



Brochure de votre régime d'assurance collective

Groupe Financier Signature inc.

Courtiers rattachés

Numéro de contrat :
22541

Date d'effet mise à jour :
1er janvier 2026

CROIX BLEUE MC
MEDAVIE

Nous vous souhaitons la bienvenue dans votre régime collectif

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

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

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

Depuis près de 75 ans, Croix Bleue est un partenaire reconnu à l'échelle du Canada en matière de soins de santé pour les particuliers, les employeurs et les gouvernements. Aider à améliorer la santé et le bien-être des personnes et de leur collectivité est au cœur de nos objectifs.

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

À propos de la brochure

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

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

Conseil pratique

Visitez le Centre de l'adhérent au www.cbmedavie.ca.

Votre brochure est divisée de la façon suivante :

- **Sommaire des garanties :** cette section décrit les éléments principaux de chaque garantie. Il est important de lire le Sommaire des garanties conjointement avec les modalités des garanties afin de bien comprendre votre couverture.

- **Modalités de la couverture :** cette section contient des renseignements importants concernant les conditions d'admissibilité à votre couverture collective. Ces modalités précisent le moment où votre couverture débute et se termine, ainsi que d'autres renseignements utiles qui vous aideront à profiter de votre couverture.

- **Droits et responsabilités en vertu du contrat :** cette section énonce votre responsabilité en vertu du contrat collectif (telles que votre responsabilité d'aviser votre employeur de tout changement à votre statut) ainsi que vos droits (tels que votre droit à la protection des renseignements personnels).

- **Comment soumettre une demande de règlement et obtenir de plus amples renseignements :** cette section contient des renseignements supplémentaires sur les nombreuses options qui vous sont offertes pour soumettre vos demandes de règlement et sur la façon d'obtenir de plus amples renseignements sur votre couverture.

- **Conseils pratiques :** tout au long de la présente brochure, nous fournissons des conseils utiles pour vous aider à mieux comprendre vos garanties collectives et à en profiter au maximum.

Application mobile Medavie

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

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire des garanties 1
Termes-clés 15
Modalités de la couverture 19
Exonération des primes 24
Garantie Vie de l'adhérent 26
Garantie Vie des personnes à charge 28
Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent 29
Garantie Maladies graves (étendue) 35
Garantie Médicaments 48
Garantie Soins de santé complémentaires 54
Garantie Soins dentaires 61
Garantie Voyage 66
Vos droits et responsabilités en vertu du contrat 76
Comment soumettre une demande de règlement 80
Ressources supplémentaires et services aux adhérents 82

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	25 000 $
Maximum sans preuve d'assurabilité	25 000 $
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	La prestation est réduite à un montant fixe de 12 500 $ à l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	70 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Garantie Vie des personnes à charge

Montant de la prestation	
Conjoint	5 000 $
Enfant*	2 500 $/enfant
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à sa retraite
Exonération des primes	Oui

*Dès la naissance ou 28 semaines de gestation si mort-né.

Sommaire des garanties

Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent

Calcul de la prestation	Montant fixe
Prestation maximale	Même montant que la Garantie Vie de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	Même montant que la Garantie Vie de l'adhérent
Réduction de la prestation	La prestation est réduite à un montant fixe de 12 500 $ à l'âge de 65 ans
Fin de la garantie	70 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Maladies graves étendue
Module Argent

Montant de la prestation	
Prestation maximale	
Adhérent	10 000 $
Conjoint	2 000 $
Enfant	1 000 $/enfant
Prestation partielle	10 % de la prestation maximale
Nombre maximal de maladies admissibles à la prestation	Jusqu'à 2 maladies non reliées admissibles à la prestation maximale à vie 1 prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle 1 maladie infantile admissible à vie
Période de survie	30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la définition des maladies graves admissibles
Fin de la garantie	Lorsque l'assuré reçoit 2 prestations maximales, ou lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite, selon la première éventualité. De plus, la couverture d'un enfant prend fin lorsque la prestation pour une maladie infantile est versée.
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Maladies graves étendue
Module Or

Montant de la prestation	
Prestation maximale	
Adhérent	25 000 $
Conjoint	5 000 $
Enfant	2 500 $/enfant
Prestation partielle	10 % de la prestation maximale
Nombre maximal de maladies admissibles à la prestation	Jusqu'à 2 maladies non reliées admissibles à la prestation maximale à vie 1 prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle 1 maladie infantile admissible à vie
Période de survie	30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la définition des maladies graves admissibles
Fin de la garantie	Lorsque l'assuré reçoit 2 prestations maximales, ou lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans ou à sa retraite, selon la première éventualité. De plus, la couverture d'un enfant prend fin lorsque la prestation pour une maladie infantile est versée.
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments

	Module Bronze	Module Argent	Module Or
Franchise	5 $ par médicament prescrit	5 $ par médicament prescrit	Aucune
Pourcentage de remboursement	Coassurance actuelle de la RAMQ*	70 %*	80 %*
Méthode de paiement	Paiement direct		
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui		
Provision maximale	Provision de 100 jours (une provision de 1 mois pourrait s'appliquer à certains médicaments)		
Liste de médicaments			
Médicaments spécialisés à prix élevé	Liste gérée		
Tous les autres médicaments admissibles	Liste régulière		
Caractéristiques du programme de gestion			
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique		
Gestion des opioïdes	Incluse		
Modules supplémentaires	**Maximum**		
Systèmes de surveillance du glucose	4 000 $/année civile		
Gestion des maladies chroniques	500 $/année civile		
Médicaments de fertilité	5 000 $ à vie		
Injections sclérosantes	40 $/visite		
Médicaments reliés aux cures d'amaigrissement	Inclus - Autorisation préalable requise		
Période minimale de participation	24 mois		
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de la vie.		
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent		
Prolongation pour les survivants	24 mois		

* Pour les Assurés du Québec, le Pourcentage de remboursement, le remboursement des services pharmaceutiques et la contribution maximale applicable répondent aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Module Bronze

Franchise	
Hospitalisation	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	Aucune

	Pourcentage de remboursement	**Maximum**	**Hébergement**
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 $/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année civile	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	50 %	1 000 $/année civile	
Soins infirmiers	50 %	10 000 $/année civile	
Professionnels de la santé :		**Maximum par année civile**	
Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/ Conseiller-thérapeute/ Psychoéducateur/Psychothérapeute [maximum combiné])		Non couvert	
Chiropraticien		Non couvert	
Naturopathe		Non couvert	
Acupuncteur		Non couvert	
Homéopathe		Non couvert	
Diététiste		Non couvert	
Ostéopathe		Non couvert	
Podologue/Podiatre (maximum combiné)		Non couvert	
Audiologiste		Non couvert	
Orthophoniste		Non couvert	
Ergothérapeute		Non couvert	
Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technologue en physiothérapie (maximum combiné)		Non couvert	
Massothérapeute/Kinothérapeute/ Orthothérapeute (maximum combiné)		Non couvert	
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, podologue/podiatre)		Non couvert	

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Module Bronze

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	50 %	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	50 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	50 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	50 %	200 $/année civile
Prothèses auditives	50 %	700 $/3 années civiles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	50 %	200 $/année civile
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	50 %	300 $/année civile
Chaussures profondes	50 %	100 $/année civile
Tests diagnostiques**	50 %	1 000 $/année civile
Tests pharmacogénétiques	50 %	500 $ à vie
Autres fournitures et services médicaux	50 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	50 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue***	50 %	1/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 21 ans
Période minimale de participation	24 mois	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de la vie.	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

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

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Module Argent

Franchise	
Hospitalisation	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	Aucune

	Pourcentage de remboursement	**Maximum**	**Hébergement**
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 $/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année civile	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	70 %	1 000 $/année civile	
Soins infirmiers	70 %	10 000 $/année civile	
Professionnels de la santé :		**Maximum par année civile**	
Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/ Conseiller-thérapeute/ Psychoéducateur/Psychothérapeute [maximum combiné])	70 %	300 $*	
Chiropraticien	70 %	300 $*	
Naturopathe	70 %	300 $*	
Acupuncteur	70 %	300 $*	
Homéopathe	70 %	300 $*	
Diététiste	70 %	300 $*	
Ostéopathe	70 %	300 $*	
Podologue/Podiatre (maximum combiné)	70 %	300 $*	
Audiologiste	70 %	300 $*	
Orthophoniste	70 %	300 $*	
Ergothérapeute	70 %	300 $*	
Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technologue en physiothérapie (maximum combiné)	70 %	300 $*	
Massothérapeute/Kinothérapeute/ Orthothérapeute (maximum combiné)	70 %	300 $*	
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, podologue/podiatre)	70 %	50 $/professionnel	

