Northern Employee Benefits Services
Numéro de groupe G. 799

NORTHERN EMPLOYEE BENEFITS SERVICES | ᐅᑭᐅᖅᑕᖅᑐᒥᑯᓇᓗᑦᑯᑯ ᐃᑲᔪᓯᐊᖅᑕᕈᑎᒋᕙᖅᑕᖅᑭᓐᓄᑦ ᐱᔾᔪᓯᕋᖅᑏᑦ

co-operators
Une place de choix

Votre régime d’assurance collective

Northern Employee Benefits Services
Numéro de groupe G. 799
Date d’effet : 1er juin 2019
Date d’établissement : 24 mai 2019

Pour en savoir plus, visitez le **www.cooperators.ca**/collective

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION **1**

TABLEAU DES PRESTATIONS **3**

ASSURANCE VIE DE BASE 3
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE 5
ASSURANCE VIE FACULTATIVE 5
ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE 6
(si votre employeur a choisi cette option) 6
ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE 8
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 10
(si votre employeur a choisi cette option) 10
GARANTIE SOINS DENTAIRES 12

GÉNÉRALITÉS **14**

Personnes à charge admissibles *14*
Comment puis-je adhérer au régime? *15*
Ai-je différents choix? *15*
Que faire si le régime d'assurance maladie complémentaire ou soins dentaires de mon conjoint m'offre déjà une protection semblable? *15*
Preuve d'assurabilité *16*
Quand mon assurance débute-t-elle? *16*
Quand l'assurance d'une personne à charge débute-t-elle? *16*
Mise à jour de votre dossier *16*
Désignation de bénéficiaire *16*
Quand les modifications afférentes au montant d'assurance prennent-elles effet? *17*
Qu'entend-on par « salaire »? *17*
Responsabilité civile/Subrogation *20*

ASSURANCE VIE DE BASE **21**

Quelle est ma protection? *21*
Qu'arrive-t-il si je deviens atteint d'une maladie en phase terminale? *21*
Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie *21*
Droit de transformation de l'assurance vie *22*

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE **23**

Quelle est ma protection? *23*
Exonération des primes en cas d'invalidité totale *23*
Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie des personnes à charge *23*

ASSURANCE VIE FACULTATIVE **24**

Quelle est ma protection? *24*
Comment puis-je y adhérer? *24*
Plafond de garantie *24*
Fin de l'assurance vie facultative *24*
Exonération des primes en cas d'invalidité totale *24*
Suicide *24*
Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative *24*
Droit de transformation de l'assurance vie *25*

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE **26**

Quelle est ma protection? *26*
Évaluation médicale indépendante *26*
Participation à un programme de réadaptation *26*
Versement des prestations d'invalidité de courte durée *26*
Quand l'indemnisation commence-t-elle? *26*
Quelle est la durée de l'indemnisation? *26*
Récidive d'invalidité totale *26*
Calcul des prestations au prorata pour les semaines incomplètes *26*
Mes prestations sont-elles imposables? *26*

Programme de réadaptation 27
Réductions de la prestation 27
Quand mes prestations d'invalidité de courte durée prennent-elles fin? 28
Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de courte durée 29
Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de courte durée 30

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE **31**

Quelle est ma protection? 31
Modalités à remplir avant et pendant l'indemnisation 31
Évaluation médicale indépendante 31
Obligation continue 31
Participation à un programme de réadaptation 31
Restriction applicable aux affections préexistantes 31
Versement des prestations mensuelles 32
Pendant la période afférente à la propre profession 32
Après la période afférente à la propre profession 32
Quand l'indemnisation commence-t-elle? 32
Récidive d'invalidité totale 32
Calcul des prestations au prorata pour les mois incomplets 33
Mes prestations sont-elles imposables? 33
Programme de réadaptation 33
Réductions de la prestation 33
Plafond des prestations mensuelles (maximum de toutes sources) 33
Réductions directes (revenus de toutes sources) 34
Réductions indirectes (revenus de toutes sources) 34
Exonération des primes en cas d'invalidité totale 35
Quand mes prestations d'invalidité de longue durée prennent-elles fin? 35
Congé de maternité, congé parental, congé pour raisons familiales, congé temporaire ou mise à pied temporaire 36
Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de longue durée 36
Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée 36

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE **37**

Quelle est ma protection? 37
Faut-il obtenir un plan de traitement? 37
Services et fournitures couverts par l'assurance maladie complémentaire: 38
Ambulance 38
Hospitalisation 38
Soins infirmiers à domicile 39
Soins d'urgence à l'étranger 41
Assurance voyage Plus 42
Assistance en cas d'urgence médicale en voyage 43
Soins paramédicaux 44
Frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste 44
Médicaments d'ordonnance 44
Restrictions applicables aux médicaments d'ordonnance 45
Fournitures médicales 46
Fournitures pour diabétiques 46
Frais d'analyses diagnostiques 47
Équipement médical 47
Équipement thérapeutique 47
Oxygène et matériel d'administration d'oxygène 47
Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires 47
Fauteuils roulants et lits d'hôpital 48
Perruques et postiches 48
Prothèses 48
Aides à la communication 48
Appareillage pour stomisés 48
Accidents dentaires 48

Soins de la vue 49
Transport médical dans le Nord 49
Droit de transformation de l'assurance maladie complémentaire 49
Prestation de survivant des personnes à charge 49
Restrictions générales applicables à l'assurance maladie complémentaire 49
Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance maladie complémentaire 50
Coordination des prestations d'assurance maladie complémentaire 51

ASSURANCE SOINS DENTAIRES 52

Quelle est ma protection? 52
Soins dentaires pour les adhérents tardifs 52
Faut-il obtenir un plan de traitement? 52
Guide des tarifs dentaires 52
Somme remboursable 52
Radiographies 53
Laboratoire 53
Choix du traitement 53
Soins dentaires couverts 53
Niveau 1 – Soins de prévention et de restauration de base couverts 53
Niveau 2 – Soins de restauration mineure (endodontie et parodontie) 54
Niveau 3 – Soins de restauration majeure couverts 55
Niveau 4 – Soins d'orthodontie couverts 56
Droit de transformation de l'assurance soins dentaires 56
Prestation de survivant des personnes à charge 57
Restrictions générales applicables à l'assurance soins dentaires 57
Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance soins dentaires 57
Prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours 58
Coordination des prestations d'assurance soins dentaires 58

INTRODUCTION

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Nous sommes heureux de vous fournir une gamme complète de garanties d'assurance collective offertes par votre employeur avec la collaboration de Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Votre régime d'assurance collective vous procure une précieuse protection en cas de maladie ou de décès. Le présent document décrit votre régime en vigueur à la date indiquée sur la couverture.

