frais raisonnables et habituels ne s'appliquent pas;

d) attelles (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses;

e) chaussures orthopédiques de série et modifications ou ajustements aux chaussures orthopédiques de série ou aux chaussures ordinaires, jusqu'à concurrence de 100 $ maximum payable par année civile (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée);

f) chaussures fabriquées sur mesure qui sont nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les attestations médicales, ne peut pas être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées, jusqu'à concurrence des frais raisonnables et habituels (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste dûment autorisé en chaussures orthopédiques);

g) orthèses podologiques, fabriquées sur mesure, jusqu'à concurrence de 525 $ par année civile (la recommandation d'un médecin ou d'un podiatre est exigée); et

h) coût, mise en place, réparation et entretien d'aides auditives (y compris l'achat de piles), jusqu'à concurrence de 450 $ par période de 24 mois consécutifs.

Autres services et matériel médicaux

a) fournitures nécessaires contre l'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie;

b) pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés;

c) oxygène;

d) tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables, y compris prélèvements sanguins, l'électo-cardiogramme à l'effort ou non, la tomodensitométrie, la résonnance magnétique et les radiographies, effectués dans un laboratoire autorisé dans la province de Québec.

Les échographies sont limitées à un montant payé de 300 $ par année civile;

e) traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire, jusqu'à concurrence d'un montant payé de 1 000 $ par accident pourvu que le traitement soit fourni dans les 12 mois suivant l'accident, à moins qu'un délai plus long ne soit requis par la loi. Les blessures résultant d'une morsure ou de la mastication sont exclues;

f) frais de séjour dans une clinique de désintoxication : montant payé de 3 000 $ la vie durant;

g) glucomêtres : 300 $ par période de 36 mois consécutifs;

h) neurostimulateurs transcutanés (TENS) : 1 000 $ par période de 60 mois consécutifs; et

i) appareils thérapeutiques incluant viscosupplémentation : montant payé de 10 000 $ la vie durant.

Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger

a) traitement médical requis par suite d'une urgence médicale survenant pendant les 180 premiers jours d'un séjour temporaire à l'extérieur de la province du domicile, pourvu que la personne assurée qui reçoit le traitement soit aussi assurée par le régime provincial pendant ce séjour à l'extérieur de la province du domicile, jusqu'à concurrence de 5 000 000 $ par événement, par voyage.

   Par « urgence médicale », on entend :

   i) une blessure soudaine et inattendue ou une nouvelle affection survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile; ou

   ii) un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

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

   i) reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;

   ii) connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;

   iii) dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);

   iv) pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

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

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

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

b) renvoi à l'extérieur de la province de résidence mais au Canada, aucun maximum.

   Dans le cas d'un traitement médical non urgent administré à l'extérieur de la province de résidence mais au Canada :

   i) le traitement doit être recommandé par un médecin exerçant dans la province de résidence de la personne assurée; et

   ii) il vous est conseillé de présenter une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant le début du traitement. Vous serez ensuite informé de la somme qui sera accordée, le cas échéant.

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

a) services d'un médecin;

b) frais de séjour à l'hôpital selon les tarifs de salle normaux. Les frais excédant le tarif de salle sont remboursables si la clause « Soins hospitaliers » fait partie du présent régime;

c) services hospitaliers spéciaux;

d) frais engagés à l'hôpital en consultation externe;

e) transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, pour transférer le patient au plus proche établissement médical ou hôpital en mesure de fournir le traitement requis; et

f) évacuation sanitaire en vue de l'admission dans un hôpital ou un établissement médical dans la province du domicile habituel du patient.

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

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

Assistance-voyage en cas d'urgence

L'Assistance-voyage en cas d'urgence est un programme d'assistance-voyage dont vous et les personnes à votre charge couvertes pouvez bénéficier. Les services d'assistance sont fournis par une organisation internationale, spécialisée en assistance-voyage. Les services suivants sont offerts lorsque survient une urgence médicale au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile. Les services d'assistance sont offerts pour la durée indiquée à la section Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger.

Vous trouverez des renseignements sur l'Assistance-voyage en cas d'urgence ci-dessous, ainsi que dans la brochure de l'Assistance-voyage en cas d'urgence.