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Module Argent

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	70 %	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	70 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	70 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	70 %	200 $/année civile
Prothèses auditives	70 %	700 $/3 années civiles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	70 %	200 $/année civile
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	70 %	300 $/année civile
Chaussures profondes	70 %	100 $/année civile
Tests diagnostiques**	70 %	1 000 $/année civile
Tests pharmacogénétiques	70 %	500 $ à vie
Autres fournitures et services médicaux	70 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	70 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue***	70 %	1/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 21 ans
Période minimale de participation	24 mois	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de la vie.	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

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

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires

Module Or

Franchise	
Hospitalisation	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Toutes les autres garanties de soins de santé complémentaires	Aucune

	Pourcentage de remboursement	**Maximum**	**Hébergement**
Hospitalisation			
Hôpital	100 %		Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 $/jour jusqu'à concurrence de 120 jours/année civile	
Fournitures et services médicaux			
Service ambulancier	80 %	1 000 $/année civile	
Soins infirmiers	80 %	10 000 $/année civile	
Professionnels de la santé :		**Maximum par année civile**	
Professionnels de la santé mentale (Psychologue/Travailleur social/ Conseiller-thérapeute/ Psychoéducateur/Psychothérapeute [maximum combiné])	80 %	300 $*	
Chiropraticien	80 %	300 $*	
Naturopathe	80 %	300 $*	
Acupuncteur	80 %	300 $*	
Homéopathe	80 %	300 $*	
Diététiste	80 %	300 $*	
Ostéopathe	80 %	300 $*	
Podologue/Podiatre (maximum combiné)	80 %	300 $*	
Audiologiste	80 %	300 $*	
Orthophoniste	80 %	300 $*	
Ergothérapeute	80 %	300 $*	
Physiothérapeute/Thérapeute du sport/Technologue en physiothérapie (maximum combiné)	80 %	300 $*	
Massothérapeute/Kinothérapeute/ Orthothérapeute (maximum combiné)	80 %	300 $*	
Radiographies (chiropraticien, ostéopathe, naturopathe, podologue/podiatre)	80 %	50 $/professionnel	

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires
Module Or

Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement	Maximum
Équipement médical*	80 %	1/mois pour la location, 1/5 années civiles si l'achat est approuvé
Aides à la mobilité et appareils orthopédiques	80 %	Voir le texte de la garantie
Prothèses	80 %	Voir le texte de la garantie
Appareils pour personnes diabétiques	80 %	200 $/année civile
Prothèses auditives	80 %	700 $/3 années civiles
Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure	80 %	200 $/année civile
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	80 %	300 $/année civile
Chaussures profondes	80 %	100 $/année civile
Tests diagnostiques**	80 %	1 000 $/année civile
Tests pharmacogénétiques	80 %	500 $ à vie
Autres fournitures et services médicaux	80 %	Voir le texte de la garantie
Soins dentaires à la suite d'un accident	80 %	Évaluation préalable requise
Soins de la vue		
Examen de la vue***	80 %	1/24 mois consécutifs/12 mois consécutifs pour un assuré de moins de 21 ans
Période minimale de participation	24 mois	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de la vie.	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

*Autorisation préalable requise.

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

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

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires
Module Argent

Franchise	50 $ par assuré, maximum de 100 $ par famille, par année civile	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	**Maximum**
Soins préventifs	70 %	750 $/année civile combiné avec les soins de base
Examens et diagnostic		
Examens de rappel		1/6 mois consécutifs
Services préventifs		
Polissage des dents		1/6 mois consécutifs
Traitement au fluorure		1/6 mois consécutifs
Détartrage		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	70 %	750 $/année civile combiné avec les soins préventifs
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Sans objet	
Période minimale de participation	24 mois	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de la vie.	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires
Module Or

Franchise	25 $ par assuré, maximum de 50 $ par famille, par année civile	
Guide des tarifs	Année courante / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au taux des généralistes)	
	Pourcentage de remboursement	**Maximum**
Soins préventifs	80 %	1 500 $/année civile combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure
Examens et diagnostic		
Examens de rappel		1/6 mois consécutifs
Services préventifs		
Polissage des dents		1/6 mois consécutifs
Traitement au fluorure		1/6 mois consécutifs
Détartrage		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le surfaçage radiculaire)
Soins de base	80 %	1 500 $/année civile combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		8 unités/12 mois consécutifs (combiné avec le détartrage)
Soins de restauration majeure	50 %	1 500 $/année civile combiné avec les soins préventifs et les soins de base
Restauration et prothèses		Voir le texte de la garantie
Implants		1 par dent/10 années civiles
Restaurations sur implants		1 par dent/10 années civiles
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Ponts	
Période minimale de participation	24 mois	
Changement d'option	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un événement de la vie.	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Prolongation pour les survivants	24 mois	

Sommaire des garanties

Garantie Voyage

Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection*	
Moins de 75 ans	Les 180 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
75 ans et plus	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
	Maximum
Garantie Médico-hospitalière d'urgence	2 000 000 $ par assuré par événement**
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada* **	500 000 $ par assuré, à vie
Garantie Annulation et interruption de voyage	5 000 $/assuré/voyage
Garantie Bagages	500 $/assuré/voyage
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent
Prolongation pour les survivants	24 mois

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

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

***Autorisation préalable requise.

Vous et vos personnes à charge

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

- Employé, adhérent et assuré font référence à vous-même;
- Personne à charge, conjoint, enfant et assuré font référence à vos personnes à charge.

Employé : Une personne qui :

- réside au Canada; et
- est au service de l'employeur à raison d'un minimum de 30 heures de travail par semaine.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

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

Conjoint : Une personne qui :

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

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

Conseil pratique

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

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

Vous pouvez mettre à jour votre statut familial ou celui de vos personnes à charge en remplissant et en soumettant un formulaire de demande de modification, disponible sur notre site Internet.

Conseil pratique

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

Enfant : Une personne qui :

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

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

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

Autres termes importants

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

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

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 6 activités suivantes :

- se laver : se laver dans une baignoire, sous la douche ou avec un gant de toilette;
- se vêtir : mettre ou retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux;
- se servir des toilettes : aller aux toilettes et en revenir, et assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent : gérer les fonctions urinaires et intestinales avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver son hygiène personnelle;
- se mouvoir : se lever du lit, se coucher, s'asseoir et se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant; et
- se nourrir : consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies.

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

- l'adhérent réside au Québec; et
- l'assuré est assujetti à la Loi sur l'assurance médicaments.

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

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



Conseil pratique

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

Événement de la vie : Une situation résultant de l'un des événements suivants, et qui permet à l'adhérent d'apporter des modifications à sa couverture :

- mariage ou union de fait;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- la couverture de l'adhérent ou de sa personne à charge auprès d'un autre assureur prend fin pour des raisons qui échappent à leur contrôle; ou
- décès d'une personne à charge.

Une preuve d'assurabilité est requise pour toute demande reçue plus de 31 jours après la date à laquelle est survenu l'événement de la vie.

Expérimental ou aux fins de recherche : Traitement, procédure, équipement, établissement, médicament ou utilisation d'un médicament qui, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux :

- ne sont pas médicalement nécessaires; ou
- pour lesquels il manque des études publiées démontrant leur efficacité et leur sécurité pour le patient, pour une condition donnée; ou
- ne sont pas reconnus comme une norme de soins dans les directives de prescription ou les protocoles d'établissement des pratiques en vigueur.

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

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

La Franchise s'applique par médicament prescrit ou année civile, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties. Toutefois, les frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et qui satisfont en partie ou en totalité la franchise pour cette année-là peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

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

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

Conseil pratique

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

Conseil pratique

Membre de la famille désigne pour un assuré :

- son conjoint ou conjoint de fait;
- son parent et le conjoint ou conjoint de fait de son parent;
- ses enfants et les enfants de son conjoint ou conjoint de fait;
- ses frères et ses sœurs;
- ses petits-enfants; ou
- ses grands-parents.

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

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

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

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

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

Maladie : Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessitent des soins médicaux réguliers et continus.

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

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

Conseil pratique

Croix Bleue rembourse seulement les frais qui sont médicalement nécessaires.

Période d'adhésion : La période d'adhésion est déterminée par le preneur.

Période minimale de participation : La période minimale pendant laquelle vous devez rester couvert selon la couverture ou l'option choisie, à moins d'avoir un évènement de la vie

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur, incluant les heures supplémentaires ou toute rémunération supplémentaire reçues sur une base régulière. Sont exclus les dividendes non habituels, ainsi que toute forme de rémunération non habituelle comme les bonis, les primes et les gratifications.