Vous y trouverez des renseignements généraux sur votre régime d'assurance collective. Une lecture attentive du présent livret vous permettra de bien comprendre les garanties qui vous sont offertes par votre employeur. Veuillez conserver ce document afin de vous y référer au besoin. Pour toute question, veuillez communiquer avec votre employeur ou l'administrateur de votre régime.

Tous les employeurs qui participent au régime d'assurance collective offrent les garanties suivantes :

- Assurance vie de base
- Assurance vie des personnes à charge
- Assurance invalidité de longue durée

Toutefois, les garanties facultatives offertes dans le cadre du régime d'assurance collective de Northern Employee Benefits Services (NEBS) varient selon l'employeur. Voici les garanties facultatives pouvant être offertes :

- Assurance invalidité de courte durée
- Assurance maladie complémentaire
- Assurance soins dentaires
- Assurance pour les conseillers élus et les membres nommés au conseil

Les garanties suivantes sont offertes aux employeurs qui souhaitent offrir une assurance pour les conseillers élus et les membres nommés au conseil :

- Assurance vie de base

Votre employeur ou l'administrateur de votre régime doit s'assurer que les employés sont couverts pour les garanties auxquelles ils ont droit. Pour ce faire, il doit régler les primes exigibles et verser les dépôts requis, signaler les nouvelles adhésions, les résiliations et les modifications de salaire ou de garantie, et tenir les dossiers à jour.

À titre de participant au régime d'assurance collective, c'est vous qui devez transmettre à votre employeur ou à l'administrateur de votre régime les renseignements dont il a besoin pour remplir ces tâches.

LE PRÉSENT LIVRET EST DISTRIBUÉ À TITRE INFORMATIF SEULEMENT. Il S'AGIT D'UN DOCUMENT IMPORTANT QUE NOUS VOUS CONSEILLONS DE CONSERVER, POUR VOUS Y RÉFÉRER AU BESOIN.

La police-cadre et le texte du régime G. 799, établis par Co-operators Compagnie d'assurance-vie au nom du titulaire de police/promoteur de régime Northern Employee Benefits Services, fait foi pour le règlement de tous les sinistres. En cas de divergence ou de conflit entre le présent livret et la police ou le texte du régime, la police et le texte du régime prévalent.

Régime d'assurance maladie complémentaire

Le promoteur de régime finance une partie du régime d'assurance maladie complémentaire. Cela signifie qu'il a l'entière responsabilité légale et financière des garanties et qu'il doit fournir les fonds nécessaires pour payer les demandes de règlement jusqu'à concurrence du seuil d'excédent de pertes dont il a convenu. Co-operators Vie ne fait qu'administrer le régime jusqu'à concurrence du seuil d'excédent de pertes. Les sommes inférieures au seuil d'excédent de pertes ne sont pas garanties par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Cette dernière se dégage de toute responsabilité à l'égard des participants au régime, notamment en ce qui concerne le versement des prestations avant l'atteinte du seuil d'excédent de pertes.

Régime d'assurance soins dentaires

Le promoteur de régime finance le régime d'assurance soins dentaires. Cela signifie qu'il a l'entière responsabilité légale et financière de cette garantie et qu'il doit fournir les fonds nécessaires pour payer les demandes de règlement. Co-operators Vie ne fait qu'administrer le régime d'assurance soins dentaires. Le régime dentaire n'est pas garanti par Co-operators Compagnie d'assurance-vie. Cette dernière se dégage de toute responsabilité à l'égard des participants au régime, notamment en ce qui concerne le versement des prestations au titre du régime.

Votre employeur ou l'administrateur de votre régime se réserve le droit de réviser, de modifier, de nuancer, de réduire, de suspendre ou de résilier à tout moment – y compris après le départ à la retraite d'un employé – les garanties fournies aux employés et aux anciens employés (incluant les retraités) par la police-cadre d'assurance collective ou le texte du régime.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Le tableau des prestations doit être lu en tenant compte des garanties décrites dans le présent livret.

Catégories d'employés :
- Employés
- Conseillers élus
- Membres nommés au conseil

Minimum d'heures par semaine :
Effectivement au travail à temps plein à raison d'au moins 20 heures par semaine.

ASSURANCE VIE DE BASE
Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Catégorie admissible :	**Employés**
<u>OPTION 1</u>	
Calcul de la prestation :	300 % du salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 $, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Montant d'assurance :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. Le montant maximal d'assurance est le suivant : Maximum sans preuve d'assurabilité : 300 000 $ Maximum avec preuve d'assurabilité : 300 000 $ À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 150 000 $. À 70 ans, le montant d'assurance est encore réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 75 000 $.
Prestation d'assistance avant le décès	50 % du montant d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 $. La garantie prend fin à 65 ans.
Âge de terminaison :	75e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente relative à l'exonération des primes d'assurance vie :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. La définition d'invalidité totale pour l'exonération des primes d'assurance vie de base correspond à la définition d'invalidité totale pour l'assurance invalidité de longue durée indiquée dans la police. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

OPTION 2

Calcul de la prestation :

150 % du salaire annuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 000 $, s'il n'en est pas déjà un multiple.

Montant d'assurance :

Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. Le montant maximal d'assurance est le suivant :

Maximum sans preuve d'assurabilité : 150 000 $
Maximum avec preuve d'assurabilité : 150 000 $

À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 75 000 $.

À 70 ans, le montant d'assurance est encore réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 37 500 $.

Prestation d'assistance avant le décès

50 % du montant d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 $. La garantie prend fin à 65 ans.