Assistance médicale en cas d'urgence

Par « urgence médicale », on entend :

a) une blessure soudaine et inattendue ou une nouvelle affection survenant au cours d'un voyage de la personne assurée (vous ou une personne à votre charge) à l'extérieur de la province du domicile; ou

b) un problème de santé particulier ou une affection précise déjà diagnostiquée, mais stable du point de vue médical, lors du départ.

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

a) reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection;

b) connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence;

c) dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus);

d) pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection.

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

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

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

a) **Assistance 24 heures sur 24**

Assistance multilingue disponible 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, par téléphone (sans frais ou à frais virés), par télex ou par télécopieur.

b) **Renvoi à un médecin, dentiste, etc.**

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

c) **Règlement des frais médicaux**

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

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

d) **Contrôle des soins reçus**

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

e) **Transport pour des raisons médicales**

Si c'est nécessaire du point de vue médical, les mesures appropriées seront prises en vue du transport de la personne assurée à destination et en provenance du plus proche établissement médical ou à destination d'un établissement médical de la province de son domicile. Les frais engagés pour le transport médical sont remboursables aux conditions précisées à la rubrique Services et matériel médicaux – Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger.

Si la présence d'un accompagnateur médical est nécessaire du point de vue médical, les frais engagés pour son transport aller et retour sont pris en charge.

f) **Rapatriement des enfants à charge**

Si, par suite de l'hospitalisation d'une personne assurée, des enfants à sa charge se retrouvent seuls, les arrangements nécessaires seront pris pour ramener les enfants à leur domicile et la portion non remboursable du transport sera prise en charge.

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

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

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

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

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

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

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

i) **Déplacement d'un proche parent**

Si, pendant un voyage effectué seul, la personne assurée est hospitalisée et que l'hospitalisation doive durer plus de sept jours, les frais de voyage aller et retour en classe économique d'un proche parent jusqu'à l'hôpital sont pris en charge, jusqu'à concurrence de 2 500 $ par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille. Le déplacement du proche parent doit préalablement être approuvé par Manuvie.

j) **Retour du véhicule automobile**

Si la personne assurée est dans l'incapacité, pour cause de maladie, de blessure ou de décès, de conduire son véhicule ou un véhicule de location, les dispositions nécessaires pour ramener le véhicule à son domicile ou à l'agence de location la plus proche sont prises et les frais, jusqu'à concurrence de 2 000 $ (en dollars canadiens), par voyage pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille sont pris en charge.

k) **Identification du corps de la personne assurée**

Si la personne assurée décède au cours d'un voyage effectué seul, les frais de voyage aller et retour d'un proche parent, en classe économique, afin qu'il puisse identifier le corps avant son rapatriement sont pris en charge.

l) **Hébergement et repas**

Dans les situations décrites aux paragraphes f), g), h), i) et k), les frais d'hébergement et de repas sont pris en charge, jusqu'à concurrence d'un maximum de 300 $ par jour et sous réserve d'un maximum global de 2 400 $ (en dollars canadiens) par urgence médicale.

m) **Soins infirmiers**

Les frais sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 5 000 $ pour les honoraires professionnels d'une infirmière.

n) **Chirurgien dentiste**

Les frais sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant remboursable de 1 000 $ pour les honoraires professionnels d'un chirurgien dentiste.

Assistance non médicale

a) **Rapatriement de la dépouille de la personne assurée**

Si la personne assurée décède, les autorisations nécessaires sont obtenues et des dispositions sont prises pour le rapatriement du corps dans la province de domicile de la personne assurée. Sont remboursables les frais engagés pour la préparation du corps, ainsi que pour son transport, sous réserve d'un remboursement maximal de 10 000 $ (en dollars canadiens). Les frais liés à l'inhumation, notamment l'achat d'un cercueil ou d'une urne, ne sont pas remboursables.

b) **Remplacement de papiers personnels et de titres de transport**

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

c) **Renvoi à un conseiller juridique**

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

d) **Service d'interprétation téléphonique**

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

e) **Transmission de messages**

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

f) **Assistance avant le voyage**

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

g) **Frais de subsistance**

Hébergement ou repas si le retour est retardé en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures la personne assurée ou un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 300 $ par jour et 2 400 $ par voyage.