Pour les employés dont le salaire est basé sur des commissions, le salaire est la rémunération habituelle moyenne de l'employé versée par l'employeur au cours des deux années d'emploi précédentes, selon ce qui est indiqué sur les feuillets d'impôt de l'Agence du revenu du Canada (ARC). Si l'employé n'a pas complété deux années de service continu, le salaire sera calculé au prorata du temps travaillé.

Conseil pratique

Si mentionné dans le Sommaire des garanties, votre revenu peut être utilisé pour le calcul de vos prestations vie, de décès et mutilation par accident ou d'invalidité (s'il y a lieu).

Pour le calcul des prestations, le revenu est le moindre du :

- revenu selon la présente définition; ou
- dernier revenu déclaré à Croix Bleue et utilisé dans le calcul de la prime payable.

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

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

Usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante : Au sujet de frais engagés par l'assuré qui sont :

- comparables aux frais chargés habituellement par les professionnels de la santé ou fournisseurs approuvés pour des services ou des fournitures similaires, dans la province où les frais sont engagés; et
- selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, comparables en termes de fréquence et de quantité à ce qui serait habituellement prescrit ou requis selon l'état de santé de l'assuré.

Qui est admissible à la couverture?

Vous êtes admissible à la couverture si vous :

- répondez à la définition d'employé et êtes effectivement au travail; et
- avez complété un délai d'admission de **3 mois**.

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



Conseil pratique

Délai d'admission désigne la période continue pendant laquelle vous devez être effectivement au travail avant d'être admissible à l'assurance.

Pour être admissible à la couverture, vous et vos personnes à charge devez avoir droit à la couverture gouvernementale de soins de santé ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Vous devez continuer de travailler le nombre minimum d'heures par semaine pour conserver votre admissibilité en vertu du contrat.

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

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

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



Conseil pratique

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

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

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

Comment adhérer à la couverture?

Demande d'adhésion

Pour adhérer à la couverture, vous devez soumettre une demande d'adhésion remplie et signée et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité en raison de l'une des raisons figurant ci-dessus.

La demande d'adhésion doit parvenir à Croix Bleue dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à votre couverture ou celle de votre personne à charge.



Conseil pratique

Si vous n'adhérez pas à la couverture dans les 31 jours suivant votre admissibilité, votre participation ultérieure aux garanties peut être restreinte et votre niveau de protection pourrait être réduit.

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

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

- vous avez le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives; et
- vous avez le droit de vous exempter des garanties soins de santé pour vous ou vos personnes à charge si vous ou vos personnes à charge avez déjà une couverture similaire en vertu d'un autre régime collectif. Dans ce cas, vous ou vos personnes à charge redeviendrez admissibles aux garanties soins de santé si vous faites face à un événement de la vie, en soumettant une preuve d'assurabilité (s'il y a lieu).



Conseil pratique

Les garanties soins de santé peuvent comprendre : la Garantie Médicaments, la Garantie Soins de santé complémentaires, la Garantie Soins dentaires et la Garantie Voyage.

Quand ma couverture prend-elle effet?

Employés

Votre couverture prend effet à la dernière des dates suivantes :

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

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

Personnes à charge

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

- la date à laquelle vous devenez admissible à la couverture;
- la date à laquelle elles répondent à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve leur preuve d'assurabilité, s'il y a lieu; ou
- le jour suivant leur sortie de l'hôpital, si elles sont hospitalisées à la date à laquelle elles seraient admissibles à la couverture, sauf si :
  - elles étaient couvertes en vertu d'un contrat antérieur; elles sont alors couvertes à la date d'entrée en vigueur du contrat; ou
  - l'enfant est né pendant que cette couverture est en vigueur; l'enfant est couvert dès sa naissance, ou en ce qui concerne la Garantie Vie, au moment spécifié dans la Garantie Vie des personnes à charge du Sommaire des garanties (s'il y a lieu).



Conseil pratique

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

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

Maladie – Accident

Lorsque vous vous absentez du travail en raison d'une maladie ou d'un accident, votre couverture est maintenue. Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter de la période maximale pour laquelle votre couverture sera maintenue.

Congé de maternité – Congé parental

Au cours d'un congé de maternité ou d'un congé parental, vous pouvez choisir entre le maintien ou le non-maintien de toutes les couvertures pour la période maximale prévue en vertu de la législation applicable.

Votre décision de maintenir ou de ne pas maintenir votre couverture doit être faite avant votre congé et vous ne pouvez pas revenir sur cette décision à une date ultérieure. Si vous décidez de maintenir votre couverture, vous devez continuer à payer vos primes (s'il y a lieu) pour toute la durée de l'absence.

Si vous êtes un assuré du Québec, vous devez au moins maintenir la Garantie Médicaments, sauf si vous avez une couverture médicaments en vertu d'un autre régime collectif.

Mise à pied temporaire – Congé autorisé – Suspension disciplinaire – Grève ou lockout

Dans ces circonstances, veuillez communiquer avec votre administrateur de régime collectif pour discuter des garanties que vous devez maintenir au cours d'une telle absence et de la période maximale pour laquelle ces garanties peuvent être maintenues.

Puis-je changer de module?

Vous devez choisir le même module pour toutes les garanties.

Si vous négligez de choisir un module, vous serez automatiquement couvert en vertu du module Argent.

Un changement de module ne peut être effectué que lors de la période d'adhésion, une fois tous les 24 mois.

Tout traitement admissible dans un module donné doit être commencé et terminé pendant que le module en question demeure en vigueur à votre égard, à défaut de quoi vous n'êtes pas couvert pour un tel traitement.

Pour que vous puissiez remplacer votre régime par un autre module, vous devez au préalable avoir maintenu votre régime actuel pendant un minimum de 24 mois. Cependant, vous pouvez effectuer un changement de module dans les 31 jours qui suivent un événement de la vie.

Une fois les 31 jours écoulés, vous devez attendre la prochaine période d'adhésion pour modifier vos choix et pour que toute personne nouvellement à votre charge soit couverte.

Passé ce délai de 31 jours, au Québec, et conformément à la législation applicable, vous et vos personnes à charge vous voyez tout de même accorder une couverture en vertu de la Garantie Médicaments, sous réserve des modalités de la présente brochure.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date où le changement de protection aurait pris effet, la modification ne prend effet qu'à la date où vous êtes de nouveau effectivement au travail et répondez à la définition d'employé.

Quand ma couverture se termine-t-elle?

La couverture prend fin à la première des dates suivantes :

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

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

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

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

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

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

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

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

Conseil pratique

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

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

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

Prolongation pour les survivants

Advenant votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes sans paiement de primes pour certaines garanties, comme il est mentionné dans le Sommaire des garanties.

La couverture de vos personnes à charge en vertu de la prolongation pour les survivants se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat collectif se termine;
- la date à laquelle la période maximale est atteinte, selon ce qui est mentionné dans le Sommaire des garanties;
- la date à laquelle vos personnes à charge adhèrent à une couverture similaire en vertu d'un autre régime; ou
- la date à laquelle vos personnes à charge ne répondent plus aux critères d'admissibilité (pour des raisons autres que votre décès).

Et si j'ai une couverture ailleurs?

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

Conseil pratique

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

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

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

Autres régimes de soins de santé

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

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

Conseil pratique

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

Frais engagés pour vous :

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

Conseil pratique

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

Frais engagés pour votre conjoint :

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

Frais engagés pour votre enfant :

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

Objet de la garantie

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

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent contrat ou si l'adhérent invalide appartient à une catégorie d'adhérents qui est n'est pas couverte en vertu de cette garantie, une preuve de l'invalidité totale doit parvenir à Croix Bleue dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Aux fins de l'exonération, la définition d'invalidité totale (ou totalement invalide) utilisée est celle apparaissant dans la clause Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

S'il n'y a pas de Garantie Invalidité de longue durée dans le présent contrat ou si l'adhérent invalide n'est pas couvert en vertu de la Garantie Invalidité de longue durée, l'invalidité totale est définie comme étant :

- l'état d'incapacité continue, résultant d'une maladie ou d'un accident, qui empêche l'adhérent d'accomplir les tâches régulières de toute occupation :
  - qui lui permettrait de gagner au moins 60 % du salaire qu'il gagnait avant le début de son invalidité; et
  - qu'il est raisonnablement apte à exercer (ou pourrait le devenir) de par sa formation, son éducation et son expérience.

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

La disponibilité de l'occupation ou du travail n'est pas prise en considération lors de l'analyse de l'invalidité totale.