Âge de terminaison :

75e anniversaire de naissance de l'employé

Période d'attente relative à l'exonération des primes d'assurance vie :

Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. La définition d'invalidité totale pour l'exonération des primes d'assurance vie de base correspond à la définition d'invalidité totale pour l'assurance invalidité de longue durée indiquée dans la police. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

Catégorie admissible :

Conseillers élus
Membres nommés au conseil
(si votre employeur a choisi cette option)

Calcul de la prestation :

Somme fixe de 100 000 $ par employé

Montant d'assurance :

Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. Le montant maximal d'assurance est le suivant :

Maximum sans preuve d'assurabilité : 100 000 $
Maximum avec preuve d'assurabilité : 100 000 $

À 65 ans, le montant d'assurance est réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 $.

À 70 ans, le montant d'assurance est encore réduit de 50 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 $.

Prestation d'assistance avant le décès :	50 % du montant d'assurance, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 $. La garantie prend fin à 65 ans.
Âge de terminaison :	75e anniversaire de naissance de l'employé
Exonération des primes en cas d'invalidité totale :	sans objet

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Catégorie admissible :	**Employés**
Montant d'assurance :	Conjoint : 10 000 $ Enfant : 5 000 $ (dès la naissance)
Âge de terminaison :	70e anniversaire de naissance de l'employé
Exonération des primes en cas d'invalidité totale :	Lorsque les primes d'assurance vie de base sont exonérées.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Catégorie admissible :	**Employés**
Montant d'assurance :	L'employé ou son conjoint peuvent souscrire un montant d'assurance variant de 10 000 $ à 200 000 $, offert par tranches de 10 000 $. Un parent à charge peut souscrire un montant d'assurance de 5 000 $.
Âge de terminaison :	70e anniversaire de naissance
Exonération des primes en cas d'invalidité totale :	Lorsque les primes d'assurance vie de base sont exonérées.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE
(si votre employeur a choisi cette option)

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Catégorie admissible :	**Employés**
<u>OPTION 1</u>	
Calcul de la prestation :	60 % du salaire hebdomadaire, arrondi à la tranche supérieure de 1 $, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Prestation hebdomadaire :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation ou le maximum de toutes sources, selon le moins élevé de ces montants.
Prestation hebdomadaire maximale :	1 535 $
Maximum de toutes sources :	85 % du salaire net d'avant l'invalidité
Garantie professionnelle :	Oui, assurance 24 heures sur 24
Délai de carence :	- Blessure .....0 jour consécutif - Maladie .....7 jours consécutifs
Premier jour d'hospitalisation :	Non
Période d'indemnisation :	17 semaines à compter du début de l'invalidité
Récidive d'invalidité totale :	4 semaines
Semaine d'indemnisation :	5 jours
Statut fiscal :	Non imposable
Réductions RPC/RRQ :	Primaires
Âge de terminaison :	65e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de courte durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

OPTION 2

Calcul de la prestation :	70 % du salaire hebdomadaire, arrondi à la tranche supérieure de 1 $, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Prestation hebdomadaire :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation ou le maximum de toutes sources, selon le moins élevé de ces montants.
Prestation hebdomadaire maximale :	1 535 $
Maximum de toutes sources :	85 % du salaire brut d'avant l'invalidité
Garantie professionnelle :	Oui, assurance 24 heures sur 24
Délai de carence :	- Blessure .....0 jour consécutif - Maladie .....7 jours consécutifs
Premier jour d'hospitalisation :	Non
Période d'indemnisation :	17 semaines à compter du début de l'invalidité
Récidive d'invalidité totale :	4 semaines
Semaine d'indemnisation :	5 jours
Statut fiscal :	Imposable
Réductions RPC/RRQ :	Primaires
Âge de terminaison :	65e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de courte durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Catégorie admissible :	**Employés**
<u>OPTION 1</u>	
Calcul de la prestation :	60 % du salaire mensuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 $, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Prestation mensuelle :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. La prestation mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 6 600 $ ou le maximum de toutes sources. Maximum sans preuve d'assurabilité : 6 600 $ Maximum avec preuve d'assurabilité : 6 600 $
Maximum de toutes sources :	85 % du salaire net d'avant l'invalidité
Garantie professionnelle :	Oui, assurance 24 heures sur 24
Délai de carence :	- Blessure ..... 119 jours consécutifs - Maladie ..... 119 jours consécutifs
Période afférente à la propre profession :	Durant le délai de carence et les 24 mois qui suivent; par la suite, l'employé doit être incapable d'exercer les fonctions de toute profession.
Période maximale d'indemnisation :	Jusqu'à 65 ans
Récidive d'invalidité totale :	6 mois
Statut fiscal :	Non imposable
Réductions RPC/RRQ :	Primaires
Âge de terminaison :	65e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

OPTION 2

Calcul de la prestation :	70 % du salaire mensuel, arrondi à la tranche supérieure de 1 $, s'il n'en est pas déjà un multiple.
Prestation mensuelle :	Le montant obtenu selon le calcul de la prestation. La prestation mensuelle maximale correspond au moins élevé des montants suivants : 6 600 $ ou le maximum de toutes sources. Maximum sans preuve d'assurabilité : 6 600 $ Maximum avec preuve d'assurabilité : 6 600 $
Maximum de toutes sources :	85 % du salaire brut d'avant l'invalidité
Garantie professionnelle :	Oui, assurance 24 heures sur 24
Délai de carence :	- Blessure ..... 119 jours consécutifs - Maladie ..... 119 jours consécutifs
Période afférente à la propre profession :	Durant le délai de carence et les 24 mois qui suivent; par la suite, l'employé doit être incapable d'exercer les fonctions de toute profession.
Période maximale d'indemnisation :	Jusqu'à 65 ans
Récidive d'invalidité totale :	6 mois
Statut fiscal :	Imposable
Réductions RPC/RRQ :	Primaires
Âge de terminaison :	65e anniversaire de naissance de l'employé
Période d'attente pour l'exonération des primes :	Correspond au délai de carence de l'invalidité de longue durée. L'exonération s'applique rétroactivement à compter du début de l'invalidité totale. L'exonération des primes prend fin à 65 ans.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE
(si votre employeur a choisi cette option)

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Le terme « année » désigne « année civile »; « mois » désigne « mois consécutifs ».

