

GROUPE LACASSE INC.

Numéro de contrat: G0105727

Catégorie : F - Salariés de la division Siège

Un message du promoteur de votre régime

À titre de promoteur de votre régime d'assurance collective, nous, GROUPE LACASSE INC., sommes ravis de contribuer à votre sécurité, tant du point de vue médical que financier. Nous avons retenu les services de la Financière Manuvie pour nous aider à mettre en place ce régime. La Financière Manuvie s'engage à nous fournir un service hors pair.

Vous avez sans doute déjà reçu des renseignements de base sur la façon de communiquer avec la Financière Manuvie et de présenter des demandes de règlement. Nous vous invitons à prendre quelques minutes pour vous familiariser avec la couverture qui vous est offerte au titre du régime. Vous pourrez ainsi prendre connaissance non seulement de la protection standard offerte, mais également des avantages dont le régime vous permettra de bénéficier en temps de crise. Votre régime vise à vous offrir le soutien nécessaire en cas d'imprévu.

Si vous avez des questions après avoir passé en revue votre couverture, veuillez vous adresser à l'administrateur de votre régime.

Votre régime d'assurance collective

Le représentant qui s'occupe de votre régime d'assurance collective est Jean Lafleur de Solutions Avantages Collectifs inc.

444 avenue Victoria
St-Lambert, Quebec
(450) 465 - 5005
jlafleur@sac.direct

Table des matières

Un message du promoteur de votre régime	1
Votre régime d'assurance collective	1
Ce que vous devez savoir sur votre régime d'assurance collective	3
Garanties et services de base	6
Soins médicaux complémentaires	7
SMC - Médicaments.....	9
SMC - Soins de la vue	12
SMC - Professionnels de la santé (soins et services professionnels)	13
SMC - Fournitures, soins et services médicaux	14
<i>Soins infirmiers particuliers</i>	14
<i>Aides auditives</i>	14
<i>Chaussures orthopédiques et orthèses</i>	14
<i>Fournitures, soins et services médicaux</i>	15
<i>Bas chirurgicaux</i>	16
SMC - Soins hospitaliers	17
SMC - Urgence médicale ou non médicale pendant un voyage	18
Services de consultation Juste équilibre ^{MD}	22
Navigateur Santé ^{MC}	24
Assurance invalidité de longue durée	25
<i>Réadaptation</i>	30
<i>Programme de réadaptation</i>	30
<i>Prestations d'invalidité pendant la réadaptation</i>	31
Assurance vie	32
Prestation de survie	35
Assurance décès et mutilation accidentels	36
Couverture et services additionnels que vous pouvez souscrire	38
Assurance vie facultative	39
Options de souscription d'assurance individuelle offertes si vous sortez du régime.....	42
Droit de transformation	43
Emporte-moi ^{MC} Assurance-santé	44
Définitions.....	45

Ce que vous devez savoir sur votre régime d'assurance collective

Personnes admissibles et frais couverts

Nous sommes la Financière Manuvie, société dont les services ont été retenus par le promoteur de votre régime pour veiller à la bonne marche du régime d'assurance collective dont vous bénéficiez au travail. Nous savons à quel point votre couverture est importante et que vous comptez sur nous pour vous fournir d'excellents outils pour vous aider à comprendre ce dont vous disposez.

Les personnes à votre charge - votre conjoint, votre enfant ou vos enfants couverts par le régime d'assurance maladie provincial/territorial - peuvent également bénéficier de certaines garanties prévues par votre régime d'assurance collective. Le régime doit être en vigueur, et vous et les personnes à votre charge devez d'abord répondre à toutes les conditions d'admissibilité pour que votre couverture soit valide.

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

L'information fournie dans le présent document donne un aperçu des garanties et des services que le promoteur de votre régime d'assurance collective a choisi d'offrir dans le cadre de celui-ci. Certains renseignements, notamment sur les restrictions et les exclusions ou autres dispositions contractuelles, ne figurent pas dans ce document. Ils se trouvent dans les documents relatifs au régime d'assurance collective (comme le contrat ou l'exposé de régime et toute modification au régime) dont dispose le promoteur de votre régime. L'équipe de la Financière Manuvie chargée de l'administration de votre régime s'appuie sur ces documents pour traiter les demandes de règlement, déterminer l'admissibilité à la couverture et administrer le régime en général. En cas de divergence entre le présent aperçu de la couverture et les documents relatifs au régime, ces documents auront préséance.

Si la loi l'exige, vous ou toute personne présentant une demande de règlement au titre de la police avez le droit de demander une copie des documents suivants :

- la police,
- votre demande d'adhésion au régime, et
- 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.

Le promoteur de votre régime est
GROUPE LACASSE INC.

Produit : le 12 octobre 2023

Le numéro de contrat de votre régime est G0105727

Il s'agit du principal numéro à fournir lorsque vous communiquez avec la Financière Manuvie. Prenez bien soin d'inscrire ce numéro ainsi que votre numéro de certificat figurant sur votre carte d'avantages sociaux sur toute correspondance et demande de règlement.

Votre catégorie de couverture est la suivante : F - Salariés de la division Siège

Votre régime prend effet le 01 décembre 2016

Cette date correspond au jour où entrent en vigueur toutes les garanties et tous les services que le promoteur de votre régime et nous avons convenu de vous offrir. Votre couverture entre en vigueur dès que vous avez accompli la période probatoire prévue par votre régime.

Votre régime peut inclure une période probatoire pour certaines garanties

Vous pouvez bénéficier de cette garantie à compter du jour suivant la date à laquelle la période probatoire est révolue.

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

Délai prescrit relatif aux actions en justice

Les actions ou instances en recouvrement des sommes payables au titre du régime intentées contre la Financière Manuvie sont irrecevables sauf si elles sont intentées dans les délais prescrits par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable.

Renseignements étoffés sur le site Web

Il se pourrait que vous ayez besoin d'obtenir rapidement des renseignements sur certains aspects de votre couverture et que vous ne les ayez pas à portée de la main. Sachez que vous avez toujours la possibilité de consulter votre brochure d'assurance collective en ligne - et donc d'accéder facilement à des renseignements à jour sur votre régime - grâce à notre site protégé à l'intention des participants. Une fois inscrit au site, vous pouvez y avoir accès en tout temps à partir de n'importe quelle connexion Internet. Rendez-vous à l'adresse www.manuvie.ca/assurancecollective, puis entrez vos numéros de contrat et de certificat. Toutes les directives vous seront fournies sur le site afin que vous puissiez vous inscrire.

La version électronique fournit aussi des liens vers des définitions, des formulaires et des renseignements étoffés qui pourraient vous aider à mieux comprendre comment votre régime peut vous venir en aide.

DÉLAI DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Le délai de traitement des demandes de règlement dépend grandement de la façon dont vous présentez vos demandes et du mode de remboursement que vous avez choisi. Envoyez vos demandes de règlement présentées au moyen d'un formulaire à l'adresse indiquée sur celui-ci. Prenez soin d'inscrire vos numéros de contrat et de certificat sur toute correspondance et demande de règlement.



OBTENEZ UN REMBOURSEMENT PLUS ÉLEVÉ GRÂCE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

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 comment cela fonctionne.