Annulation de voyage

Votre garantie d'Assistance-voyage en cas d'urgence comprend une couverture pour les frais d'annulation de voyage. Ainsi, vous et les personnes à votre charge bénéficiez d'une aide financière si vous devez annuler des frais de voyage payés d'avance pour certaines raisons bien définies. Pour obtenir des renseignements détaillés sur cette garantie, veuillez consulter le guide sur l'assurance annulation de voyage à l'intention des participants.

Exclusions

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

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

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

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

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

Si vous n'avez pas votre carte d'assistance-voyage, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Subrogation (Responsabilité des tiers)

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

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

Exonération de la prime

Régimes AA, AB, DA et DB

Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie (voir la rubrique Exonération de la prime à la section Assurance vie). L'exonération de la prime prend fin à 60 ans ou au départ à la retraite, *dans le cas des Régimes DA et DB*, et prend fin à 65 ans ou au départ à la retraite, *dans le cas des Régimes AA et AB.*

Exclusions

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

a) dans le cas des couvertures Frais engagés à l'extérieur de la province/à l'étranger et Assistance-voyage en cas d'urgence seulement, blessures auto-infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale;

b) guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;

c) perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel;

d) maladie ou blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime d'État, d'une commission des accidents du travail ou d'un organisme semblable;

e) examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;

f) services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur;

g) services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas d'assurance;

h) services ou fournitures qui auraient été pris en charge par un régime d'État s'il n'y avait pas eu d'assurance;

i) services ou fournitures dont la loi n'autorise pas le remboursement;

j) services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives;

k) services ou fournitures qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;

l) traitements médicaux inhabituels ou de nature expérimentale;

m) soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques, sauf dans le cas des injections sclérosantes;

n) services ou fournitures reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée;

o) services ou fournitures reçus pendant le séjour à l'hôpital; et

p) services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

Prolongation de la couverture

Si une personne est invalide à la date à laquelle l'assurance prend fin au titre de la présente garantie, Manuvie continuera à rembourser les frais couverts liés au traitement de l'invalidité pendant un maximum de 90 jours. Toute demande de règlement sera soumise aux délais prescrits dans la section Exigences concernant la présentation des demandes de règlement, à moins qu'un délai plus long ne soit requis par la loi.

Toutefois, la couverture prendra fin si la personne invalide devient admissible à l'assurance prévue par un autre régime d'avantages sociaux.

Vous serez considéré comme invalide si vous êtes admissible à des prestations d'invalidité conformément à toute disposition de la présente police.

Les personnes à votre charge seront considérées comme invalides si elles sont traitées par un médecin et sont hospitalisées ou obligées de demeurer à la maison.

Garantie Médicaments et Services pharmaceutiques pour les personnes domiciliées au Québec

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

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

a) médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec au moment où les frais sont engagés;

b) services pharmaceutiques couverts qui doivent être payés lorsque le médicament figure sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec; et

c) médicaments faisant partie des frais couverts précisés dans la présente brochure, mais ne figurant pas sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.

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

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

a) **Pourcentage de remboursement**

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

i) si les médicaments figurent sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et ne sont normalement pas remboursables par la présente garantie, les frais sont remboursés selon le pourcentage de remboursement stipulé dans la police;

ii) si les services pharmaceutiques prescrits par les lois ne sont pas couverts par le régime, le pourcentage de remboursement est celui prescrit par la réglementation alors applicable;

iii) si les médicaments figurent sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :

- le pourcentage stipulé à la rubrique La garantie; ou

- le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, s'il est plus élevé.

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

b) **Contribution maximale annuelle**

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

i) le montant de la franchise;

ii) la partie des frais de médicaments couverts qu'une personne couverte doit payer, lorsque le pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie est inférieur à 100 %; et

iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.

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

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

c) **Franchise**

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

d) **Maximum la vie durant**

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

i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;

ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec; et

iii) le pourcentage de remboursement de Manuvie est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

e) **Enfants à charge admissibles**

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

i) l'âge précisé dans la brochure (veuillez vous reporter à la définition d'enfant dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance); ou

ii) 26 ans, si cet âge est plus élevé.

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

i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;

ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec; et

iii) le pourcentage de remboursement de Manuvie est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable.