Catégorie admissible : **Tous les employés**

Franchise :

- Hospitalisation .....0 $ par année
- Soins d'urgence à l'étranger et Assurance voyage Plus .....0 $ par année
- Médicaments d'ordonnance.....0 $ par année
- Soins de la vue .....0 $ par année
- Tous autres soins médicaux complémentaires :
  - ⇨ Employé .....0 $ par année
  - ⇨ Employé avec personnes à charge.....0 $ par année

Liste de choix (médicaments) :

- Règlement direct par carte-médicaments
- Substitution obligatoire par un médicament générique équivalent seulement (médicament interchangeable le moins cher)
- Les frais d'exécution d'ordonnance supérieurs au montant raisonnable ou habituel par ordonnance ne sont pas couverts.

Règle proportionnelle :

- Hospitalisation.....100 %
- Soins d'urgence à l'étranger et Assurance voyage Plus .....100 %
- Soins de la vue.....100 %
- Équipement thérapeutique .....100 %
- Médicaments d'ordonnance.....100 %
- Tous autres soins médicaux complémentaires.....100 %

Maximums par personne couverte :

- Maximum pour soins d'urgence à l'étranger par blessure ou maladie ....1 000 000 $
- Maximum par année civile pour soins médicaux complémentaires .....illimité
- Assurance voyage Plus

Durée maximale du séjour à l'étranger .....90 jours

Prestations maximales d'assurance maladie complémentaire :

- Hospitalisation.....chambre à deux lits
- *Hôpital de convalescence.....20 $ par jour pour 120 jours
- *Soins infirmiers à l'extérieur de l'hôpital de convalescence.....10 $ par jour pour 120 jours

  *Pendant l'année civile du 65e anniversaire de naissance de la personne couverte ou l'année civile qui suit, les frais de séjour dans un hôpital de convalescence et les frais se rapportant aux soins infirmiers à l'extérieur de l'hôpital de convalescence sont remboursés dans la limite de 500 $; ce montant est diminué de toute prestation versée au cours des 3 années civiles précédentes.

- Soins infirmiers à domicile ..... 10 000 $ par 3 années consécutives

- Soins paramédicaux :
  - ⇨ Acupuncteur/Naturopathe ..... 750 $ par année
  - ⇨ Audiologiste/Orthophoniste ..... 750 $ par année
  - ⇨ Chiropraticien/Ostéopathe/Podiatre ..... 750 $ par année
  - ⇨ Massothérapeute/Physiothérapeute ..... 750 $ par année
  - ⇨ Nutritionniste/Diététiste ..... 750 $ par année
  - ⇨ Psychologue/Travailleur social/Conseiller agréé ..... 750 $ par année

  Les radiographies sont incluses dans les maximums indiqués.

- Examens de la vue :
  - ⇨ Adulte ..... 1 examen par 2 ans
  - ⇨ Enfant à charge (moins de 18 ans) ..... 1 examen par année

- Articles de lunetterie sur ordonnance et lunettes de sécurité sur ordonnance :
  - ⇨ Adulte ..... 350 $ par 24 mois
  - ⇨ Enfant à charge (moins de 18 ans) ..... 350 $ par 12 mois
  - ⇨ Le maximum comprend une paire de lunettes ou de verres de contact à la suite de la correction de la vue.

- Correction de la vue au laser ..... 1 500 $, la vie durant
- Fournitures pour diabétiques ..... illimité
- Chaussures orthopédiques et orthèses fabriquées sur mesure (combinées) ..... 300 $ par 24 mois
- Produits antitabac obtenus sur ordonnance ..... 300 $, la vie durant
- Médicaments antiobésité ..... sans protection
- Médicaments contre la stérilité ..... sans protection
- Médicaments contre la dysfonction sexuelle ..... sans protection
- Aides auditives ..... 1 000 $ par 5 ans
- Équipement thérapeutique ..... 1 000 $ par appareil, la vie durant

  neurostimulateur transcutané (TENS), collet cervical, appareil d'aérosolthérapie, tente à inhalation et nébuliseur (à l'exclusion des humidificateurs et vaporisateurs), appareil de traction, alarme d'énurésie, moniteur d'apnée en cas de dysrythmie respiratoire, débitmètre de pointe, chambres d'inhalation, percuteur de la cage thoracique, plateau de drainage et crachoir, canule (tube) de trachéotomie et pompe d'aspiration)

- dispositifs d'administration pour diabétiques (pompes à perfusion d'insuline) et glycomètre (appareil permettant de mesurer le taux de glycémie) .....500 $, la vie durant
- Membres et yeux artificiels .....25 000 $ chacun, la vie durant
- Bas prothétiques (couvre-moignons).....5 paires par année
- Postiches et perruques à la suite d'une chirurgie ou d'un traitement ...200 $, la vie durant
- Prothèses mammaires externes (postmastectomie).....1 par 5 ans
- Soutiens-gorge chirurgicaux.....2 par année
- Bas de contention gradués .....2 paires par année
- Appareils et équipement respiratoires (dont IPPB, AUTO-CPAP (APAP), CPAP, biphasique (BiPAP) ou tout autre équipement ou machine respiratoire nécessaire à des fins médicales) .....1 500 $ par 60 mois
- Transport médical dans le Nord :
  - Pour un aller simple.....200 $
  - Pour un aller-retour.....400 $

Prestation de survivant des personnes à charge :..... 1 an

Âge de terminaison des prestations pour soins d'urgence à l'étranger (y compris l'Assurance voyage Plus) :.....65e anniversaire de naissance de l'employé

Âge de terminaison pour les autres prestations d'assurance maladie complémentaire : .....70e anniversaire de naissance de l'employé

GARANTIE SOINS DENTAIRES
(si votre employeur a choisi cette option)

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

À moins d'indication contraire, le terme « année » désigne « année civile »; « mois » désigne « mois consécutifs ».