Si la demande de règlement porte sur des frais que...	présentez-la d'abord à...	puis...
<p>VOUS AVEZ ENGAGÉS,</p> 	la Financière Manuvie,	pour toute partie des frais non remboursés, envoyez à l'autre assureur une copie du relevé de règlement produit par la Financière Manuvie et son formulaire de demande de règlement.
<p>VOTRE CONJOINT A ENGAGÉS,</p> 	l'assureur de votre conjoint,	pour toute partie des frais non remboursés, envoyez-nous une copie du relevé de règlement produit par l'autre assureur et un formulaire de demande de règlement dûment rempli de la Financière Manuvie.
<p>VOUS AVEZ ENGAGÉS POUR VOS ENFANTS,</p> 	à l'assureur du parent dont l'anniversaire de naissance (mois et jour) est le premier à survenir dans l'année	pour toute partie des frais non remboursés, présentez une demande de règlement à l'autre assureur.

La Financière 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 au titre du présent régime.

La présente police 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.

Garanties et services de base

À titre de couverture de base offerte dans le cadre de votre régime, le promoteur de votre régime a opté pour les garanties et les services décrits ci-après.

Soins médicaux complémentaires

La présente garantie comporte de nombreuses composantes qui permettent de couvrir un large éventail de soins et de services, notamment ceux offerts par des fournisseurs de soins de santé. Il se peut que des pourcentages de remboursement, des franchises, des maximums et des limitations distincts s'appliquent aux diverses composantes de la garantie.

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

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Période probatoire	3 mois
Maximum	Aucun plafond
Franchise	25 \$ garantie individuelle, 25 \$ garantie familiale, par année(s) civile(s) Ne s'applique pas à ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> • Test de médecine personnalisée • Soins hospitaliers • Traitement médical d'urgence à l'étranger • Soins de la vue
Pourcentage de remboursement	100 % pour Soins hospitaliers, Soins de la vue 80 % pour Services et matériel médicaux, Services professionnels Remarque : Le pourcentage de remboursement qui s'applique aux médicaments est indiqué sous SMC - Médicaments. Remarque : Le taux de remboursement applicable aux Soins infirmiers particuliers est indiqué ci-dessous, sous la rubrique SMC - Fournitures, soins et services médicaux.
Cessation de la couverture	À votre départ à la retraite
Test de médecine personnalisée	Pourcentage de remboursement - 100 % Tests et conseils de médecine personnalisée dans le cadre du programme de médecine personnalisée de

la Financière Manuvie, à condition de satisfaire les conditions médicales et les critères établis par la Financière Manuvie. La Financière Manuvie fera appel à un fournisseur agréé pour ce genre de frais.

Exclusions

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

- Une guerre, déclarée ou non, une insurrection, des actions hostiles d'une force armée, une participation volontaire à une émeute ou à une agitation civile ou le service dans les forces armées de tout pays;
- La participation à la perpétration ou à la tentative de perpétration de voies de fait, d'un acte criminel ou d'un geste illégal;
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant ou si le sang contient plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang au moment de la blessure
- une maladie ou une blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime gouvernemental ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou autre programme légalement mandaté
- examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou la rédaction de formules de demande de règlement
- services ou fournitures payés par une association, un syndicat ou le service médical ou dentaire de l'employeur
- services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu d'assurance
- services ou fournitures pour lesquels le remboursement aurait été fait en vertu d'un régime du gouvernement si l'assurance n'existait pas
- services ou fournitures que la loi ne nous autorise pas à payer
- services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives
- services ou fournitures pour lesquels un remboursement aurait été fait en vertu du régime provincial/territorial si une demande avait été présentée en bonne et due forme
- traitements médicaux inhabituels ou qui sont de nature expérimentale ou encore qui sont administrés à des fins d'investigation
- soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques, sauf les injections sclérosantes
- les services ou fournitures sont reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée
- les services ou fournitures sont reçus pendant le séjour à l'hôpital
- les services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts en vertu de cette garantie

Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, à la cessation de votre assurance, toutes les demandes doivent être présentées au plus tard 90 jours après la date de cessation.

SMC - Médicaments

Pourcentage de remboursement - 100 % si les frais sont engagés pour :

- un médicament générique (le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher pouvant être substitué légalement au médicament prescrit et figurant sur la liste des médicaments couverts par le régime provincial)
- des fournitures pour le traitement du diabète

Le taux de remboursement sera de 80 % si les frais sont engagés pour un médicament d'origine

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Médicaments délivrés sur ordonnance la substitution de médicaments génériques s'applique</p> <p>Les catégories de médicaments suivantes sont couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout produit pharmaceutique ou médicament qui, d'après la loi ou la convention, ne peut pas être délivré sans l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste • contraceptifs oraux • médicaments de soutien vital • vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection) • médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts) • aides diagnostiques, aiguilles et seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète <p>Les catégories de médicaments suivantes ne sont pas couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicaments anti-tabac • médicaments contre l'obésité • médicaments pour le traitement des dysfonctions sexuelles • médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe 	<p>maximum de 15 000 \$ la vie durant pour les inducteurs de l'ovulation maximum de 20 \$ par visite pour injections sclérosantes</p> <p><i>Prestation payable -</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>le pourcentage de remboursement le plus élevé si les frais sont engagés pour :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>un médicament générique (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 la Financière Manuvie)</i> <p><i>La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>des fournitures pour le traitement du diabète</i> • <i>le pourcentage de remboursement le moins élevé si les frais sont engagés pour :</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>un médicament d'origine si un 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 la Financière Manuvie, le montant des frais remboursables sera égal au coût du</i>

- frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable
- tampons d'ouate, alcool à friction, injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables nécessaires au traitement du diabète
- frais d'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables
- pharmacothérapie expérimentale non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie
- produits naturels (y compris ceux qui comportent un NPN)

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 la Financière 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.

- *un médicament d'origine pour lequel aucun 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 la Financière Manuvie, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit*

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

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

La quantité maximale de médicaments pouvant être couverte chaque fois qu'une ordonnance est exécutée est la plus petite des quantités suivantes :

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

b) la quantité devant être utilisée pendant 34 jours ou

c) Une quantité de médicaments suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 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.

Si vous êtes un résident du Québec, votre

*couverture sera en fonction de celle prévue par la
RAMQ.*

SMC - Soins de la vue	
Pourcentage de remboursement - 100 %	
Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Lunettes sur ordonnance, Lentilles cornéennes, Chirurgie oculaire au laser, Examens de la vue, Exercices optiques	<p>200 \$ par 24 mois pour lunettes sur ordonnance, lentilles cornéennes pour corriger la vue, réparations et interventions au laser visant à corriger la vue au choix</p> <p>si des lentilles cornéennes sont nécessaires pour traiter une grave affection ou qu'elles peuvent porter le degré de vision de l'oeil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, le maximum des frais couverts sera de 200 \$ par 24 mois</p> <p>Examens de la vue - 35 \$ par période de 12 mois</p> <p>Exercices optiques - 200 \$ la vie durant</p>

SMC - Professionnels de la santé (soins et services professionnels)

Pourcentage de remboursement - 80 %

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Services offerts par les praticiens diplômés suivants :</p> <p>Chiropraticien, Ostéopathe, Podiatre/Chiropodiste, Naturopathe, Orthophoniste, Physiothérapeute, Psychologue, Acupuncteur, Audiologiste, Orthothérapeute</p>	<p>400 \$ par année(s) civile(s), plus 40 \$ par année civile pour les radiographies pour Chiropraticien</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Ostéopathe</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Podiatre/Chiropodiste</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Naturopathe</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Orthophoniste</p> <p>800 \$ par année(s) civile(s) pour Physiothérapeute</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Psychologue</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Acupuncteur</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Audiologiste</p> <p>400 \$ par année(s) civile(s) pour Orthothérapeute</p>
	<p><i>Certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux/territoriaux. La législation provinciale/territoriale peut exiger que le plafond prévu par le régime provincial/territorial ait été payé avant qu'une assurance ne soit applicable au solde impayé. Dans les provinces/territoires où c'est le cas, les sommes prévues par la présente garantie sont payables une fois que le maximum annuel prévu par le régime provincial/territorial a été versé.</i></p> <p><i>Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.</i></p>

SMC - Fournitures, soins et services médicaux

Pourcentage de remboursement - 80 % (sauf indication contraire)

Dans le cas des fournitures et du matériel médicaux, seul est couvert le coût de l'appareil ou de l'article qui répond adéquatement aux besoins médicaux essentiels du patient.