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

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

i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;

ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à un médicament figurant sur la Liste des médicaments couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec;

iii) le pourcentage de remboursement de Manuvie est le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable; et

iv) la prime exigée pour la couverture médicaments est celle de la garantie Soins médicaux complémentaires.

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

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

Soins dentaires

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

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

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

La garantie

Franchise – 25 $ par personne, 50 $ par famille, par année civile

Guide des tarifs dentaires – guide des tarifs actuel de la province de votre domicile pour le généraliste

Pourcentage de remboursement

- 90 % pour le Niveau I – Services de base

- 80 % pour le Niveau II – Services complémentaires de base

- 50 % pour le Niveau III – Prothèses dentaires

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

- 50 % pour le Niveau V – Traitements orthodontiques

Plafonds de la garantie

- 1 200 $ par année civile pour l'ensemble des Niveau I, Niveau II, Niveau III et Niveau IV

- 1 500 $ la vie durant, pour le Niveau V

Âge de cessation – âge du salarié à son départ à la retraite

Frais couverts

Les frais suivants sont couverts :

a) s'ils sont engagés par une personne couverte, en cours de garantie, pour des soins dentaires nécessaires;

b) s'ils sont engagés pour les services d'un dentiste, d'un hygiéniste dentaire exerçant dans les limites de ses compétences, ou d'un denturologiste exerçant dans les limites de ses compétences;

c) s'ils sont raisonnables selon Manuvie, compte tenu de tous les facteurs; ou

d) s'ils ne dépassent pas les honoraires proposés dans le tarif des dentistes ou les frais raisonnables et habituels selon Manuvie si ceux-ci ne figurent pas dans le tarif des dentistes.

Choix de traitement

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

Niveau I – Services de base

a) examen buccal complet, à raison d'un examen par période de 36 mois;

b) radiographies de la bouche au complet, à raison d'une fois par période de 36 mois;

c) une unité de détartrage et une unité de polissage tous les six mois, lorsque les soins sont donnés à l'extérieur du Québec, ou prophylaxie (polissage) tous les six mois, lorsque les soins sont donnés au Québec;

d) examens de rappel, tous les six mois;

e) radiographies interproximales;

f) application de fluorure, tous les six mois dans le cas des enfants à charge de 16 ans et moins seulement;

g) actes diagnostiques de routine et épreuves de laboratoire;

h) six unités de surfaçage radiculaire en détartrage parodontal par année civile;

i) enseignement de mesures d'hygiène buccale à la première visite, plus un rappel;

j) obturations et tenons. Les frais de remplacement des obturations sont couverts seulement si :

   i) l'obturation existante est en place depuis au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie récurrente; ou

   ii) l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames;

k) dispositifs de maintien d'espace (sauf les appareils posés à des fins orthodontiques);

l) actes chirurgicaux mineurs et soins post-chirurgicaux;

m) extractions (y compris les dents incluses et résiduelles);

n) consultations, anesthésie et sédation consciente;

o) injection d'antibiotiques administrée par un dentiste, relativement à une chirurgie dentaire;

p) scellants de puits et de fissures, une fois par période de 36 mois;

q) analyse du régime alimentaire, une fois la vie durant;

r) motivation du patient, une fois la vie durant;

s) facette fabriquée en fauteuil.

Niveau II – Soins complémentaires de base

a) actes chirurgicaux qui ne sont pas prévus au Niveau I (sauf la chirurgie pour implants);

b) tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris ce qui suit :

   i) détartrage non couvert au titre du Niveau I, et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de 6 unités par année civile;

   ii) contentions provisoires;

iii) équilibration occlusale, jusqu'à concurrence de huit unités par année civile;

c) services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux :

i) les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts sous réserve d'un traitement initial et d'une reprise de traitement par dent la vie durant;

ii) les reprises de traitement sont couvertes seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial;

d) réparation, regarnissage et rebasage de prothèses dentaires, seulement si les frais sont engagés plus de trois mois après la mise en place initiale de la prothèse;

e) appareil pour le bruxisme, une fois par période de 60 mois;

f) réparation d'appareil pour bruxisme, une fois par année civile.

Niveau III – Prothèses dentaires

a) première prothèse dentaire amovible complète ou partielle;

b) remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

i) une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable;

ii) la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable; ou

iii) la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place.