Catégorie admissible : **Tous les employés**

Franchise par année civile :

- Employé.....25 $
- Employé avec personnes à charge .....50 $

Règle proportionnelle :

- Niveau 1.....*Soins de restauration de base* .....100 %
- Niveau 2.....*Soins d'endodontie et de parodontie*.....100 %
- Niveau 3.....*Soins de restauration majeure* .....60 %
- Niveau 4.....*Soins orthodontiques*.....50 %

Prestations maximales pour soins dentaires :

- Niveau 1 .... *Soins de restauration de base* ..... Maximum global
- Niveau 2.....*Soins d'endodontie et de parodontie*..... de 2 000 $
- Niveau 3.....*Soins de restauration majeure* ..... par année
- Niveau 4.....*Soins orthodontiques* .....3 500 $, la vie durant

Guide des tarifs dentaires des généralistes et des spécialistes : .....Année en cours

Autres renseignements sur les soins dentaires :

- ⇨ Examens de rappel, 2 radiographies interproximales et nettoyage, à raison de deux fois tous les 12 mois.
- ⇨ Application de fluorure chez les enfants de moins de 21 ans, à raison de deux fois tous les 12 mois.
- ⇨ Application de fluorure chez les adultes, à raison d'une fois tous les 12 mois.
- ⇨ Soins orthodontiques pour les enfants à charge jusqu'à 19 ans.
- ⇨ Les conseils d'hygiène buccale sont couverts une seule fois la vie durant (niveau 1).
- ⇨ Restriction applicable au remplacement d'une dent manquante dans le cadre des soins de restauration majeure (prothèses, ponts ou implants).
- ⇨ Scellants des puits et fissures chez les enfants à charge de moins de 14 ans.
- ⇨ Le détartrage parodontal, le surfaçage radiculaire, ainsi que l'ajustement et l'équilibrage de l'occlusion sont couverts, à raison d'un maximum de 8 unités de temps par année pour chaque soin.

Prestation de survivant des personnes à charge : ..... 1 an

Âge de terminaison :..... 70e anniversaire de naissance de l'employé

GÉNÉRALITÉS

Pour être admissible au régime, vous devez :

- être effectivement au travail sur une base régulière et permanente, à raison du minimum d'heures par semaine indiqué dans le tableau des prestations;
- participer à un régime public d'assurance maladie et résider au Canada;
- avoir moins de 75 ans pour l'assurance vie de base, moins de 70 ans pour l'assurance vie des personnes à charge et l'assurance vie facultative, moins de 65 ans pour toucher des prestations d'invalidité de courte durée ou de longue durée et moins de 70 ans pour bénéficier des garanties maladie complémentaire et soins dentaires;
- être employé depuis le nombre de mois sélectionné par l'employeur.

Les employés temporaires qui remplissent les conditions susmentionnées sont admissibles aux garanties suivantes :

- Emploi d'une durée de 24 mois ou plus : toutes les garanties;
- Emploi d'une durée de moins de 24 mois mais de plus de 12 mois : toutes les garanties sauf l'assurance invalidité;
- Emploi d'une durée de moins de 12 mois : aucune garantie

Vous êtes « effectivement au travail » si :

- vous travaillez réellement dans l'établissement de votre employeur ou tout autre endroit où vous devez travailler au Canada à sa demande;
- vous êtes capable d'exercer toutes les fonctions habituelles de votre profession et que vous les exercez réellement, à plein salaire, de façon régulière et sans interruption durant le nombre d'heures habituellement prévues pour la journée;
- vous êtes absent en raison de vacances prévues, fins de semaine, jours fériés ou quarts de travail variables.

Personnes à charge admissibles

Votre conjoint et vos enfants à charge peuvent participer au régime à compter de la date où vous y êtes admissible, sinon à compter du moment où ils répondent aux critères d'admissibilité. Pour être admissible, la personne à charge doit être inscrite au régime public d'assurance maladie provincial et résider au Canada.

- « Conjoint » désigne votre époux ou une personne avec qui vous vivez en union de fait depuis au moins 12 mois. Cette exigence de 12 mois est levée si vous et votre conjoint avez adopté un enfant conjointement ou si un enfant est né de votre union.
  - Veuillez noter que vous ne pouvez assurer qu'une seule personne comme « conjoint » pour toutes les garanties à un moment quelconque.
- Vos enfants à charge sont vos enfants ou ceux de votre conjoint qui ne sont pas mariés, qu'il s'agisse de vos enfants naturels ou adoptés ou d'un beau-fils ou d'une belle-fille, ou de tout autre enfant non marié pour qui vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal.
- Pour être admissible au régime, votre enfant à charge doit :
  - avoir moins de 21 ans et ne pas travailler plus de 30 heures par semaine, sauf s'il est aux études à plein temps;
  - avoir au moins 25 ans et être inscrit comme étudiant dans un collège, une université, une école de métiers ou dans tout autre établissement d'enseignement semblable et assister aux cours à plein temps;

- être atteint d'une incapacité permanente qui a commencé avant ses 21 ans ou pendant qu'il était un étudiant admissible (il doit être atteint d'une infirmité mentale ou physique permanente et être incapable de subvenir financièrement à ses besoins en raison d'une affection physique ou psychiatrique médicalement diagnostiquée).

⇨ Si votre enfant est atteint d'une infirmité mentale ou physique permanente médicalement diagnostiquée, ou s'il est aux études, pour que l'assurance se prolonge au-delà de l'âge limite pour les personnes à charge, vous devez présenter une demande par écrit en ce sens dans les 31 jours qui suivent son 21e anniversaire de naissance. De même, vous devez produire une preuve de son infirmité ou de son statut d'étudiant.

- L'enfant de votre conjoint est une personne à charge admissible s'il est également votre enfant, naturel ou adopté, ou que votre conjoint réside avec vous, qu'il est assuré aux termes de votre régime et qu'il a la garde de l'enfant.
- Un enfant pour qui vous ou votre conjoint avez été nommé tuteur n'est pas une personne à charge admissible tant que Co-operators Vie n'a pas reçu une preuve valable de la tutelle. Si votre conjoint couvert est le tuteur, il doit résider avec vous.
- Un enfant n'est pas considéré comme étant aux études à plein temps s'il touche une rémunération pendant qu'il participe à un programme de formation ou de recyclage dans un établissement d'enseignement, les bourses d'études étant exclues. Si votre enfant à charge est un étudiant de plus de 21 ans, vous devez présenter une preuve de son statut d'étudiant chaque année : il suffit de remplir la déclaration d'admissibilité à titre d'étudiant.
- Un parent (aux fins de l'assurance vie facultative seulement) de moins de 70 ans qui réside avec vous et qui dépend de vous financièrement.