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Soins infirmiers particuliers</p> <p>Fournis par une infirmière ou un infirmier (inf.) ou par une infirmière ou un infirmier auxiliaire (inf. aux.) ou toute désignation équivalente qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.</p> <p>Les soins et services suivants sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • services de garde, travaux ménagers et services de supervision • soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui • soins donnés pendant que le patient est hospitalisé ou qu'il séjourne dans une maison de repos ou un autre établissement semblable • soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui 	<p>Pourcentage de remboursement - 100 %</p> <p>4 000 \$ par année(s) civile(s)</p> <p><i>Veillez présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant le début des soins infirmiers particuliers afin de connaître le montant des prestations qui pourront être versées.</i></p>
<p>Aides auditives</p>	<p>240 \$ par 60 mois</p> <p><i>Sont compris le coût, la mise en place, la réparation et l'entretien d'aides auditives (y compris l'achat de piles)</i></p>
<p>Chaussures orthopédiques et orthèses</p>	<p>150 \$ par année(s) civile(s) pour les chaussures orthopédiques de série</p> <p>Chaussures fabriquées sur mesure qui sont</p>

	<p>nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les preuves médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées, jusqu'à concurrence d'une paire par année civile (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste autorisé en chaussures orthopédiques)</p> <p>400 \$ par 3 année(s) civile(s) pour les orthèses fabriquées sur mesure</p>
	<p><i>Elles doivent être recommandées par un médecin ou un podiatre.</i></p>
<p>Fournitures, soins et services médicaux</p> <p>Le matériel médical comprend notamment les articles et les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, fourni dans la province/territoire de résidence du patient • matériel d'aide à la mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants • lits d'hôpital manuels • respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène • autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux • prothèses externes non dentaires • appareils orthopédiques (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses • fournitures nécessaires en cas d'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie • pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés • oxygène • traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire • soutiens-gorge postmastectomie 	<p>4 par année civile pour soutiens-gorge postmastectomie</p> <p>250 \$ la vie durant pour les perruques et les prothèses capillaires</p> <p><i>Les frais de matériel médical fourni par un hôpital ne sont pas remboursables.</i></p> <p><i>Au Québec, les frais engagés pour les tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé sont remboursables, jusqu'à concurrence d'un maximum par personne de 1 000 \$ par année civile.</i></p> <p><i>Le traitement dentaire doit être reçu dans les 12 mois qui suivent l'accident. Les blessures résultant de la mastication sont exclues.</i></p>

<ul style="list-style-type: none">• perruques et prothèses capillaires nécessaires en raison d'une perte temporaire de cheveux par suite d'un traitement médical	
Bas chirurgicaux	400 \$ par année civile

SMC - Soins hospitaliers	
Pourcentage de remboursement - 100 %	
Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Séjour dans un hôpital général ou un centre de réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • en chambre à deux lits • excédant le tarif de salle ordinaire
	<p><i>La partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte</i></p> <p><i>La Financière Manuvie effectuera le paiement en tenant compte de la couverture fournie par le régime provincial/territorial.</i></p>

SMC - Urgence médicale ou non médicale pendant un voyage

AVIS IMPORTANT

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

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

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

Définitions particulières

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

Hôpital

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

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

Affection

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

Urgence médicale

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

votre territoire de résidence pour recevoir d'autres Traitements.

Médecin

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

Frais raisonnables et habituels

Frais engagés pour obtenir des médicaments, des services et des fournitures qui sont comparables à ce que facturent d'autres fournisseurs pour des médicaments, des services et des fournitures semblables dans la même région. Le moins élevé du montant ou des prix suivants :

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

Stable

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

- a) Aucun nouveau Traitement n'a été prescrit ou recommandé, ou le Traitement en cours n'a pas été modifié;
- b) Aucun changement n'a été apporté ou recommandé par un médecin ou un autre professionnel de la santé à l'égard du traitement ou des médicaments de la personne assurée, à l'exclusion des changements apportés habituellement à la médication dans le cadre d'un traitement en cours ou d'une diminution de la posologie résultant d'une amélioration de l'état de santé;
- c) L'Affection ne s'est pas aggravée;
- d) Aucun nouveau symptôme n'est apparu, ou il n'y a eu aucune aggravation ou augmentation de la fréquence des symptômes existants;
- e) Aucune hospitalisation ni aucun renvoi à un spécialiste n'a été requis;
- f) Il n'y a aucun test, examen exploratoire ou Traitement recommandé, mais non terminé ou pour lequel les résultats sont attendus;
- g) Aucun Traitement n'est planifié ou en attente.

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

Traitement, traiter

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

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Soins médicaux en cas d'urgence Conditions : <ul style="list-style-type: none">• La couverture s'applique en cas de soins médicaux qui doivent être prodigués sans délai en raison de ce qui suit :<ul style="list-style-type: none">- blessure soudaine et inattendue ou nouvelle affection survenant lorsqu'une personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence; ou- problème de santé particulier ou affection précise déjà diagnostiqué, mais stable du point de vue médical, lors du départ.	100 % jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ la vie durant L'assurance ne couvre que les 60 premiers jours de voyage.

<ul style="list-style-type: none"> • Vous et les personnes à votre charge devez être couverts au titre d'un régime d'assurance maladie public. 	
<p>Couverture médicale non-urgente</p> <p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • recommandation d'un médecin autorisé au Canada est requise • suggère de présenter une description détaillée du traitement à des fins d'évaluation des coûts, avant que ne commence le traitement. Vous serez ensuite informé de la somme qui sera accordée, le cas échéant. 	<p>50 % sous réserve d'un maximum de 3 000 \$ par période de 3 année(s) civile(s)</p>
<p>Assistance-voyage en cas d'urgence</p> <p>Services offerts :</p> <ul style="list-style-type: none"> • accès en tout temps à des services multilingues • recommandation d'un établissement ou d'un professionnel de la santé pouvant prodiguer les soins médicaux nécessaires et faire le suivi du traitement • règlement des frais médicaux, transport médical, rapatriement des enfants à charge, visite d'un proche parent, interruption du voyage ou retard, soutien pendant la convalescence après la sortie de l'hôpital, identification et/ou rapatriement de la dépouille d'une personne couverte, hébergement et repas, retour du véhicule, renseignements sur les exigences du pays où vous devez vous rendre en matière de passeport, de visa, de vaccination et d'inoculation, aide pour le remplacement des documents et des billets perdus, recommandation de conseillers juridiques dans les pays de destination, prestation de services d'interprétation par téléphone, transmission de messages urgents • conseils médicaux par téléphone après les heures normales de bureau 	<p>100 % - tous les maximums indiqués ci-dessous sont en dollars canadiens.</p> <p>1 000 \$ pour le retour du véhicule</p> <p>2 000 \$ pour l'hébergement et les repas</p> <p>5 000 \$ pour le rapatriement de la dépouille</p> <p>5 000 \$ pour annulation de voyage (veuillez vous reporter à Annulation de voyage pour de plus amples renseignements)</p> <p><i>Veuillez vous reporter à Assistance-voyage en cas d'urgence pour de plus amples renseignements, sur la liste des numéros de téléphone pour les pays où se rendent le plus souvent les Canadiens et pour les pays participants.</i></p>
<p>Exclusions</p> <p>Aucune prestation n'est payable au titre de la garantie Soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou à l'étranger et assistance-voyage en cas d'urgence pour les frais liés directement ou indirectement à ce qui suit :</p>	