Niveau IV – Services de restaurations majeures

a) couronnes et onlays lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspide ou à l'angle incisif;

b) incrustations couvrant au moins trois faces de la dent, à condition que la cuspide soit manquante;

c) premier pont fixe;

d) remplacement d'un pont, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

i) une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable;

ii) la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable; ou

iii) la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place;

e) facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires, une fois par période de 60 mois;

f) restauration complète préfabriquée (métal ou plastique), une fois par période de 12 mois;

g) aurification, une fois par période de 60 mois;

h) incrustations et tenons de retention: une fois par période de 60 mois pour l'incrustation;

i) supplément pour la fabrication d'une couronne, sous la structure d'une prothèse partielle existante.

Niveau V – Traitements orthodontiques

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

Restriction pour adhésion tardive

Si votre garantie Soins dentaires ou celle de l'une des personnes à votre charge entre en vigueur plus de 31 jours après la date à laquelle vous êtes devenu admissible à cette garantie, la somme payable pour les niveaux I à IV sera de :

- 900 $ au cours du 2ième trimestre de couverture,
- 600 $ au cours du 3ième trimestre de couverture,
- 300 $ au cours du 4ième trimestre de couverture.

Détermination préalable des frais remboursables

Si vous prévoyez que le coût d'un traitement dentaire recommandé dépassera 800 $, Manuvie conseille de présenter, avant que ne commence le traitement, une description détaillée du traitement rédigée par votre dentiste. Vous serez ensuite informé de la somme à laquelle vous avez droit au titre de cette garantie.

Traitement en cours à la fin de la couverture

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

Subrogation (Responsabilité des tiers)

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

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

Exonération de la prime

Régimes AA, AB, DA et DB

Si vous êtes exonéré du paiement de la prime de votre assurance en raison d'une invalidité totale, vous êtes également exonéré du paiement de la prime au titre de la présente garantie (voir la rubrique Exonération de la prime à la section Assurance vie). L'exonération de la prime prend fin à 60 ans ou au départ à la retraite, *dans le cas des Régimes DA et DB*, et prend fin à 65 ans ou au départ à la retraite, *dans le cas des Régimes AA et AB*.

Exclusions

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

a) guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;

b) perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel;

c) soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement ne soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte au titre de la présente garantie;

d) appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil;

e) rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou honoraires demandés pour remplir des formulaires de demande de règlement;

f) services pris en charge par un régime d'État;

g) services ou fournitures fournis par le service médical ou dentaire de l'employeur;

h) services ou fournitures qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas d'assurance;

i) traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;

j) remplacement d'appareils dentaires amovibles qui ont été perdus, égarés ou volés;

k) frais de laboratoire dépassant les frais raisonnables et habituels;

l) services ou fournitures reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée;

m) implants ou tout service relatif aux implants;

n) méthode de traitement qui n'est pas reconnue de façon générale par les dentistes comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une affection dentaire; et

o) services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts au titre de la présente garantie.

Compte de crédits-santé

Votre régime comprend un compte de crédits-santé, qui permet de rembourser des frais médicaux et dentaires que vous et les personnes à votre charge avez engagés. Veuillez vous reporter au document **Compte de crédits-santé – Guide du participant** pour obtenir de plus amples renseignements sur cette garantie.

Prolongation de la couverture des survivants

Régimes AA, AB, AE, DA et DB

Si vous décédez pendant que les personnes à votre charge sont couvertes au titre du présent régime d'avantages sociaux, Manuvie maintiendra en vigueur les garanties Assurance vie des personnes à charge et Soins médicaux complémentaires sans paiement de la prime, jusqu'à la première des dates suivantes à survenir :

a) date à laquelle la personne à charge ne répond plus à la définition de personne à charge (voir la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance);

b) date à laquelle la personne à charge devient admissible à des garanties semblables auprès d'un autre assureur;

c) date à laquelle 24 mois se sont écoulés depuis votre décès ou date à laquelle vous auriez atteint l'âge de 65 ans; ou

d) date à laquelle la police d'assurance collective cesse d'être en vigueur.

Invalidité de longue durée

Régimes AA, AB, DA and DB

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

La garantie

Montant de la garantie – 70 % de votre rémunération mensuelle, jusqu'à concurrence de 22 500 $. Les prestations sont imposables.