Comment puis-je adhérer au régime?
Votre employeur ou l'administrateur de votre régime peut vous fournir les formulaires nécessaires pour adhérer à l'assurance collective, demander une nouvelle garantie ou signaler un changement. Vous devez adhérer au régime dans les 31 jours qui suivent votre admissibilité; sans quoi il s'agit d'une demande tardive : vous et vos personnes à charge devez fournir une preuve d'assurabilité.

Ai-je différents choix?
Oui, vous pouvez choisir parmi plusieurs régimes. Vous pouvez choisir d'ajouter une protection d'assurance vie supplémentaire pour vous, vos personnes à charge ou vos parents à charge.

Si votre employeur participe au régime de la garantie maladie complémentaire ou soins dentaires, vous pouvez choisir d'y participer ou non. Si vous y participez, vous pouvez choisir une protection individuelle, une protection qui couvre également votre conjoint ou une protection familiale.

Que faire si le régime d'assurance maladie complémentaire ou soins dentaires de mon conjoint m'offre déjà une protection semblable?
Si vous êtes couvert par le régime de votre conjoint au moment de l'adhésion, vous pouvez renoncer à la garantie comparable du présent régime. Pour ce faire, vous devez remplir et signer la section relative au refus des garanties sur le formulaire d'adhésion à l'assurance collective. Si le régime de votre conjoint prend fin, soit parce qu'il est résilié, soit parce que votre conjoint n'y est plus admissible, vous devenez immédiatement admissible au régime de votre employeur si vous en faites la demande dans les 31 jours qui suivent la fin du régime de votre conjoint, sans quoi vous devez fournir une preuve de bonne santé : l'assurance ne prend effet que le jour où votre assurabilité est approuvée.

Preuve d'assurabilité

Sur présentation de votre formulaire d'adhésion, vous pourriez devoir fournir une preuve de bonne santé avant le début de l'assurance si :

- vous ou vos personnes à charge êtes des adhérents tardifs, c'est-à-dire que vous avez transmis votre demande plus de 31 jours après votre admissibilité à l'assurance;
- vous souscrivez un montant d'assurance supérieur à celui sans preuve de bonne santé;
- vous souscrivez une garantie que vous avez déjà refusée.

Quand mon assurance débute-t-elle?

Votre assurance prend effet à la dernière des dates suivantes, à condition que vous soyez effectivement au travail à cette date :

- le jour où vous répondez aux critères d'admissibilité, si vous avez adhéré au régime dans les 31 jours qui suivent votre admissibilité;
- si une preuve de bonne santé est requise, le jour où votre demande est approuvée.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail le jour où votre assurance prendrait normalement effet ou augmenterait, l'assurance débute le premier jour complet où vous êtes de nouveau effectivement au travail.

Quand l'assurance d'une personne à charge débute-t-elle?

L'assurance de votre personne à charge prend effet à la dernière des éventualités suivantes :

- le jour où votre assurance débute;
- le jour où votre personne à charge répond aux critères d'admissibilité;
- si une preuve de bonne santé est requise, le jour où votre demande est approuvée.

L'assurance maladie complémentaire d'une personne à charge hospitalisée, à l'exception d'un nouveau-né, débute le premier jour suivant son congé de l'hôpital.

Mise à jour de votre dossier

Pour maintenir à jour votre protection, il est essentiel de signaler sans délai tout changement à votre employeur ou à l'administrateur de votre régime :

- changement relatif à une personne à charge;
- perte des garanties offertes par le régime de votre conjoint;
- changement de nom ou d'adresse;
- changement de bénéficiaire.

Désignation de bénéficiaire

À votre décès, votre bénéficiaire désigné reçoit les sommes dues aux termes de l'assurance vie de base et, le cas échéant, de l'assurance vie facultative. Il est donc très important de nommer un bénéficiaire dès votre adhésion au régime.

Vous avez le droit de nommer un bénéficiaire au moment de votre adhésion à l'assurance et de le changer en tout temps, lorsque la loi le permet. Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire nécessaire disponible auprès de votre employeur ou de l'administrateur de votre régime. Si votre bénéficiaire décède avant vous, ou si vous n'avez pas de bénéficiaire, les sommes dues sont versées à votre succession. Si votre bénéficiaire est mineur, les sommes dues sont versées au fiduciaire (si vous en avez nommé un) ou à un curateur public (si vous n'avez pas désigné de fiduciaire pour les bénéficiaires mineurs). Le bénéficiaire de l'assurance vie de base est, sauf indication contraire, le bénéficiaire de toutes les garanties prévues par votre régime. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre pour vous assurer qu'elle reflète vos véritables intentions.

Quand les modifications afférentes au montant d'assurance prennent-elles effet?
Augmentation du montant d'assurance :
Si la modification entraîne une augmentation du montant d'assurance, l'augmentation prend effet à la dernière des éventualités suivantes :

- la date de la modification;
- le premier jour complet où vous retournez au travail à plein salaire, si ce n'était pas déjà le cas à la date de la modification;
- si une preuve de bonne santé est requise, le jour où votre demande est approuvée.

Diminution du montant d'assurance :
La diminution entre en vigueur à la date de la modification.

Qu'entend-on par « salaire »?
Le terme « salaire » désigne votre salaire habituel sur une base annuelle (avant retenues) versé par votre employeur. Sont exclus les bonis, les commissions, les dividendes, les heures supplémentaires, les jours de vacances payés, les frais de déplacement, les allocations de subsistance et de loyer, les indemnités de déménagement, les honoraires, les frais ou toute autre somme versée en plus du salaire de base. Votre salaire net correspond à votre salaire brut, moins les retenues obligatoires (impôts sur le revenu, AE et RPC ou RRQ).

Qu'arrive-t-il si mon salaire est sous-estimé ou surestimé?
Lors d'une demande de règlement, le montant de votre prestation est calculé d'après votre salaire, selon le moins élevé des montants suivants :

- le montant déclaré sur le formulaire de demande de règlement;
- le montant déclaré par votre employeur ou l'administrateur de votre régime à Co-operators Vie, et pour lequel les primes ont été payées.