- a) toute Affection qui n'est pas Stable durant les 90 jours précédant la date de départ prévue de la province ou du territoire de résidence;
- b) blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale n'établisse qu'elles sont reliées à un problème de santé mentale;
- c) autre Traitement médical si Manuvie détermine que vous devriez être transféré dans un autre établissement ou retourner dans votre province ou votre territoire de résidence pour recevoir un traitement;
- d) examens, Traitement ou intervention chirurgicale que vous auriez pu subir à la maison après le début du Traitement médical d'urgence. Cela inclut notamment les examens effractifs ou exploratoires, les examens par IRM, les examens tomодensitométriques, les interventions chirurgicales, le cathétérisme cardiaque, les greffes et les consultations de suivi;
- e) traitement non urgent ou facultatif (p. ex., chirurgie esthétique, traitement de maladie chronique, réadaptation, ou tout autre Traitement qui n'est pas immédiatement requis sur le plan médical, y compris les frais directement ou indirectement liés aux complications connexes);
- f) toute demande de règlement, si vous ou vos personnes à charge n'êtes pas couvertes par le régime public d'assurance maladie de sa province ou de son territoire de résidence pendant toute la durée du voyage. Il vous appartient de vérifier que vous bénéficiez bien de cette couverture;
- g) les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but de recevoir un diagnostic, un Traitement, une intervention chirurgicale, une évaluation, des soins palliatifs ou toute autre forme de thérapie, ainsi que toute complication directe ou indirecte qui en résulte;
- h) toute Affection ou tout symptôme pour laquelle ou lequel il est raisonnable de prévoir que des Traitements seront requis lors du voyage;
- i) le Traitement continu, la récurrence ou la complication d'une Affection ou d'un problème connexe, à la suite d'un Traitement d'urgence reçu lors du voyage, si Manuvie détermine que l'Urgence a pris fin et que vous êtes en mesure de retourner dans votre province ou votre territoire de résidence pour recevoir d'autres Traitements;
- j) une Affection survenue parce que vous ou votre personne à charge n'avez pas suivi le Traitement comme prescrit, y compris la prise d'un médicament sur ordonnance ou en vente libre;
- k) toute Urgence médicale liée à une grossesse, à un accouchement ou à des complications connexes, dans le cas des personnes assurées enceintes qui voyagent dans les quatre semaines précédant la date d'accouchement prévue;
- l) une Affection survenant lors du voyage et liée au fait que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé ou d'une embarcation de tout genre alors que vous étiez sous l'influence de la drogue ou d'une substance intoxicante, ou que son alcoolémie dépassait 80 mg d'alcool par 100 ml de sang.

Services de consultation Juste équilibre^{MD}

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Services de consultation Juste équilibre^{MD} et Programme d'aide aux employés et aux membres de leur famille (PAEF) - Pour vous permettre, ainsi qu'aux personnes à votre charge, d'avoir accès à des conseils utiles de professionnels attentionnés</p>	
<p>Services de consultation à court terme dans le cas de diverses situations pouvant aller des troubles psychologiques aux problèmes de dépendance ou encore aux difficultés familiales ou conjugales ou aux questions de nutrition</p> <p>Soins spécialisés en cas de dépression si vous ou une personne à votre charge devez composer avec un problème de santé mentale qui a été diagnostiqué.</p> <p>Cours d'autoformation en ligne portant sur divers sujets (liste non exhaustive) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'adaptation au changement en milieu de travail • Comment maîtriser son stress / Comment maîtriser son humeur • Comment faire le deuil de la perte de son emploi / Comment prendre votre carrière en main • Comment contrôler sa consommation d'alcool • Les fondements d'un parentage efficace • La résolution des conflits au sein d'une relation intime <p>Répertoire sur les ressources de votre région en matière de soins aux enfants et aux aînés</p>	<p>De quatre à six heures de consultation à court terme, peu importe le nombre de sujets de préoccupation.</p> <p>Jusqu'à 20 séances pour les soins en cas de dépression.</p> <p>Les consultations peuvent avoir lieu par téléphone, en ligne ou en tête-à-tête.</p> <p><i>Pour avoir accès aux services de consultation en ligne :</i></p> <p><i>Rendez-vous dans le site protégé à l'intention des participants</i></p> <p><i>Pour vous prévaloir des services du programme Juste équilibre de Circuit Santé par téléphone :</i></p> <p><i>Composez le 1 888 361-4853 pour parler à un représentant en tout temps.</i></p> <p><i>Si vous utilisez un ATS (appareil téléscripteur), composez le 1 888 384-1152.</i></p>
<p>Services Intelliplan^{MC}</p>	
<p>Soutien aux parents et aux personnes qui prodiguent des soins aux enfants</p> <p>Conseils juridiques</p> <p>Conseils financiers</p> <p>Aide nutritionnelle</p> <p>Orientation professionnelle</p> <p>Planification de la préretraite</p> <p>Aide pour cesser de fumer</p> <p>Soutien aux personnes qui travaillent par quarts</p>	

Des renseignements et des outils personnalisés sont sélectionnés dans votre intérêt par des conseillers compétents.

Navigateur Santé ^{MC}

Que vous ou un membre de votre famille ayez reçu un diagnostic de maladie grave ou chronique, ou encore que vous désiriez vous renseigner sur les services offerts dans votre région, le Navigateur Santé^{MC} vous permet de trouver des ressources et des organismes qui pourraient vous fournir les renseignements dont vous avez besoin, notamment :

- des conseils et des outils pour vous aider à vous y retrouver dans le système de soins de santé canadien;
- une base de données sur les médecins au Canada;
- des renseignements sur les régimes d'assurance maladie provinciaux/territoriaux;
- des renseignements fiables sur la santé en général, les diverses affections, les options de traitement et les médicaments; et
- un service de deuxième avis médical qui pourrait vous être utile si vous voulez faire confirmer un diagnostic que vous, votre conjoint ou votre enfant avez reçu.

À l'exception du service de deuxième avis médical (dont on peut se prévaloir uniquement en téléphonant), les outils du Navigateur Santé sont accessibles en tout temps à partir du site protégé à l'intention des participants.