Montant de couverture

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

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées à la partir du premier jour suivant la date à laquelle l'adhérent complète le délai de carence de la Garantie Invalidité de longue durée, si l'adhérent répond à la définition d'invalidité totale apparaissant dans les Définitions spécifiques de la Garantie Invalidité de longue durée.

Toutefois, si le présent contrat ne comprend pas de Garantie Invalidité de longue durée ou si la classe d'adhérents à laquelle appartient l'adhérent n'a pas de Garantie Invalidité de longue durée, les primes seront exonérées à partir du premier jour suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale selon la définition apparaissant dans cette section.

Fin de l'exonération des primes

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

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé au préalable par Croix Bleue;

- lorsque l'adhérent refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date normale de la retraite de l'adhérent;
- la date de cessation d'emploi de l'adhérent;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide;
- la date à laquelle la garantie ou le contrat se termine; ou
- la date du décès de l'adhérent.

Si, alors qu'un adhérent est totalement invalide et exonéré de ses primes :

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

l'exonération des primes est maintenue au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus, selon les modalités suivantes :

- la Garantie Vie de l'adhérent et la Garantie Vie facultative de l'adhérent sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent; et
- la Garantie Invalidité de longue durée est maintenue en vigueur et est sujette à l'exonération des primes aussi longtemps que l'adhérent est admissible au versement des prestations d'invalidité de longue durée. Une telle exonération des primes ne peut excéder la Durée maximale des prestations d'invalidité de longue durée indiquée dans le Sommaire des garanties.

Objet de la garantie

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

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

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

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

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

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

Versement de la prestation

Bénéficiaire

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique.

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;

- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
  a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
  b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
  c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
  - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
  - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;
  - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
  - 400 000 $ pour les résidents du Québec, ou 200 000 $ pour les résidents hors Québec; et
- le montant de protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
  - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
  - à 10 000 $ pour les résidents du Québec.

Objet de la garantie

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

Versement de la prestation

Toute prestation est payable à l'adhérent.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

À son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si sa Garantie Vie des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

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

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- les types de police d'assurance vie individuelle pouvant être transformée sont les suivants :
    a) une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par l'un des 2 types de police d'assurance vie suivants (b) ou (c);
    b) une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
    c) une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant de protection de la police individuelle des personnes à charge ne peut être :
    - supérieur au montant de protection de la Garantie Vie des personnes à charge en vigueur à la date de la fin de la garantie; ou
    - inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi, ou à 5 000 $ pour les résidents du Québec.

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

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

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

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

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Protection

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

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

Un adhérent est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident également si son décès est causé par une noyade accidentelle.

Ce qui est couvert

Tableau des prestations

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

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

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

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

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

Exposition et disparition

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

Un adhérent est considéré comme ayant perdu la vie en raison d'un accident si :

- l'adhérent disparaît en raison de la destruction accidentelle, du naufrage ou de la disparition d'un véhicule; et
- son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant l'accident (sauf s'il y a des preuves du contraire qui suggèrent que l'adhérent est toujours en vie).

Retour de la dépouille

Si des prestations sont payables pour une perte de la vie qui se produit à une distance d'au moins 150 kilomètres de la résidence de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais engagés pour :

- la préparation de la dépouille en vue de l'enterrement ou de l'incinération; et
- les frais de transport de la dépouille au lieu de l'enterrement ou de l'incinération, ou les frais d'enterrement ou d'incinération à l'endroit même du décès.

La prestation maximale pour tous les frais couverts en vertu de cette clause est de 10 000 $. Les montants payables sont versés à la personne qui, de l'avis de Croix Bleue, semble avoir droit à la prestation, en raison du fait qu'elle a engagé des frais mentionnés ci-dessus.

À la réception d'une preuve écrite des frais prévus, Croix Bleue peut également faire un paiement anticipé, à condition que le preneur confirme à Croix Bleue :

- le nom de l'adhérent, la date et la cause du décès; et
- que l'adhérent était admissible à la présente garantie à la date de son décès.

Exclusion : le coût du cercueil.

Indemnité en cas de réadaptation

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

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

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

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

Formation professionnelle du conjoint

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par son conjoint pour un programme de formation, à condition que :

- le conjoint prenne part au programme dans le but d'entrer sur le marché du travail dans un emploi pour lequel il n'aurait pas été qualifié autrement; et
- les frais soient engagés dans les 3 ans suivant le décès de l'adhérent.

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

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

Frais d'études pour les enfants

Si la prestation est versée en raison de la perte de la vie de l'adhérent, Croix Bleue paie les frais de scolarité ainsi que les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés pour chaque enfant inscrit dans une institution d'éducation postsecondaire, à condition que l'inscription soit :

- à temps plein; et
- en vigueur au moment du décès de l'adhérent ou qu'elle ait lieu dans les 365 jours suivant son décès.

Le maximum payable par enfant est le moindre parmi les montants suivants :

- 5 % du montant de la protection de l'adhérent mentionné dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles réellement engagés; ou
- 5 000 $ pour chaque année d'études postsecondaires à temps plein, jusqu'à un maximum de 5 années ou jusqu'à ce qu'ils ne répondent plus à la définition d'enfant, selon la première éventualité.

Payable sous forme de versements annuels, le montant est versé à l'enfant (s'il a 18 ans et plus) ou au parent survivant ou au tuteur légal de l'enfant (si l'enfant a moins de 18 ans).

Chaque versement se fait à la réception, par Croix Bleue, d'une preuve écrite de l'inscription et des frais engagés.

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

Indemnité de voyage pour la famille

Si un adhérent est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

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

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

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

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

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

Versement de la prestation

Bénéficiaire

En cas de perte de la vie, Croix Bleue verse la prestation directement au bénéficiaire de l'adhérent. Pour toute autre perte ou tout coma, la prestation est versée à l'adhérent.

Maximum payable

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

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

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

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent prend fin à son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique.

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle est le moindre des montants suivants :
  - le montant de la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie;
  - le montant de toute réduction prévue à la Garantie Décès et mutilation par accident de l'adhérent;
  - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective; et
  - 200 000 $; et
- le montant de protection de la police d'assurance décès et mutilation par accident individuelle ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi.

Objet de la garantie

Sur présentation d'une preuve médicale satisfaisante démontrant que l'assuré souffre d'une maladie grave admissible décrite dans la présente garantie, Croix Bleue paie le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous. S'il y a une modification à la Garantie Maladies graves, la couverture en vigueur au moment où la maladie grave admissible a été diagnostiquée s'applique à toutes les demandes de règlement en lien avec cette maladie admissible.

Conseil pratique

La **garantie Maladies graves étendue** offre un montant forfaitaire en argent qui est versé peu importe votre capacité à travailler ou vos dépenses. Il n'y a aucune restriction sur la façon dont l'argent est utilisé.

Par exemple, vous pouvez utiliser cet argent pour :

- payer le déplacement de vos amis ou des membres de votre famille afin qu'ils puissent vous rendre visite lorsque vous en avez besoin;
- rembourser des dettes; ou
- rénover votre domicile afin de l'adapter à vos nouvelles limitations physiques.

Définitions spécifiques

Les définitions suivantes s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles figurant dans la section Définitions de la présente brochure.

Condition préexistante : Toute condition pour laquelle, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la garantie (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur), l'assuré :

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui a mené à un diagnostic ou à un traitement pour une maladie grave admissible.

Cette définition ne s'applique pas à un enfant né pendant que la couverture familiale est en vigueur.

Maladies non reliées admissibles : Conditions médicales considérées comme ayant une cause distincte et indépendante. Toutes les maladies graves ayant la même cause seront considérées comme des événements reliés et seront admissibles à une seule et même prestation.

Période de survie : La période de temps continue entre la date à laquelle une des maladies graves admissibles est établie et la date à laquelle la prestation est payable, aussi longtemps que l'assuré est toujours vivant. La période de survie est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Spécialiste : Un médecin autorisé à exercer sa profession, reconnu par un comité d'examen de spécialité, et qui détient une formation dans le domaine médical en lien avec la maladie grave admissible pour laquelle la demande de règlement est soumise. En l'absence d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de Croix Bleue, une maladie peut être diagnostiquée par un professionnel de la santé qualifié exerçant au Canada ou aux États-Unis.

Le terme spécialiste inclut, entre autres, les cardiologues, neurologues, néphrologues, oncologues, ophtalmologues, spécialistes des brûlures graves et les internistes. Le spécialiste ne doit pas être :

- l'assuré ou un membre de sa famille; ou
- l'employeur ou un collègue de travail de l'assuré.