Quand l'assurance prend-elle fin?
Votre assurance prend fin à la première des éventualités suivantes :

- le jour de votre cessation d'emploi, y compris le départ à la retraite;
- le jour où vous n'êtes plus effectivement au travail, à l'exception d'un congé de maternité, d'un congé parental ou d'un congé pour raisons familiales lorsque la loi l'impose ou d'un congé de formation;
- le jour où vous n'êtes plus effectivement au travail (à l'exception d'un licenciement, d'un congé temporaire ou d'une mise à pied temporaire) lorsque l'assurance peut être maintenue en vigueur pour la période minimale requise par la loi en cas de licenciement ou jusqu'à 90 jours en cas de congé temporaire, à la demande de l'employeur et sans discrimination à l'égard d'un autre employé, à condition que les primes ou les dépôts continuent à être versés;
- la fin de la période pour laquelle les primes ou les dépôts ont été versés pour votre protection;
- le jour où vous n'appartenez plus à une catégorie d'employés admissibles à la protection;
- le jour où vous atteignez l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations pour chaque garantie;
- le jour où la police collective ou le texte du régime de votre employeur prend fin.

L'assurance de votre personne à charge prend fin à la première des éventualités suivantes :

- le jour où votre assurance prend fin;
- le jour où votre personne à charge ne répond plus aux critères d'admissibilité;
- la fin de la période pour laquelle les primes ou les dépôts ont été versés pour l'assurance des personnes à charge.

Processus de demande de règlement

Où puis-je me procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de votre employeur, de l'administrateur de votre régime ou sur notre site Web au www.nebsnorth.com.

Vous pouvez également joindre le Centre de service à la clientèle de Co-operators Vie par téléphone, courriel ou via la fonction *Poser une question* de leur site sécurisé Clic Avantages[MD] pour les participants.

Visitez le site www.cooperators.ca/collective > Assurance collective et cliquez sur Clic Avantages[MD] pour les participants au régime pour obtenir de plus amples renseignements sur votre régime. Une fois votre session ouverte, vous pouvez présenter une demande de règlement d'assurance maladie ou soins dentaires ou en vérifier l'état, adhérer au dépôt direct de vos remboursements, imprimer des formulaires, obtenir des conseils relatifs au contrôle des coûts, accéder à des liens vers des sites de santé et de bien-être, etc.

Pour éviter les retards de traitement, veuillez répondre à toutes les questions du formulaire et inscrire ce qui suit :

- votre nom complet tel qu'il figure sur votre talon de paie
- votre numéro d'identification personnelle (ou numéro de certificat)
- le nom de votre employeur
- le numéro de votre police collective/texte du régime

Assurez-vous d'inclure les reçus ainsi que le relevé des prestations de tout autre régime en vigueur. Il faut dater et signer la demande de règlement, puis conserver une copie du formulaire rempli et des pièces justificatives qui s'y rapportent, pour vos dossiers.

Dans combien de temps ma demande de règlement sera-t-elle traitée?

Le délai de traitement dépend du mode de présentation de la demande et du mode de remboursement choisi. Vous pouvez envoyer un formulaire papier à l'adresse qui y figure, ou accéder à Clic Avantages[MD] pour les participants et produire une demande électronique via Co-op NET.

Co-op NET comporte de nombreux avantages par rapport au formulaire papier.

Rapide – Plus aucun délai de la poste
Pratique – Accès exclusif via Clic Avantages[MD] pour les participants
Écologique – Plus besoin de formulaire papier
Fiable – Un courriel de confirmation vous est envoyé

Vous devrez fournir vos coordonnées bancaires pour recevoir vos remboursements par dépôt direct ainsi que votre adresse courriel pour les avis électroniques (incluant le courriel de confirmation). Grâce à Co-op NET, Co-operators Vie reçoit votre demande plus rapidement et vous obtenez votre remboursement directement dans votre compte bancaire, en moins de temps qu'avec les formulaires papier.

Demandes de règlement d'assurance maladie
C'est vous qui devez remplir les demandes de règlement d'assurance maladie et y joindre les reçus nécessaires à l'étude de la demande. Lorsque votre régime public d'assurance maladie prévoit une allocation pour l'achat de fournitures médicales ou la prestation de services médicaux couverts, vous devez aussi fournir une copie de votre avis d'allocation. Les demandes de règlement visant des frais d'urgence à l'étranger doivent d'abord être présentées à votre régime provincial d'assurance maladie. Vous pouvez réclamer le solde impayé à l'aide du relevé explicatif du régime provincial.

Demandes de règlement d'assurance soins dentaires
Les demandes de règlement d'assurance soins dentaires et les plans de traitement peuvent être transmis par voie électronique si votre dentiste dispose d'un système de traitement en ligne. Sinon, il faut remplir le formulaire normalisé de l'Association dentaire canadienne.

Médicaments d'ordonnance et carte-médicaments
Lorsque vous détenez une carte-médicaments, le règlement des frais de médicaments d'ordonnance se fait par voie électronique si votre pharmacien dispose d'un système de traitement en ligne; à défaut de quoi il faut remplir une demande de règlement d'assurance maladie complémentaire et la transmettre à Co-operators Vie.

Preuve de sinistre
Vous devez présenter une demande de règlement, accompagnée d'une preuve de votre admissibilité aux prestations du régime, conformément aux modalités de la police-cadre ou du texte du régime. Vous devez également autoriser Co-operators Vie à obtenir des renseignements de toute autre source au sujet de votre demande de règlement (au besoin). De temps à autre, vous pourriez devoir fournir une preuve de votre invalidité totale. Lorsque des renseignements ou une autorisation quelconque sont demandés, il faut les présenter dans le délai prescrit; sans quoi vous n'aurez pas droit aux prestations. Les frais liés à l'obtention de ces renseignements sont à votre charge.

Quand dois-je présenter mon formulaire de demande de règlement?
Pour un traitement rapide de votre demande de règlement, il faut présenter la déclaration de sinistre au cours du délai prévu par chaque garantie.

Les formulaires de demande de règlement pour les garanties vie, vie des personnes à charge et invalidité doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Direction des régimes d'assurance collective
Northern Employee Benefits Services
#700, 5201 50th Avenue
Yellowknife, N.T.
X1A 3S9

Tous les autres formulaires de demande de règlement doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Service des règlements (Collective)
Co-operators
1920 College Avenue
Regina SK S4P 1C4

Conditions d'exercice des recours
Sauf lorsque la loi autorise l'application d'un délai de prescription différent, aucune poursuite ne peut être intentée contre l'assureur en vue de recouvrer toute somme payable au titre du contrat, à moins d'être engagée au cours du délai prescrit par la Loi sur les assurances ou par toute autre loi applicable.