Assurance invalidité de longue durée

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	60 % de votre revenu mensuel jusqu'à concurrence de 5 000 \$
Période d'attente	112 jours
Définition de l'invalidité	<p>Invalidité totale s'entend d'une restriction ou d'une incapacité, attribuable à une maladie ou à une blessure, qui vous empêche d'accomplir les tâches essentielles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois suivant(e)s • tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus
	<p><i>La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.</i></p> <p><i>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.</i></p>
Période maximale d'indemnisation	jusqu'à l'âge de 65 ans
Maximum sans preuve d'assurabilité	5 000 \$
Cessation de la couverture	65 ans moins la période d'attente ou à la date de retraite, si antérieure
Traitement fiscal	<p>Les versements que vous recevrez au titre de la présente garantie seront non imposables ou imposables selon que vous ou votre employeur réglez les primes.</p> <p>Si votre employeur règle les primes en tout ou en partie, alors toute prestation d'invalidité que vous toucheriez sera imposable. Si vous réglez les primes de la garantie en entier, les prestations d'invalidité que vous toucheriez ne seront pas imposables.</p>
Exonération de prime	Vous serez exonéré du paiement de la prime de votre garantie Invalidité de longue durée pendant

	<p>toute période où vous êtes admissible à des prestations.</p>
<p>Droit aux prestations</p>	<p>Pour avoir droit aux prestations d'invalidité, vous devez répondre aux critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 est prolongée du nombre de jours pendant lesquels vous n'êtes pas totalement invalide • la Financière Manuvie doit recevoir des attestations médicales confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de : <ul style="list-style-type: none"> - votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois suivant(e)s, et - tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus • vous devez être suivi par un médecin et recevoir les soins et traitements appropriés, compte tenu de votre invalidité, selon la Financière Manuvie <p>En tout temps, la Financière Manuvie se réserve le droit de vous demander de subir un examen médical, psychiatrique, psychologique, fonctionnel et/ou une évaluation pédagogique ou professionnelle par un spécialiste désigné par la Financière Manuvie.</p>
<p>Exclusions</p>	<p><i>Aucune prestation n'est versée pour les invalidités liées à ce qui suit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • blessures auto-infligées, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale • guerre, insurrection, toute action hostile d'une force armée ou participation à une émeute ou à toute agitation civile • soins médicaux ou chirurgicaux qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical • perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression • blessures subies pendant que vous étiez au

	<p>volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant, y compris l'alcool</p> <ul style="list-style-type: none"> • abus de substances engendrant une dépendance, y compris drogue et alcool, sauf si vous participez activement ou coopérez à un programme de traitement médical pour toxicomanes en établissement approuvé par la Financière Manuvie • une affection préexistante qui entraîne une invalidité au cours des 12 premiers mois de la garantie en cas d'invalidité de longue durée. Une affection préexistante est une maladie ou une blessure (qu'elle soit diagnostiquée ou non) pour laquelle vous avez été traité ou vous avez consulté un médecin, ou pour laquelle des médicaments ont été prescrits, dans les 90 jours précédant la date d'effet de votre couverture
<p>Périodes n'ouvrant pas droit au versement de prestations</p> <p><i>(à moins que votre employeur ne soit tenu de verser des prestations au cours de cette période en vertu de lois ou de règlements)</i></p>	<p>Périodes où vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n'êtes pas suivi et traité par un médecin pour votre état d'invalidité, selon la Financière Manuvie • touchez des prestations de maternité ou parentales au titre du régime d'assurance-emploi • êtes mis à pied • êtes en congé autorisé • touchez une rémunération ou des sommes versées par tout employeur • touchez des prestations au titre d'un régime de maintien du salaire offert par votre employeur • si vous occupez un emploi, à l'exclusion d'une activité prévue au titre du programme de réadaptation • êtes incarcéré
<p>Montant de la prestation d'invalidité</p>	<p>Le montant de la prestation payable correspond au montant indiqué ci-dessus, réduit de toute somme que vous recevez ou à laquelle vous avez droit en raison de la même invalidité ou d'une invalidité connexe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'assurance contre les accidents du travail ou d'une couverture semblable • les prestations versées en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de

	<p>rentes du Québec</p> <ul style="list-style-type: none"> • les prestations versées au titre de tout régime d'assurance automobile de l'État, sauf si la loi l'interdit <p>En ce qui concerne le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec, il faut, à la demande de la Financière Manuvie, faire un réexamen, un appel ou une nouvelle demande à la suite du refus d'une prestation, et fournir à la Financière Manuvie une preuve satisfaisante qu'un réexamen, un appel ou une nouvelle demande de prestation a été fait. Au besoin, le montant de la prestation payable sera de nouveau réduit de sorte que la somme totale 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:</p> <p>a) toute somme que vous touchez ou êtes en droit de toucher au titre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • de toute autre assurance collective ou de toute assurance d'une association ou pour franchisés • de tout régime de pension ou de retraite • du salaire ou sommes payables par tout employeur, y compris les indemnités de départ ou les paies de vacances • du travail à votre propre compte • de tout régime d'État, à l'exclusion des prestations d'assurance-emploi <p>Toute augmentation des revenus d'autres sources par suite de l'indexation sur le coût de la vie n'aura aucune incidence sur le montant des prestations versées au titre de la garantie.</p>
Règles de calcul des prestations	<p>La Financière Manuvie applique les règles suivantes au calcul des prestations d'invalidité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les prestations d'autres sources et dont le versement a commencé avant le début de l'invalidité actuelle du salarié ne sont pas prises en considération • les prestations d'autres sources ne sont pas rajustées pour prendre en considération la différence entre la situation fiscale de ces prestations et celle des prestations que doit verser la Financière Manuvie • les modifications touchant toute prestation, autres que les indexations sur le

	<p>coût de la vie, sont prises en considération et la prestation peut alors faire l'objet d'un nouveau calcul</p> <ul style="list-style-type: none"> • les prestations exigibles au titre d'une assurance-salaire individuelle ne sont pas prises en considération • pour ce qui est des prestations qui ne sont pas versées mensuellement, la Financière Manuvie calcule l'équivalent mensuel de ces prestations • lorsque vous ne présentez aucune demande visant une prestation à laquelle vous êtes admissible, la Financière Manuvie détermine le montant approximatif de cette prestation et celle-ci est réputée vous avoir été versée
Subrogation	<p>Si vous êtes en droit d'intenter une action en dommages-intérêts contre un tiers par suite de votre invalidité, la Financière Manuvie vous demandera de remplir un engagement de remboursement en vertu du droit de subrogation lorsque vous présenterez votre demande de prestations d'invalidité de longue durée.</p> <p><i>Après le jugement ou le règlement de votre action en justice, si la somme des dommages-intérêts et des prestations versées par la Financière Manuvie dépasse votre revenu antérieur à l'invalidité, vous devrez rembourser l'excédent à la Financière Manuvie.</i></p>
Cessation du versement des prestations	<p>Le versement des prestations d'invalidité prend fin dès que se réalise l'une des éventualités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le jour où votre état ne répond plus à la définition d'invalidité totale au titre de la présente garantie • le jour où vous négligez de fournir à la Financière Manuvie les attestations médicales appropriées confirmant votre empêchement ou votre incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de : <ul style="list-style-type: none"> - votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois suivant(e)s, et - tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus • le jour où vous refusez de vous laisser