Tout test ou examen exigé pour satisfaire aux conditions requises doit être effectué par un médecin qui n'est pas :

- l'assuré ou un membre de sa famille; ou
- l'employeur ou un collègue de travail de l'assuré.

Maladies admissibles à la prestation maximale

Le montant de prestation maximal est versé pour un maximum de 2 maladies graves admissibles non reliées. Lorsque l'assuré reçoit une prestation pour une maladie couverte dans une catégorie, l'assuré n'est plus couvert pour aucune maladie ultérieure faisant partie de la même catégorie.

Catégorie 1 : cancer

Catégorie 2 : chirurgie de l'aorte, pontage coronarien, crise cardiaque, chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation)

Catégorie 3 : cécité, brûlures graves, surdité, pertes de membres, perte de la parole, infection au VIH dans le cadre de l'occupation

Catégorie 4 : anémie aplasique, méningite bactérienne, tumeur cérébrale bénigne, coma, démence (y compris la maladie d'Alzheimer), insuffisance rénale, perte d'autonomie, défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, greffe d'un organe vital, maladie des motoneurones, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés, accident vasculaire cérébral (AVC)

Toutes les conditions doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection pour être considérées comme admissibles à la prestation maximale, à l'exception des brûlures graves. Les brûlures graves sont couvertes, même si elles ne résultent pas d'une maladie ou d'une affection.

Accident vasculaire cérébral (AVC entraînant des déficits neurologiques persistants) : Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie, avec :

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, persistant continuellement pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique démontrant des changements dont la nature, l'emplacement et l'apparition coïncident avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire;
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
- pathologies ischémiques du système vestibulaire;
- mort des fibres du nerf optique ou des cellules de la rétine sans perte totale de la vision de cet œil; ou
- infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition de l'AVC figurant ci-dessus.

Anémie aplasique : Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs; ou
- greffe de moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

Brûlures graves : Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cancer : Diagnostic formel d'une tumeur maligne. Cette tumeur doit être caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste et doit être confirmé par un rapport de pathologie.

Aux fins de la présente maladie :

- Le cancer de la prostate au stade T1a ou T1b désigne une tumeur cliniquement muette qui n'était pas palpable lors de l'examen rectal digital et a été détectée de manière fortuite dans le tissu prostatique reséqué.
- Le terme tumeur stromale gastro-intestinale (TSGI) au stade 1 selon la classification de l'AJCC désigne :
  - des TSGI gastriques et épiploïques dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 10 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm^2, ou 50 par HPF; ou
  - des TSGI intestinales, œsophagiennes, colorectales, mésentériques et péritonéales de petite taille, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 5 cm, et qui contiennent cinq mitoses ou moins par 5 mm^2, ou 50 par HPF.
- Les termes Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 1 selon la classification de l'AJCC respectent la définition consignée dans le manuel de stadification du cancer (8e édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).
- Le terme stade 0 selon la classification de Rai respecte la définition consignée dans la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A. Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de non invasives, de précancéreuses, de lésions à potentiel de malignité restreint ou incertain, de limites, de carcinome in situ ou de tumeurs au stade Tis ou Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases à distance;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance. Ceci inclut, entre autres, le lymphome cutané à cellules T, le carcinome basocellulaire, le carcinome épidermoïde ou le carcinome à cellules de Merkel;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- cancer de la thyroïde de type papillaire ou folliculaire, ou les deux, dont la plus grande dimension tumorale est inférieure ou égale à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases à distance;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 0 selon la classification de Rai, sans augmentation du volume des nœuds lymphoïdes, de la rate ou du foie, et laissant apparaître un nombre normal de plaquettes et de globules rouges;
- tumeurs stromales gastro-intestinales au stade 1 selon la classification de l'AJCC;
- tumeurs neuroendocriniennes (carcinoïdes) de grade 1 limitées à l'organe touché, traitées uniquement au moyen de la chirurgie et ne nécessitant aucun autre traitement, à part les médicaments postopératoires contre les effets de l'hypersécrétion hormonale produite par la tumeur; ou
- thymome (stade 1) limité au thymus, sans signe d'invasion de la capsule ou de propagation au-delà du thymus.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu du présent contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Cécité : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :

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

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte : Chirurgie visant à traiter une maladie de l'aorte et nécessitant l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. On entend par « aorte » l'aorte thoracique ou abdominale, mais non ses ramifications. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

Chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation) : Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

Coma : Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : les comas provoqués médicalement, ainsi que les comas directement ou indirectement causés par l'usage d'alcool ou de drogue ou un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) **:** Diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne une augmentation et une chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'électrocardiogramme (ECG) après une intervention cardiaque intra-artérielle, y compris, entre autres, une coronarographie ou une angioplastie.

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

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie dans les cas suivants :

- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur;
- autres syndromes coronariens aigus, y compris une angine de poitrine ou une angine instable; ou
- augmentation des biomarqueurs cardiaques ou symptômes résultant de procédures médicales ou de diagnostics autres que celui de la crise cardiaque.

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe : Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe d'un point de vue médical. Pour être admissible à la garantie visant la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente, l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Pour les besoins de la période de survie, la date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de l'assuré dans un centre de transplantation. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Démence, y compris maladie d'Alzheimer : Diagnostic formel de démence, posé par un spécialiste, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets); ou
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

L'assuré doit présenter :

- une démence de gravité modérée ou plus, qui doit être démontrée par un *Mini Mental State Exam* dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Exclusion : les troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.

Le *Mini Mental State Exam* fait référence à la publication "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician (MF Folstein, SE Folstein, PR McHugh, J Psychiatry Res. 1975; 12(3):189).

Greffe d'un organe vital : Diagnostic formel d'insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse, qui nécessite une greffe d'organe d'un point de vue médical.

Pour être admissible à la garantie visant la greffe d'un organe vital, l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Infection au VIH dans le cadre de l'occupation : Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait ses tâches habituelles.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'entrée en vigueur de la couverture.

La prestation pour cette maladie grave ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

a) la blessure accidentelle doit être signalée à Croix Bleue dans les 14 jours suivant cette blessure;
b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
c) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
d) tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;

e) la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave dans les cas suivants :

- l'assuré a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par l'usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale : Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie des motoneurones : Diagnostic formel de l'un des troubles suivants: sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Le diagnostic de maladie des motoneurones doit être posé par un spécialiste.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés :

Maladie de Parkinson : Diagnostic formel de maladie de Parkinson primitive, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants : rigidité musculaire ou tremblement de repos. L'assuré doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés : Diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique spécifié doit être posé par un neurologue.

Exclusion de 1 an : Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson ou les syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés si, dans la première année suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique spécifié ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique spécifié ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique spécifié, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique spécifié ou son traitement.

Aucune prestation ne sera exigible pour la maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques pour tout autre type de parkinsonisme.

Méningite bactérienne : Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes. La présence de bactéries pathogènes doit être confirmée par la culture ou d'autres tests microbiologiques généralement reconnus sur le plan médical. La méningite bactérienne doit entraîner des déficits neurologiques documentés pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Exclusion : une méningite virale.

Paralysie : Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie : Diagnostic formel de l'incapacité totale, résultant d'une maladie ou d'une blessure, d'effectuer de manière autonome au moins trois des six activités de la vie quotidienne :

- avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- sans espoir raisonnable de rétablissement; et
- sur une période continue d'au moins 90 jours.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un médecin et confirmé par une évaluation indépendante des besoins en soins à domicile effectuée par un ergothérapeute ou un professionnel de la santé équivalent.

Aucune période de survie supplémentaire ne s'applique une fois que les conditions mentionnées ci-dessus sont remplies.

Perte de l'usage de la parole : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : perte de l'usage de la parole pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres : Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage coronarien: Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Exclusion : angioplastie, intervention chirurgicale intra-artérielle, intervention transcathéter percutanée ou intervention non chirurgicale.

Sclérose en plaques : Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes survenant après la date d'entrée en vigueur de la garantie :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par au moins une imagerie par résonnance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée entraînant des déficits neurologiques objectifs persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; ou
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent de nouvelles plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable dans les cas suivants :

- sclérose solitaire;
- syndrome clinique isolé;
- syndrome radiologiquement isolé;
- maladie du spectre de la neuromyélite optique; ou
- suspicion de sclérose en plaques, ou diagnostic possible de sclérose en plaques.

Exclusion de 1 an : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans la première année suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de sclérose en plaques, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de sclérose en plaques.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur la sclérose en plaques, ou sur toute maladie grave causée par la sclérose en plaques ou son traitement.