Maximum sans attestation médicale – 17 000 $

Période d'attente – 3 jours ouvrables plus 17 semaines en cas d'accident, d'hospitalisation ou de maladie. Le délai de 17 semaines fait référence aux 17 semaines de prestations payables par la Ville de Gatineau dans le cadre de la continuation salariale.

Les prestations sont payables à l'expiration de la période d'attente. Aucune prestation n'est versée pour ou pendant la période d'attente.

Vous devez être suivi et traité de façon régulière par un médecin pendant la période d'attente afin d'avoir droit à des prestations à la fin de cette période.

Période maximale d'indemnisation

Régimes AA et AB – période prenant fin à 65 ans ou à la retraite, selon la première eventualité

Régimes DA et DB – période prenant fin à 60 ans ou à la retraite, selon la première eventualité

Âge de cessation

Régimes AA et AB – 65 ans moins la période d'attente, ou âge au départ à la retraite, selon la première éventualité

Régimes DA et DB – 60 ans moins la période d'attente, ou âge au départ à la retraite, selon la première éventualité

Critères d'admissibilité

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

a) vous devez être totalement invalide pendant toute la période d'attente. Si vous cessez d'être totalement invalide durant cette période, mais le redevenez dans les trois semaines en raison de la même blessure ou maladie ou d'une blessure ou maladie analogue, la période d'attente sera prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide;

b) Manuvie doit recevoir des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure vous rend totalement invalide, tel qu'il est défini dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance; et

c) vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon Manuvie.

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

Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations

Vous n'avez pas droit à des prestations pendant que vous :

a) n'êtes pas suivi et traité par un médecin pour votre affection invalidante, selon Manuvie;

b) recevez des allocations de maternité ou parentales au titre du régime d'assurance-emploi;

c) êtes mis à pied et devenez totalement invalide pendant cette période;

d) êtes en congé autorisé et devenez totalement invalide pendant cette période, à moins que l'employeur ne soit tenu de verser des prestations au cours de cette période en vertu d'une loi, d'un règlement ou de la jurisprudence;

e) recevez des prestations au titre d'un programme d'assurance salaire ou d'un régime de remplacement de revenu offert par votre employeur;

f) occupez un emploi, à l'exclusion d'une activité prévue par le programme de réadaptation; ou

g) êtes emprisonné, ou interné dans un établissement correctionnel ou psychiatrique, sur ordonnance d'une cour criminelle.

Montant de la prestation d'invalidité

Le montant de la prestation payable correspond au montant de la garantie précité, réduit des prestations d'invalidité suivantes que vous recevez ou auxquelles vous avez droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :

a) prestations versées au titre d'une assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable;

b) prestations versées au titre du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations de personnes à charge;

c) prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit; et

d) prestations versées au titre d'un régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi.

Au besoin, le montant de la prestation payable sera de nouveau réduit de sorte que votre revenu total provenant de sources multiples n'excède pas 85 % de votre rémunération brute avant votre invalidité (rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables). Aux prestations provenant de toutes les sources susmentionnées viennent s'ajouter les prestations suivantes :

a) prestations de retraite du RPC/RRQ;

b) prestations versées au titre d'un régime collectif, d'association ou pour franchisés;

c) prestations versées au titre d'un régime de retraite ou de pension;

d) prestations pour travailleurs autonomes;

e) toute rémunération ou paiement reçu de l'employeur pour des revenus acquis durant la période d'invalidité;

f) prestations de maternité, paternité, parentales ou pour raisons familiales ou parentales payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale; et

g) revenus de rente de retraite du régime de retraite de l'employeur.

Toute augmentation des revenus d'autres sources par suite de l'indexation sur le coût de la vie n'aura aucune répercussion sur le montant des prestations versées au titre de la garantie.

Règles de calcul des prestations

Manuvie appliquera les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :

a) les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de votre invalidité ne seront pas prises en considération;

b) les prestations d'autres sources ne seront pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations payables par Manuvie;

c) les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le coût de la vie, seront prises en considération et la prestation pourra alors faire l'objet d'un nouveau calcul;

d) les prestations payables au titre d'une assurance salaire individuelle ne seront pas prises en considération;

e) pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, Manuvie calculera l'équivalent mensuel de ces prestations; et

f) lorsque vous ne présentez aucune demande visant une prestation à laquelle vous êtes admissible, Manuvie déterminera le montant approximatif de cette prestation et celle-ci sera réputée vous avoir été versée.