	<p>examiner par un spécialiste indépendant désigné par la Financière Manuvie</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date à laquelle la période d'indemnisation maximale prend fin • la date de votre décès
<p>Invalidité récidivante</p>	<p>Si vous êtes de nouveau totalement invalide en raison des mêmes causes ou de causes analogues au cours des six mois suivant la fin de la période d'indemnisation, la Financière Manuvie considérera la période d'invalidité comme une prolongation de la période d'invalidité précédente. Vous ne serez pas tenu d'accomplir à nouveau toute période d'attente applicable. Les prestations seront calculées en fonction de votre rémunération à la date du début de votre période d'invalidité précédente. Le versement des prestations pour l'ensemble des périodes d'invalidité ne peut pas excéder la période d'indemnisation maximale.</p> <p>Si vous êtes de nouveau totalement invalide plus de six mois suivant la fin de la période d'indemnisation, cette période d'invalidité sera considérée comme une période d'invalidité distincte.</p> <p>Deux périodes d'invalidité dont les causes sont différentes sont considérées comme des périodes d'invalidité distinctes si elles sont séparées par au moins une journée de travail.</p>
<p>Soumission des demandes de règlement : <i>Veillez communiquer avec votre administrateur de régime 6 à 8 semaines avant la fin de votre période d'attente. La Financière Manuvie communiquera avec vous afin de discuter des détails de votre couverture d'invalidité de longue durée.</i></p> <p>Versement des prestations : <i>Les prestations d'invalidité sont versées chaque mois à terme échu. Si un versement 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.</i></p>	
<p>Réadaptation</p> <p>Lorsque la Financière 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.</p> <p>En vue de déterminer s'il y a lieu de vous offrir un programme de réadaptation, la Financière Manuvie tiendra compte de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la nature, l'étendue et la durée prévue de votre invalidité • votre formation, votre scolarité ou votre expérience • la nature, la portée, les objectifs et les coûts d'un programme de réadaptation <p>Programme de réadaptation</p> <p>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, dans votre cas, des services de réadaptation sont appropriés, la Financière Manuvie mettra sur pied, en collaboration avec vous et votre employeur, un</p>	

programme de réadaptation structuré qui vous préparera à retourner au travail :

- pour votre employeur
- pour un autre employeur
- à votre propre compte

Prestations d'invalidité pendant la réadaptation

Vous continuez 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 antérieure à 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, la Financière 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.

Assurance vie

<p>Vous pourriez compléter cette couverture en vous procurant des garanties facultatives ou personnelles qui s'appliquent à votre régime.</p>	
Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<i>Pour vous à titre de salarié</i>	
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	1 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 250 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	250 000 \$
Réduction et cessation de la couverture	Le montant de la garantie diminue de 50 % à 65 ans; la garantie prend fin à l'âge de 70 ans ou à l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé
Période d'attente pour l'exonération de primes	112 jours
Exonération de primes	<p>Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant l'âge de 65 ans, et si vous répondez aux critères d'admissibilité pour l'exonération de la prime, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans que vous ayez à acquitter la prime.</p> <p>Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois suivant(e)s • tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus <p>La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.</p> <p>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.</p>
Droit de transformation	En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer en assurance individuelle l'assurance vie collective, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Votre demande de transformation de

	<p>l'assurance vie collective en assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance vie collective. Si vous 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.</p> <p>Veillez vous reporter à la description du droit de transformation dans la section Options de souscription d'une assurance individuelle.</p>
<i>Pour votre conjoint et vos personnes à charge</i>	
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	10 000 \$ pour votre conjoint et 5 000 \$ pour chaque enfant à charge
Cessation de la couverture	dès que le salarié atteint l'âge de 70 ans ou, s'il est moins élevé, la date à laquelle le salarié prend sa retraite
Période d'attente pour l'exonération de la prime	112 jours
Exonération de primes	Si vous devenez totalement invalide avant votre 65e anniversaire de naissance, que vous êtes assuré et que vous répondez aux critères d'admissibilité à l'exonération de prime, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans que vous ayez à en acquitter la prime.
Droit de transformation	<p>Si l'assurance vie de votre conjoint prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. La proposition d'assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours qui suivent la cessation de l'assurance collective.</p> <p>Veillez vous reporter à la description du droit de transformation dans la section Options de souscription d'une assurance individuelle.</p>
<p>Votre bénéficiaire ou vos ayants droit doivent présenter une demande de prestation dans les 90 jours suivant la date de votre décès. Ils peuvent se procurer les documents nécessaires auprès du promoteur de régime. Les demandes d'exonération de primes doivent être présentées dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.</p> <p>Si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale, que votre espérance de vie est d'au plus 24 mois et que vous avez besoin d'une aide financière, vous pourriez avoir droit à une avance sous la forme d'un versement anticipé sur le capital-décès.</p>	

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.

Prestation de survie

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Si vous décédez pendant que les personnes à votre charge sont assurées au titre du régime d'assurance collective, la Financière Manuvie maintiendra en vigueur, sans qu'il soit nécessaire d'acquitter la prime, les garanties suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Vie des personnes à charge• Soins médicaux complémentaires	<p>La couverture est maintenue en vigueur jusqu'à la première des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• la date à laquelle une personne à votre charge n'est plus une personne à charge• la date à laquelle une personne à charge devient admissible à des garanties semblables auprès d'un autre assureur• la date à laquelle 24 mois se sont écoulés depuis votre décès ou• la date où le contrat d'assurance collective prend fin

Assurance décès et mutilation accidentels

La prestation à verser pour chaque perte correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de la blessure.	
Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	1 fois votre salaire annuel, jusqu'à concurrence de 250 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	250 000 \$
Réduction et cessation de la couverture	Le montant de la garantie diminue de 50 % à 65 ans; la garantie prend fin à l'âge de 70 ans ou à l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé
<p>La perte couverte doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • résulter directement d'une blessure accidentelle; • survenir dans les 365 jours qui suivent la date de la blessure accidentelle; • être totale et irréversible ou irrémédiable <p>Exclusions :</p> <p>Aucune somme ne sera versée à l'égard de la présente garantie pour un décès accidentel ou une perte accidentelle découlant de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suicide ou blessures auto-infligées • guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire • 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 handicap physique ou mental • vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque vous êtes membre du personnel navigant 	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de la vie - 100 % • Perte de l'usage ou perte des deux mains ou des deux pieds - 100 % • Perte de la vue des deux yeux - 100 % • Perte d'une main et d'un pied - 100 % • Perte d'une main et de la vue d'un oeil - 100 % • Perte d'un pied et de la vue d'un oeil - 100 % • Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles - 100 % • Perte de l'usage ou perte d'un bras ou d'une jambe - 75 % • Perte de l'usage ou perte d'une main ou d'un pied - 66 2/3 % • Perte de la vue d'un oeil - 66 2/3 % • Perte de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles - 66 2/3 % • Perte du pouce et de l'index ou d'au moins quatre doigts de la même main - 33 1/3 % • Perte de tous les orteils d'un pied - 25 % • Perte de l'ouïe d'une oreille - 25 % • Hémiplégie, paraplégie ou quadriplégie - 200 %

<ul style="list-style-type: none"> • vol à bord d'un appareil de navigation aérienne, y compris les accidents survenant en cours d'embarquement ou de débarquement, ou lors de la descente de l'appareil en cours de vol, lorsque l'employeur ou toute autre personne agissant pour le compte de l'employeur, possède, utilise ou loue l'appareil • Perpétration ou tentative de perpétration d'une agression ou d'un acte criminel • blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'influence de tout produit intoxicant, y compris l'alcool 	<p><i>Dans le cas de la perte de l'usage de la parole ou de la perte 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.</i></p> <p><i>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 : hémiplegie, paraplegie et quadriplégie; dans ces trois cas, la prestation maximale ne peut pas excéder 200 % (à condition que la prestation soit versée de votre vivant).</i></p>
<p>Exposition aux éléments et disparition</p>	<p>Si vous subissez 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 vous voyagez, une prestation est versée pour cette perte. La prestation à verser est déterminée conformément au tableau des pertes.</p> <p>Si vous disparaîsez et que votre corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'atterrissage forcé, la disparition, la destruction, la submersion ou l'échouement du véhicule dans lequel vous voyagez, la prestation prévue en cas de décès est versée.</p>
<p>Exonération de primes</p>	<p>Si vous êtes exonéré du paiement de la prime d'assurance vie du salarié parce que vous êtes totalement invalide, vous êtes également exonéré du paiement de la prime de la présente garantie. L'exonération de la prime de l'Assurance Décès et mutilation accidentels prend fin à la cessation du régime.</p>
<p><i>Toute demande de prestation doit être présentée dans les 90 jours suivant la date à laquelle est survenu le décès ou la blessure. Vous pouvez vous procurer les documents nécessaires auprès du promoteur du régime. Les demandes d'exonération de primes doivent être présentées dans les 180 jours qui suivent la fin de la période d'attente.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.</i></p>	