Surdité : Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne : Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. L'assuré doit avoir subi un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou la tumeur doit avoir provoqué des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Ces déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique démontrant des changements dont la nature, l'emplacement et l'apparition coïncident avec les déficits neurologiques.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Les déficits neurologiques doivent être détectables par le spécialiste et peuvent inclure, entre autres, une perte de vision ou d'audition mesurable, des changements mesurables sur le plan des fonctions neurocognitives, la perte de sensation objective, la paralysie, la faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté à articuler), la dysphasie (difficulté à parler), la dysphagie (difficulté à déglutir), une anomalie de la démarche (difficulté à marcher), la difficulté à garder l'équilibre, le manque de coordination ou les crises d'apparition récente faisant l'objet d'un traitement. Les maux de tête ou la fatigue ne sont pas considérés comme des déficits neurologiques.

Aucune prestation ne sera payable pour cette maladie grave en cas d'adénomes hypophysaires d'une taille inférieure à 10 mm, de malformations vasculaires, de cholestéatomes ou de tumeurs contagieuses ou inflammatoires.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené directement ou indirectement à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Maladies infantiles admissibles

Lorsque l'adhérent a une couverture familiale, une prestation sera versée selon le montant indiqué dans le Sommaire des garanties pour un enfant, pour un maximum de 1 maladie infantile couverte à vie.

Les maladies infantiles couvertes sont les suivantes :

- **Autisme :** anomalie organique dans le développement du cerveau caractérisée par l'incapacité de développer un langage de communication ou d'autres formes de communication sociale, avec un diagnostic confirmé par un psychiatre de l'enfance ou un pédiatre avant le troisième anniversaire de naissance de l'enfant.
- **Paralysie cérébrale :** diagnostic formel de paralysie cérébrale, un trouble neurologique non progressif caractérisé par une spasticité et un manque de coordination des mouvements.
- **Cardiopathie congénitale :** un ou plusieurs des diagnostics de maladies cardiaques des listes suivantes :

  Liste A

  a) Retour veineux pulmonaire anormal total;
  b) Transposition des gros vaisseaux;
  c) Atrésie de valve cardiaque quelconque;
  d) Coarctation de l'aorte;
  e) Ventricule unique;
  f) Hypoplasie du cœur gauche;
  g) Ventricule gauche à double issue;
  h) Tronc artériel commun;
  i) Tétralogie de Fallot;
  j) Syndrome d'Eisenmenger;
  k) Ventricule à double entrée;
  l) Hypoplasie du cœur droit; ou
  m) Maladie d'Ebstein.

Les maladies susmentionnées sont couvertes après 30 jours de période de survie, à partir de la date la plus tardive entre celle du diagnostic et celle de la naissance. Le diagnostic de toutes les maladies de la Liste A doit être fait par un cardiologue pédiatrique qualifié, et attesté par une imagerie cardiaque appropriée.

Liste B

a) Sténose pulmonaire;
b) Sténose aortique;
c) Sténose aortique sous-valvulaire discrète;
d) Communication interventriculaire; ou
e) Communication interauriculaire.

Les maladies susmentionnées sont couvertes uniquement lorsqu'une chirurgie à cœur ouvert est pratiquée pour traiter la maladie, après 30 jours de période de survie à partir de la date la plus tardive entre celle du diagnostic et celle de la naissance. Le diagnostic de toutes les maladies de la Liste B doit être fait par un cardiologue pédiatrique qualifié, et attesté par une imagerie cardiaque appropriée. La chirurgie doit avoir été recommandée par un cardiologue pédiatrique qualifié et réalisée par un chirurgien cardiaque au Canada.

- **Fibrose kystique :** Diagnostic formel de fibrose kystique confirmé par preuves de maladie pulmonaire chronique et d'insuffisance pancréatique.
- **Trisomie 21 :** Diagnostic formel de trisomie 21 posé par un spécialiste qualifié.
- **Dystrophie musculaire :** Diagnostic formel de dystrophie musculaire caractérisée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par électromyographie et biopsie musculaire.
- **Diabète sucré de type 1 :** Diagnostic de diabète sucré de type 1, caractérisé par une carence complète d'insuline et une dépendance permanente à l'insuline exogène pour survivre. Le diagnostic doit être fait par un pédiatre ou un endocrinologue qualifié autorisé à pratiquer au Canada et y exerçant sa profession, et il doit y avoir des preuves de dépendance à l'insuline pour une période minimale de trois mois.

Aucune prestation n'est payable si un enfant nait dans les 10 mois suivant la date d'entrée en vigueur de la couverture familiale et que cet enfant obtient un diagnostic de maladie infantile à l'intérieur de ces 10 mois.

Maladies admissibles à la prestation partielle

Le montant partiel de la garantie sera versé, jusqu'au montant indiqué dans le Sommaire des garanties, pour toutes maladies graves suivantes qui ne mettent pas la vie en danger :

- Angioplastie coronarienne;
- Carcinome canalaire *in situ* (Tis) du sein;
- Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b); ou
- Mélanome malin de stade 1A.

L'assuré est admissible à une prestation partielle à vie pour chaque maladie grave admissible à la prestation partielle. La prestation partielle ne réduit pas le montant de couverture disponible pour les maladies graves admissibles à la prestation complète.

Toutes les conditions doivent être le résultat d'une maladie ou d'une affection pour être considérées comme admissibles à la prestation partielle. Les maladies suivantes sont admissibles à la prestation partielle, sous réserve des limites spécifiées dans le Sommaires des garanties :

Angioplastie coronarienne : Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Carcinome canalaire in situ (Tis) du sein : Un cancer non invasif qui doit être confirmé par biopsie. Le diagnostic du carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) : Le diagnostic du cancer de la prostate de stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu de la prostate.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette condition si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Mélanome malin au stade 1A : Un mélanome confirmé par biopsie dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1,0 mm, sans être ulcéré ou accompagné d'invasions aux niveaux de Clark IV ou V. Le diagnostic du mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste.

Exclusion de 90 jours : Aucune prestation ne sera payable en vertu de cette maladie grave si, dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie, l'assuré :

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer, peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- a reçu un diagnostic de cancer.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à Croix Bleue dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, Croix Bleue peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Versement de la prestation

La prestation est payable à la fin de la période de survie mentionnée dans le Sommaire des garanties, à condition que l'assuré soit toujours vivant à ce moment-là.

La prestation par assuré est limitée au montant de prestation maximal mentionné dans le Sommaire des garanties, peu importe le nombre de maladies graves admissibles que l'assuré peut subir.

Le montant de prestation maximal est payable pour un maximum de 2 maladies non reliées et admissibles à la prestation maximale. Dès lors qu'une prestation devient payable pour une maladie couverte faisant partie d'une catégorie (catégorie 1, 2, 3 ou 4), l'assuré n'est plus couvert pour aucune maladie ultérieure faisant partie de la même catégorie. Toutefois, l'assuré est admissible à une deuxième prestation maximale pour une maladie couverte faisant partie d'une autre catégorie.

Le montant de prestation partiel est payable pour un maximum de 4 maladies admissibles à la prestation partielle. L'assuré est admissible à 1 prestation partielle par maladie couverte qui ne met pas la vie en danger.

Le montant de prestation maximal est payable pour 1 maladie infantile couverte.

Délai pour soumettre une demande de règlement

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard dans les 12 mois suivant la date d'établissement du diagnostic.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation pour toute condition résultant, directement ou indirectement, de l'une des causes suivantes :

a) une condition préexistante, sauf si la maladie grave admissible survient après la période de 24 mois suivant le début de la protection à l'égard de l'assuré;
b) un accident, sauf si les brûlures graves constituent la maladie grave admissible;
c) une tentative de suicide ou une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement;
d) utilisation de tout poison, substance intoxicante ou de drogue, sauf s'ils sont prescrits par un médecin et sont utilisés selon les recommandations de ce dernier;
e) la participation à un acte criminel ou la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
f) tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute drogue (y compris la marijuana) ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident; ou
g) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), l'hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Maladies graves (étendue) de l'adhérent prend fin à son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance maladies graves individuelle auprès de Croix Bleue.

À son 65e anniversaire de naissance ou avant cette date, un conjoint a le droit de souscrire une police d'assurance maladies graves individuelle auprès de Croix Bleue si sa Garantie Maladies graves (étendue) prend fin pour toute autre raison qu'une requête de l'adhérent.

La Garantie Maladies graves de l'adhérent ou du conjoint (en vertu du présent contrat ou d'un contrat antérieur) doit être en vigueur pendant au moins 24 mois consécutifs avant que l'adhérent ou le conjoint ait le droit de souscrire une assurance maladies graves individuelle.