Indexation sur le coût de la vie

Option 01

Non offerte

Option 02

Tous les mois de janvier, après 12 mois de versements de prestations d'invalidité de longue durée, vous aurez droit à un rajustement de vos prestations d'invalidité en fonction de l'indexation provincial sur le coût de la vie.

Le montant du rajustement sera calculé suite aux réductions applicables, d'après la variation de l'indice des prix à la consommation pour la période de 12 mois se terminant le 30 octobre de chaque année jusqu'à concurrence de 3 %.

L'indexation sur le coût de la vie s'applique au prorata du nombre de mois de prestations d'invalidité de longue durée pour la première année d'invalidité.

Subrogation

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

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

Situation fiscale des prestations

Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur payez le coût de la garantie.

Si votre employeur paie une partie ou la totalité du coût, toute prestation d'invalidité que vous toucherez sera imposable. Si vous payez le coût de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucherez ne seront pas imposables.

Versement des prestations d'invalidité

Les prestations d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu. Si un paiement ne porte pas sur un mois complet, il est prévu pour chaque jour d'invalidité une indemnité égale à 1/30 de la prestation mensuelle.

Réadaptation professionnelle

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

En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, Manuvie tiendra compte de ce qui suit :

a) la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité;

b) votre formation, votre instruction ou votre expérience; et

c) la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation.

- Programme de réadaptation

Un programme de réadaptation est un programme de formation ou de placement destiné à vous aider à occuper à nouveau un emploi rémunéré.

S'il s'avère que des services de réadaptation sont appropriés à votre cas, Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail :

a) pour votre employeur;

b) pour un autre employeur; ou

c) à votre propre compte.

- Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuerez d'avoir droit aux prestations d'invalidité pendant la réadaptation. Si vous touchez un revenu de l'activité de réadaptation, vos prestations d'invalidité seront réduites si votre revenu total (prestations d'invalidité plus le revenu de l'activité de réadaptation) excède 100 % de votre rémunération brute avant l'invalidité, ou de votre rémunération nette si vos prestations ne sont pas imposables.

Si vous cessez de participer à l'activité de réadaptation en raison d'un changement de votre état de santé, Manuvie exigera des documents médicaux attestant que votre état de santé vous empêche de poursuivre l'activité de réadaptation.

Si vous n'êtes pas disponible ou si vous refusez de coopérer ou de participer à l'activité de réadaptation, vous n'aurez plus droit aux prestations d'invalidité.

Cessation du versement des prestations

Le versement des prestations d'invalidité prend fin à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle vous purgez une peine de prison ou êtes incarcéré dans un établissement similaire;

b) la date à laquelle vous occupez une fonction ou effectuez un travail vous rapportant un revenu quelconque autre qu'un revenu de réadaptation;

c) la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'invalidité totale, tel qu'il est défini dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance;

d) la date à laquelle vous négligez de fournir à Manuvie des attestations médicales indiquant en quoi votre maladie ou votre blessure vous rend totalement invalide, tel qu'il est défini dans la section Définition de termes fréquemment utilisés en assurance;

e) la date à laquelle vous ne vous présentez pas à un examen devant être effectué par une personne choisie par Manuvie;

f) la date à laquelle la période d'indemnisation maximale prend fin; ou

g) la date de votre décès.

Invalidité récidivante

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

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

Si vous êtes de nouveau atteint de la même invalidité plus de six mois suivant la fin de la période d'indemnisation, cette invalidité sera considérée comme une invalidité distincte.

Deux invalidités attribuables à des causes différentes sont considérées comme des invalidités distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.

Exonération de la prime

Vous serez exonéré du paiement de la prime de votre garantie Invalidité de longue durée pendant toute période où vous êtes admissible à des prestations.

Exclusions

Aucune prestation ne sera versée pour les invalidités liées à ce qui suit :

a) blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale;

b) guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;

c) soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical;

d) perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel;

e) service actif dans les forces armées de tout pays; ou

f) tentative de suicide.

Notes

La présente page a été prévue pour vous permettre de prendre des notes sur votre régime d'avantages sociaux afin de mieux vous y retrouver.