Couverture et services additionnels que vous pouvez souscrire

Le promoteur de votre régime a également prévu des garanties facultatives que vous pouvez souscrire si vous souhaitez obtenir une couverture additionnelle pour vous et les membres de votre famille, c'est-à-dire en plus de ce dont vous bénéficiez dans le cadre de la couverture et des services de base.

Assurance vie facultative

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<i>Pour vous à titre de salarié</i>	
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	Tranches de 10 000 \$ - maximum de 200 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	Vous devrez présenter une preuve d'assurabilité pour tous les montants d'assurance.
Réduction et cessation de la couverture	65 ans ou l'âge au départ en retraite, s'il est moins élevé
Période d'attente pour l'exonération de primes	112 jours
Exonération de primes	<p>Si vous devenez totalement invalide en cours de garantie et avant l'âge de 65 ans, et que vous répondez aux critères d'admissibilité pour l'exonération de la prime, votre assurance vie est maintenue en vigueur sans que vous ayez à en acquitter la prime, tant que vous demeurez totalement invalide et respectez les autres conditions d'admissibilité, jusqu'à l'âge de cessation de la couverture.</p> <p>Invalidité totale s'entend de l'empêchement ou de l'incapacité, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir les tâches essentielles de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • votre emploi habituel au cours de la période d'attente et des 24 mois suivant(e)s • tout emploi convenant à la formation, à l'instruction ou à l'expérience que vous possédez ou pourriez acquérir, après la période de 24 mois précisée ci-dessus <p>La Financière Manuvie ne tient pas compte des possibilités d'emploi lors de l'évaluation de l'invalidité.</p> <p>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.</p>
Droit de transformation	En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer en assurance individuelle l'assurance vie collective, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Votre demande de transformation de l'assurance vie collective en assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à

	<p>la Financière Manuvie dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance vie collective. Si vous 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.</p> <p>Veillez vous reporter à la description du droit de transformation dans la section Options de souscription d'une assurance individuelle.</p>
Exclusions	Dans le cas d'un suicide, nous ne verserons aucun montant au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.
Pour votre conjoint	
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	Tranches de 10 000 \$ - maximum de 200 000 \$
Maximum sans preuve d'assurabilité	Vous devrez présenter une preuve d'assurabilité pour tous les montants d'assurance.
Cessation de la couverture	65 ans (âge du salarié ou du conjoint) ou âge du salarié à son départ à la retraite, selon la première éventualité
Exonération de primes	Si vous êtes exonéré du paiement de la prime d'assurance vie du salarié parce que vous êtes totalement invalide, vous êtes également exonéré du paiement de la prime de la présente garantie tant que vous demeurez invalide et respectez les autres conditions d'admissibilité, jusqu'à votre 65e anniversaire de naissance (âge du salarié).
Droit de transformation	<p>Si l'assurance vie facultative de votre conjoint prend fin, il est possible que vous ayez le droit de transformer cette assurance en une assurance individuelle sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. La proposition d'assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours qui suivent la cessation de l'assurance collective.</p> <p>Veillez vous reporter à la description du droit de transformation dans la section Options de souscription d'une assurance individuelle.</p>
Exclusions	Dans le cas d'un suicide, nous ne verserons aucun montant au titre de toute assurance vie facultative ayant été en vigueur depuis moins d'un an.

Couverture de base pour les personnes à votre charge	
Période probatoire	3 mois
Montant d'assurance	tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 25 000 \$ pour chaque enfant Un enfant doit être âgé d'au moins 14 jours pour être admissible à la couverture. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée.
Cessation de la couverture	Dès que le salarié atteint l'âge de 65 ans ou prend sa retraite, ou l'âge auquel l'enfant n'est plus admissible à la garantie, selon la première éventualité.
Exonération de primes	Si vous êtes exonéré du paiement de la prime d'assurance vie du salarié parce que vous êtes totalement invalide, vous êtes également exonéré du paiement de la prime de la présente garantie tant que vous demeurez invalide et respectez les autres conditions d'admissibilité, jusqu'à votre 65e anniversaire de naissance (âge du salarié).
Droit de transformation	En cas de cessation ou de réduction de votre couverture, il se pourrait que vous ayez le droit de transformer en assurance individuelle l'assurance vie collective, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. Votre demande de transformation de l'assurance vie collective en assurance individuelle et la première prime mensuelle doivent parvenir à la Financière Manuvie dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre assurance vie collective. Si vous 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 de plus amples renseignements sur le droit de transformation , consultez l'administrateur de votre régime.
<p>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.</p> <p>Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire pour vous assurer qu'elle correspond à vos intentions actuelles.</p>	

Options de souscription d'assurance individuelle offertes si vous sortez du régime

La cessation de votre assurance collective ne signifie pas pour autant que vous deviez mettre fin à vos liens avec la Financière Manuvie. Vous avez la possibilité de souscrire une assurance personnelle.

Droit de transformation

Certaines garanties du régime de base (assurance vie, assurance vie facultative, assurance maladies graves et assurance maladies graves facultative) vous donnent la possibilité de souscrire une assurance individuelle si votre assurance collective prend fin ou est réduite, sans qu'il soit nécessaire de présenter une preuve d'assurabilité. Vous devez faire parvenir votre demande de transformation, accompagnée de la première prime mensuelle, dans les 31 jours suivant la cessation ou la réduction de votre couverture. D'autres conditions particulières à la couverture que vous souhaitez souscrire peuvent figurer à la section portant sur les renseignements propres à chaque garantie du présent document.

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

Emporte-moi^{MC} Assurance-santé

Le régime Emporte-moi Assurance-santé est spécialement conçu pour ceux dont la cessation de leur assurance pour soins médicaux collective est récente ou imminente. Le régime Emporte-moi Assurance-santé vous permet de continuer à bénéficier de la couverture des soins médicaux et des soins dentaires sans devoir remplir un questionnaire médical; vous n'avez donc pas à craindre une interruption de votre couverture ni de celle des êtres qui vous sont chers.

Si vous demandez l'assurance dans les 60 jours qui suivent la perte de votre assurance collective pour les soins médicaux et dentaires, vous serez admissible à notre régime et ce, sans avoir à remplir de questionnaire sur votre état de santé.

Emporte-moi Assurance Santé offre quatre formules assorties de niveaux de couverture différents; vous êtes donc certain de trouver la combinaison qui vous convient.

Pour obtenir de plus amples renseignements, demander un dépliant, obtenir une soumission, souscrire l'assurance en ligne ou imprimer un formulaire de demande d'assurance, rendez-vous à l'adresse www.pourmeproteger.com ou composez le 1 877 268-3763.