Modalités de la police individuelle

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

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police d'assurance maladies graves individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police d'assurance maladies graves individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance maladies graves individuelle est le moindre des montants suivants :
  - le montant de la Garantie Maladies graves (étendue) en vigueur à la date de fin de la garantie;
  - le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective; et
  - 100 000 $; et
- le montant de protection de la police d'assurance maladies graves individuelle ne peut être inférieur au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi.

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

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

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN);
- considéré selon Croix Bleue, comme un médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi, à moins qu'il ne soit spécifiquement mentionné comme étant couvert en vertu de la présente garantie;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

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

Médicament essentiel ne nécessitant pas une ordonnance : Un médicament admissible qui ne nécessite pas d'ordonnance en vertu de la loi, mais que Croix Bleue juge comme étant essentiel aux besoins de l'assuré en matière de soins de santé. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

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

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

Médicament spécialisé à prix élevé : Un médicament admissible qui requiert une autorisation préalable et qui :

- est considéré par le Groupe consultatif sur les médicaments comme un médicament spécialisé à prix élevé; ou
- répond aux critères suivants :
  - coûte 10 000 $ ou plus par traitement ou par année civile;
  - sert à traiter des maladies complexes qui sont chroniques et/ou mettent la vie en danger, comme les maladies cardiaques, l'arthrite rhumatoïde, le cancer, la sclérose en plaques ou l'hépatite C; et
  - est prescrit par un spécialiste.

Programme de soutien aux patients : Un programme qui fournit une assistance et des services aux assurés auxquels des médicaments spécialisés à prix élevé ont été prescrits.

Ce qui est couvert

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

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
  - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
  - une autorisation préalable; ou
  - une coordination avec les programmes de soutien aux patients;
- le remboursement d'un médicament spécialisé à prix élevé peut être réduit en fonction du montant de l'aide financière offert en vertu d'un programme de soutien aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section;
- le remboursement des médicaments biologiques peut être réduit au coût d'un médicament biosimilaire, tel que déterminé par Croix Bleue;
- le remboursement de médicaments admissibles qui ne sont pas distribués par une pharmacie de détail approuvée se limitera à un barème de prix tel que déterminé par Croix Bleue; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

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

- les fournitures pour personnes diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, ainsi que les fournitures pour pompe à insuline;
- les systèmes de surveillance du glucose, y compris les récepteurs, les transmetteurs et les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC) pour les adhérents auxquels de l'insuline est prescrite pour le traitement du diabète;
- les frais pour les services de gestion des maladies chroniques incluant l'évaluation initiale, les services conseil et les sessions de suivi, l'encadrement sur la gestion des symptômes, la prise de médicaments et le développement de plans d'action pour des problèmes de santé considérés comme admissibles par Croix Bleue;
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur les listes suivantes de médicaments :

Conseil pratique

Visitez notre site Internet, vous y trouverez des renseignements utiles sur la gestion des maladies chroniques.
www.cbmedavie.ca/vivremieux

Médicaments spécialisés à prix élevé :

- **Liste gérée :** La liste des médicaments admissibles qui sont assujettis aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Tous les autres médicaments admissibles :

- **Liste régulière** : La liste de tous les médicaments admissibles. Cette liste n'est pas assujettie aux décisions du Groupe consultatif sur les médicaments.

Conseil pratique

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

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

Autorisation préalable

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

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

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

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

Conseil pratique

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

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

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

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

Caractéristiques du programme de gestion

Clause de substitution

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit. En ce qui concerne les médicaments biologiques, Croix Bleue se réserve le droit de rembourser ces derniers au coût d'un médicament biosimilaire moins coûteux.

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

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

Conseil pratique

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

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

Gestion des opioïdes

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la gestion des opioïdes s'applique, certains médicaments admissibles ne seront pas admissibles à un remboursement, et d'autres médicaments admissibles peuvent exiger une autorisation préalable. La gestion des opioïdes fait en sorte que les assurés reçoivent un remboursement pour les médicaments ayant les meilleures données cliniques pour la gestion de la douleur tout en effectuant la gestion d'usage abusif ou de mésusage.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du contrat.

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

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

Conseil pratique

Si votre régime comporte un mode de paiement direct, demandez toujours à votre fournisseur approuvé de soumettre vos achats de façon électronique. Vous aurez ainsi la certitude de ne pas débourser un montant plus élevé que nécessaire.

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les catégories de médicaments ou services suivants ne sont pas admissibles à un remboursement, même lorsque prescrits :

a) injections sclérosantes;
b) auxiliaires antitabagiques;
c) vaccins;
d) vitamines orales et injectables;
e) traitements reliés aux cures d'amaigrissement, incluant les médicaments, les protéines et les aliments ou les suppléments alimentaires;
f) produits de santé naturels incluant les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les remèdes traditionnels, les suppléments nutritifs et les compléments alimentaires sauf lorsque mentionné spécifiquement;
g) médicaments de fertilité;
h) médicaments pour traiter le dysfonctionnement sexuel;
i) stimulants pour la pousse des cheveux;
j) services, traitements ou fournitures qui :
   i. ne sont pas médicalement nécessaires;
   ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
   iii. sont facultatifs; ou
   iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
k) procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé ou un médecin dans une clinique privée;
l) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
m) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
n) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
o) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
p) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
q) toute forme de cannabis; et
r) services de pharmacie.

Conseil pratique

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

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

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

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

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

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

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

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

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

Déboursé maximum par année civile

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

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

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

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

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

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie.

Exception : s'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la présente garantie offre une couverture complémentaire au régime public de la RAMQ, les frais suivants sont admissibles, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie.

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

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

Objet de la garantie

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

Conseil pratique

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

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

Définitions spécifiques

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

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

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

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

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

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

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

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

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

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

Ce qui est couvert

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

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

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

Hospitalisation

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

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique.

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

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

Fournitures et services médicaux

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

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

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

Conseil pratique

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

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

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

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

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

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

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

Exclusions :

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

Conseil pratique

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

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

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- lit d'hôpital manuel ou électrique, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, percuteur, pompe à succion, appareil de ventilation spontanée en pression positive à deux niveaux (BiPAP), appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) et respirateur;
- pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

Conseil pratique

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

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

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

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

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

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

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

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

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

Exclusions :

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

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

Les pompes à insuline sont admissibles dans la catégorie Équipement médical.

Les fournitures pour personnes diabétiques sont admissibles dans la Garantie Médicaments.

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

Exception : pour un assuré de moins de 21 ans qui a besoin d'une prothèse auditive pour chaque oreille, le Maximum mentionné dans le Sommaire des garanties est par oreille.

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

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure : Les frais pour :

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

Conseil pratique

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

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

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

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

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

Tests pharmacogénétiques : Les frais pour l'analyse de la constitution génétique d'un assuré afin de déterminer comment il réagira à certains médicaments prescrits ou comment il métabolisera ces médicaments. L'analyse doit être fournie par un laboratoire approuvé par Croix Bleue.

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

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 $ par année civile;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 $ par année civile;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 $ par année civile;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas de contention), jusqu'à concurrence de 200 $ par année civile;
- stérilet, jusqu'à concurrence de 75 $ par 2 années civiles;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, si approuvées par un orthophoniste qualifié et autorisées par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 500 $ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 300 $ par 5 années civiles;
- entraînement visuel et exercices correctifs de la vue prodigués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 $ à vie; et
- verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 200 $ par 24 mois consécutifs. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices.

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

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

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur;
- débuter dans les 180 jours suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période; et
- avoir été reçu dans les 2 ans suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Conseil pratique

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

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

Soins de la vue

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un fournisseur approuvé pour un examen de la vue.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

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

Comment les frais admissibles sont-ils calculés

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

Exclusions et restrictions

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

a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou les frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
f) services, traitements ou fournitures qui :
    i. ne sont pas médicalement nécessaires;
    ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
    iii. sont facultatifs; ou
    iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais spécifiquement mentionnés comme un frais admissible en vertu du présent contrat), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du contrat, le cas échéant;
i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires;
l) examens médicaux ou bilans de santé;
m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;

n) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
o) services ou frais engagés en raison :
    i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
    ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commission d'un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

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

Objet de la garantie

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

Définition spécifique

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

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes.

Exception : Lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps :

- dans le guide des tarifs en vigueur dans la province où le traitement est rendu, ou
- dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime,

chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Conseil pratique

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

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

Ce qui est couvert

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

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
  - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
  - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvé par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 60 % du montant indiqué dans le guide des tarifs pour le service fourni;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
  - d'un dentiste;
  - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
  - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

Conseil pratique

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

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

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- Examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 2 années civiles;
- Examen de rappel;
- Examen buccal d'urgence; et
- Examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par année civile.

Conseil pratique

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

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- Série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Intra-orales :
  - périapicales; et
  - occlusales et interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année civile;
- Sialographies; et
- Substances radio-opaques.

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

- Culture microbiologique;
- Biopsie des tissus buccaux mous;
- Biopsie des tissus buccaux durs; et
- Examen cytologique.

Conseil pratique

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

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- Polissage des dents;
- Traitement au fluorure;
- Instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- Scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement);
- Détartrage; et
- Appareils de maintien (pour les assurés de moins de 18 ans seulement).

Soins de base

Conseil pratique

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

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- Restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- Tenons de rétention;
- Restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate; et
- Coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Pulpotomie;
- Pulpectomie;
- Traitement de canal;
- Chirurgie endodontique;
- Blanchiment (sur dents dévitalisées seulement); et
- Apexification.

Conseil pratique

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

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- Chirurgie parodontale;
- Jumelage provisoire;
- Soins des infections aiguës;
- Désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- Curetage;
- Surfaçage radiculaire;
- Équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- Appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- Ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile; et
- Autres services parodontaux complémentaires.

Conseil pratique

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

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

- Réparations;
- Ajustements;
- Rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 1 par 2 années civiles; et
- Nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- Ablation de dents et de racines;
- Exposition et déplacement chirurgicaux de dents;
- Incision, ablation et drainage de tumeurs ou de kystes;
- Frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- Ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- Soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Anesthésie;
- Pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- Finition des obturations.

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- Incrustations;
- Incrustations avec recouvrement de cuspides; et
- Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (ceci exclut les restaurations préfabriquées).

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

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

- Corps coulé;
- Pivot préfabriqué;
- Recimentation d'incrustation ou de couronne; et
- Ablation d'incrustation ou de couronne.

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
- Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles;
- Implants, si mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- Restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles, si spécifié dans le Sommaire des garanties; et
- Fabrication et pose initiales d'une prothèse dentaire permanente ou d'un pont, si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie.



Conseil pratique

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

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

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

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

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

Date du traitement

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

Exclusions et restrictions

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

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

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

Objet de la garantie

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

Définitions spécifiques

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

Urgence ou situation d'urgence : Une situation soudaine et inattendue qui nécessite un traitement médical immédiat suite à :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours d'un voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant un voyage (ou avant de réserver un voyage), mais qui ne fait pas l'objet d'un plan de traitement établi.

Hôpital : Un établissement qui :

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

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

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

Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

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

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

Ce qui est couvert

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

- le remboursement des frais admissibles est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
  - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
  - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conforme à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;

- les remboursements sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime (lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du présent contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, comme il est mentionné à la section *Modalités de la couverture* de la présente brochure); et
- le remboursement est sujet à vérification après remboursement (droit d'audit).

Conseil pratique

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

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exclusion : les frais pour les radiographies.

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

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

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Assistance voyage

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

Assistance médicale

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

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

Assistance générale

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

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

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

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

Patients dirigés hors Canada

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

Services hospitaliers : Les frais pour :

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

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

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

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

Garantie Annulation et interruption de voyage

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

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

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

Risques admissibles

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

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

n) annulation d'un voyage en raison du refus d'une demande de visa de l'assuré ou de son compagnon de voyage pour voyager ou pour séjourner dans le pays constituant la destination si les critères suivants sont remplis :
   i. ils sont autrement admissibles à un tel visa;
   ii. le refus n'est pas causé par une demande tardive ou une demande faite à la suite d'un premier refus; et
   iii. le refus de la demande de visa est motivé par des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
o) adoption légale d'un enfant par l'assuré ou son compagnon de voyage si la date de l'adoption se situe pendant la période prévue du voyage.

Frais admissibles

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

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

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

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

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

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

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

Avis à donner lors d'une annulation de voyage

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

Preuve de sinistre

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

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

Garantie Bagages

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

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

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

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

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

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

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

Preuve de sinistre

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

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

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

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

Délai pour soumettre une demande de règlement

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

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

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

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

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

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

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

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
   i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
   ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
   iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
   iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës; ou
   v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
   i. un sport contre rémunération;
   ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou
   iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

Une condition préexistante est une maladie :

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

Garantie Annulation et interruption de voyage

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

Garantie Bagages

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

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

Quelles sont mes responsabilités en vertu du contrat?

Changement dans votre situation personnelle

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

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

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

Désignation de votre bénéficiaire

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

Prestations de décès

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

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

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

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

Si vous décédez et que vous n'avez pas désigné votre bénéficiaire, la prestation de décès est payable à votre succession.

Conseil pratique

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

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

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

Vous pouvez changer votre bénéficiaire en remplissant un formulaire de désignation de bénéficiaire disponible auprès de votre employeur ou sur notre site Internet.

Désignations effectuées en vertu du contrat d'assurance collective antérieur

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

Fournir une preuve de sinistre

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

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

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



Conseil pratique

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

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

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

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

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

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

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

Signalement des fraudes en matière de protection-santé

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

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

Comment vous pouvez nous aider

En tant qu'adhérent à un régime collectif, vous pouvez aider à éliminer la fraude envers votre régime :

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

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

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



Conseil pratique

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

Numéro sans frais : 1-866-876-9238

www.clearviewconnects.com

Quels sont mes droits en vertu du contrat?

Protection des renseignements personnels

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle un régime de soins de santé, d'assurance vie et d'assurance voyage de qualité, Croix Bleue recueille et conserve certains renseignements personnels au sujet de ses adhérents et de leurs personnes à charge. La protection des renseignements personnels n'est pas une préoccupation nouvelle pour nous. Assurer la confidentialité des renseignements personnels de nos clients a toujours fait partie intégrante de nos façons de faire.

Notre énoncé sur la protection des renseignements personnels a pour but de vous tenir au courant des pratiques de protection des renseignements personnels de Croix Bleue. En plus de cet énoncé sur la protection des renseignements personnels, nous avons un énoncé sur la protection des renseignements personnels en ligne qui décrit les pratiques que nous avons adoptées pour protéger vos renseignements personnels lorsque vous utilisez nos sites Web et applications mobiles, et une Politique de protection des renseignements personnels de l'application mobile de Croix Bleue Medavie qui s'applique à votre utilisation de notre application mobile.



Conseil pratique

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

cbmedavie.ca

Contestation d'une décision prise par Croix Bleue

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

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

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

Copie du contrat collectif

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

Les droits de Croix Bleue en vertu du contrat

Droit d'audit

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

Conseil pratique

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

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

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

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

Suspension ou perte du droit à des prestations

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

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue engage des poursuites criminelles ou prend des sanctions disciplinaires contre l'assuré.

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

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement

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

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

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie, décès et mutilation par accident ou maladies graves auprès de votre administrateur de régime collectif.

Conseil pratique

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

Comment soumettre une demande de règlement

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

- **Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs**
  En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue et vous n'avez donc qu'à débourser le montant non couvert en vertu du régime.
- **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**
  Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement pour les soins de santé, les médicaments et les soins dentaires (s'il y a lieu) au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.
- **Application mobile**
  Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

  Visitez **www.cbmedavie.ca/application** pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.
- Pour localiser le bureau de Croix Bleue Medavie le plus proche de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à **www.cbmedavie.ca**.
- Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue Medavie le plus proche.

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

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

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

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

Conseil pratique

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

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

Coordonnées de Croix Bleue

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

Ontario : 1-800-355-9133
Québec : 1-888-588-1212
Toutes les autres provinces : 1-800-667-4511

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

Conseil pratique

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

Se connecter à Croix Bleue

Aimez notre page Facebook à facebook.com/CroixBleueMedavie

AVANTAGE BLEU[MD]

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

Connexion santé

Connexion santé offre un accès pratique à des produits et à des services novateurs de soins virtuels, de mieux-être mental et d'autres solutions de soins de santé provenant de partenaires de premier plan de l'industrie. Des prix préférentiels pourraient s'appliquer à ces offres et vous pourriez également être couverts pour certains produits et services en vertu de votre régime collectif. Leur disponibilité pourrait changer sans préavis. Pour plus d'information, ouvrez une session sur l'application mobile ou sur le site Internet de Croix Bleue Medavie au www.cbmedavie.ca/connexion-sante.

Mon Réseau Santé[MD]

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

Croix Bleue est fière de vous aider à cheminer vers une vie en santé. Pour vous inscrire gratuitement, visitez Connexion santé et suivez simplement les instructions pour Mon Réseau Santé ou visitez www.cbmedavie.monreseausante.ca.