Définitions

Définition de quelques-uns des termes utilisés dans le présent document

Pourcentage de remboursement

Pourcentage résultant du partage des coûts entre vous et le régime. Le calcul des frais qu'il incombe au participant d'acquitter est effectué après l'application de toute franchise. Ainsi, dans le cas d'un régime prévoyant un pourcentage de remboursement de 80 %, les frais engagés vous sont remboursés à hauteur de 80 % une fois la franchise acquittée. Il ne vous reste alors plus qu'à régler le solde des frais.

Quote-part

Somme fixe que vous devez payer chaque fois que vous utilisez un service dans le cadre du régime. La plupart du temps, la quote-part s'applique dans des cas où une demande est traitée chez le fournisseur. La garantie Médicaments peut, par exemple, prévoir une quote-part de 2 \$. Quel que soit le coût de l'ordonnance exécutée par le pharmacien, vous devez alors payer une quote-part de 2 \$.

Personne à charge

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

Conjoint

- votre conjoint légitime, ou une personne habitant maritalement continuellement avec vous depuis au moins 12 mois.

Enfant

- un enfant naturel ou adopté ou un enfant du conjoint qui :
 - n'est pas marié
 - est âgé :
 - de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'il est un étudiant à temps plein, dans le cas de la garantie Soins médicaux complémentaires;
 - de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'il est un étudiant à temps plein, dans le cas des autres garanties, s'il y a lieu;
 - n'est pas employé à temps plein
 - n'est pas admissible à l'assurance, à titre d'employé, en vertu du présent régime ou de tout autre régime d'assurance collective
- un enfant qui est atteint d'incapacité à la date à laquelle son assurance arriverait normalement à échéance, continuera d'être considéré comme une personne à charge admissible. Toutefois, l'enfant doit avoir été couvert au titre du régime d'assurance collective jusqu'à cette date
- l'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il n'est pas à même d'exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison d'une invalidité physique ou mentale, il dépend du salarié pour ses besoins et sa subsistance. La Financière 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
- pour être admissible, l'enfant par alliance doit habiter avec vous

- un enfant doit être âgé d'au moins un jour pour être admissible à l'assurance (sauf pour les garanties Soins dentaires et Soins médicaux complémentaires).

Médicaments

- Produits prescrits par écrit par un médecin, un dentiste ou un autre professionnel de la santé dont le champ de pratique lui permet de rédiger des ordonnances dans sa province
- Produits devant être délivrés par un pharmacien dûment autorisé
- Produits dont l'usage est approuvé par Santé Canada et auxquels est attribué un code d'identification DIN

RAMQ - Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des 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 :

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

Les dispositions suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments et à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29.01). Les dispositions standard précisées dans votre régime 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, le pourcentage de remboursement des frais de médicaments couverts au titre de la présente garantie est déterminé comme suit :

- i) si les médicaments figurent sur la liste de la RAMQ et ne sont normalement pas remboursables au titre de la présente garantie, les frais sont remboursés selon le pourcentage de remboursement prévu au titre de la garantie;
- ii) si les services pharmaceutiques prescrits par la réglementation ne sont pas remboursables au titre de la présente garantie, le pourcentage de remboursement est celui qui est prescrit par la réglementation alors applicable;
- iii) si les médicaments figurent sur la liste de la RAMQ et sont également couverts par la présente garantie, les frais sont remboursés selon :
 - le pourcentage prévu au titre de la garantie ou
 - le pourcentage prescrit par la réglementation alors applicable, si celui-ci 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 la partie des frais de médicaments ou des services

pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie ne soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

i) le montant de la franchise et

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

iii) les services pharmaceutiques couverts qui sont rendus par les pharmaciens pour des médicaments figurant sur la Liste de médicaments de la RAMQ.

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

Aux fins du calcul de votre contribution maximale annuelle et de celle de votre conjoint, la partie des frais de médicaments et de services pharmaceutiques couverts payés à l'égard des enfants à votre 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 assurée ait versé la contribution maximale annuelle. Par la suite, la franchise ne s'applique pas.

d) Maximum la vie durant

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

i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ;

ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;

iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts par la Financière Manuvie est le pourcentage prévu par la Loi.

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 présente brochure;

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

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

- seuls sont couverts les médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;
- seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;
- le pourcentage de remboursement des frais couverts par la Financière Manuvie est le pourcentage prévu par la Loi.

f) Cessation de la couverture

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 des médicaments des participants ayant atteint l'âge de cessation de la couverture :

- i) seuls sont couverts les médicaments figurant sur la liste de la RAMQ;
- ii) seuls sont couverts les services pharmaceutiques liés à des médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ;
- iii) le pourcentage de remboursement des frais couverts par la Financière Manuvie est le pourcentage prévu par la Loi.
- iiii) La contribution maximale annuelle est celle qui est prévue par la Loi.

Toutes les dispositions standard précisées dans la présente brochure s'appliquent aux médicaments couverts au titre de la présente garantie mais ne figurant pas sur la liste de la RAMQ.

Diligence raisonnable

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

Rémunération

Par rémunération, on entend le taux de salaire normal que vous touchez de votre employeur (avant retenues)

- y compris les primes habituelles
- y compris les heures supplémentaires habituelles

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

Si vous travaillez à la commission, votre rémunération sera le montant précisé sur votre formule T4-T4A de l'année précédente. Si vous avez accompli moins d'une année de service pour le compte de votre employeur, votre rémunération comprendra la moyenne totale des commissions que vous avez touchées pendant votre période d'emploi courante.

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

- le revenu que vous aurez déclaré sur le formulaire de demande de règlement, ou
- le revenu que votre employeur aura déclaré à la Financière Manuvie et au titre duquel des primes auront été versées.

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.

Médicament interchangeable

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

- tout produit générique équivalant au médicament de marque qui est jugé interchangeable selon la loi applicable dans la province/le territoire où l'ordonnance est exécutée;
- un médicament qui contient le même ingrédient actif qui n'a pas été jugé interchangeable dans la province/le territoire où l'ordonnance est exécutée, mais qui a été reconnu comme interchangeable par la Financière Manuvie.

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.

Urgence médicale ou non médicale pendant un voyage

Urgence découlant d'une blessure soudaine et inattendue ou d'une maladie imprévue qui survient pendant un voyage d'affaires ou d'agrément à l'extérieur de la province/du territoire ou à l'étranger; cette blessure accidentelle ou cette maladie ne doit pas avoir été diagnostiquée ni traitée auparavant au Canada.

Nécessaires du point de vue médical

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

Maximum sans preuve d'assurabilité

Montant d'assurance maximal dont vous pouvez bénéficier sans devoir présenter une preuve de bonne santé. L'acceptation de tout montant en sus de ce maximum est assujettie à l'approbation par la Financière Manuvie de la preuve d'assurabilité fournie.

Contribution maximale

Somme maximale que vous devez déboursier avant que ne commencent à être versées des prestations. Cette somme comprend les franchises ainsi que les frais qu'il vous incombe d'acquitter en fonction du pourcentage de remboursement, mais à l'exclusion de la quote-part et de la prime mensuelle.

Test de médecine personnalisée

Un test pharmacogénomique qui fournit des renseignements sur la réaction d'une personne aux médicaments.

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.

Infection pyogène

Infection bactérienne ou inflammation qui produit dans les tissus infectés un liquide qui est généralement visqueux et de couleur blanc jaunâtre. Ce liquide est composé de globules blancs, de tissus nécrosés et de débris cellulaires.

Frais raisonnables et habituels

Du plus bas des montants suivants :

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