Lorsque la loi autorise l'application d'un délai de prescription différent, aucune poursuite ou poursuite en équité ne peut être intentée contre Co-operators Vie en vue de récupérer des prestations payables aux termes de la police/du texte du régime ou à toute autre fin :

- avant l'expiration d'un délai de 60 jours suivant la présentation de la demande de règlement selon les exigences de la police-cadre/du texte du régime;
- un tel recours ne peut non plus être intenté à moins que et seulement :
  - lorsque aucune prestation n'a été versée – en moins d'un an suivant l'expiration du délai au cours duquel les clauses de la police/texte du régime prévoient qu'une demande de règlement doit être présentée ou à compter de la date où Co-operators Vie rejette pour la première fois la demande d'indemnisation, selon la première de ces éventualités;
  - lorsque des prestations ont été versées aux termes de la police/du texte du régime – en moins d'un an suivant la date où Co-operators Vie met fin aux prestations.

Le délai au cours duquel il est possible d'intenter un recours expire aux dates précisées dans cette clause, et en aucun cas il n'est prolongé par les prestations mensuelles accumulées après ces dates.

Accès à votre dossier

Conformément à la loi, en ce qui concerne les garanties souscrites, vous avez le droit de demander une copie de votre demande d'adhésion à la protection, ainsi qu'une copie de toute déclaration écrite ou de tout autre document qui ne fait autrement pas partie de la demande d'assurance mais que vous avez fourni à Co-operators Vie comme preuve d'assurabilité. Pour les garanties souscrites, vous pouvez également demander une copie de la police-cadre/texte du régime, sous certaines conditions. La première copie vous est remise gratuitement, mais des frais s'appliquent pour chaque copie subséquente. Il faut en faire la demande au Centre de service à la clientèle de Co-operators Vie.

Responsabilité civile/Subrogation

Lorsque vous ou l'une de vos personnes à charge assurées devenez totalement invalide par suite d'une blessure ou d'une maladie dont un tiers est, ou pourrait être, légalement responsable, ou que vous devenez admissible au remboursement de frais médicaux ou dentaires couverts à la suite d'une blessure ou d'une maladie dont un tiers est, ou pourrait être, légalement responsable, vous ou votre personne à charge devez signer une entente de remboursement et la transmettre à Co-operators Vie avant d'obtenir les prestations. Cette entente stipule les modalités touchant le remboursement des sommes appropriées à Co-operators Vie lorsque vous réglez la réclamation avec le tiers. Pour demeurer admissible aux prestations, il est important que vous ou votre personne à charge obteniez le consentement écrit de Co-operators Vie avant de régler toute réclamation avec le tiers concerné.

ASSURANCE VIE DE BASE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?

Si votre décès survient en cours de garantie, Co-operators Vie verse à votre bénéficiaire désigné le montant d'assurance vie de base pour lequel vous êtes assuré, tel qu'indiqué dans le tableau des prestations.

Si vous avez droit à un montant d'assurance supérieur au maximum sans preuve indiqué dans le tableau des prestations, vous pouvez augmenter votre montant d'assurance vie collective de base, sans toutefois excéder le maximum avec preuve indiqué dans le tableau des prestations, à condition que Co-operators Vie approuve votre assurabilité par écrit.

Qu'arrive-t-il si je deviens atteint d'une maladie en phase terminale?

La prestation d'assistance avant le décès est versée sous forme d'avance sur votre montant d'assurance vie de base pour vous aider à régler certains frais médicaux et autres frais se rapportant à la santé et au bien-être, si vous êtes atteint d'une maladie en phase terminale et que l'exonération des primes d'assurance vie en cas d'invalidité totale (le cas échéant) a été approuvée avant vos 65 ans.

La prestation n'est versée que si votre employeur approuve votre demande, et si Co-operators Vie confirme que vous remplissez les conditions du programme. La prestation d'assistance avant le décès peut atteindre 50 % de votre montant d'assurance vie de base, jusqu'à concurrence d'un maximum de 50 000 $.

Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie

Votre bénéficiaire ou votre succession doit présenter la demande dans les 6 mois qui suivent la date de votre décès.

Si vous devenez totalement invalide (au sens défini dans la police) avant vos 65 ans, vous pouvez demander l'exonération des primes et, si celle-ci est approuvée, votre assurance vie demeurera en vigueur sans paiement de primes jusqu'à la première des éventualités suivantes : votre 65e anniversaire de naissance; votre rétablissement; votre départ à la retraite ou votre décès. Vous devez fournir à Co-operators Vie une preuve de votre invalidité totale dans les 6 mois qui suivent le début de l'invalidité et, par la suite, de façon périodique.

Le défaut de présenter une preuve pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 12 mois à compter de la date du sinistre ou du début de l'invalidité.

Droit de transformation de l'assurance vie
Ne s'applique pas aux conseillers élus ni aux membres nommés au conseil

Si votre assurance prend fin à votre 65e anniversaire de naissance ou avant, vous pourriez avoir le droit de transformer votre assurance vie collective en une police individuelle, sans preuve de bonne santé. Co-operators Vie doit recevoir la proposition d'assurance individuelle, accompagnée de la première prime, dans les 31 jours qui suivent la terminaison de votre assurance vie collective. Un délai de 31 jours s'applique également si votre assurance prend fin le jour de votre 65e anniversaire de naissance. Advenant votre décès pendant cette période, le montant d'assurance vie collective admissible à la transformation est versé à votre bénéficiaire ou à votre succession, et ce, même si vous n'avez présenté aucune demande de transformation. Le droit de transformation n'est plus en vigueur après votre 65e anniversaire de naissance.

Seuls certains types de régimes individuels sont offerts dans le cadre d'une transformation et ceux-ci n'incluent aucune garantie en cas d'invalidité ou de décès accidentel ni aucune autre garantie spéciale. Pour l'assurance vie collective, le maximum transformable ne peut excéder le montant total d'assurance vie de base, moins le montant d'assurance que vous avez déjà ou auquel vous avez droit au titre d'un contrat d'assurance collective de tout assureur le jour où votre police transformée prend effet. Toutefois, le montant de la police individuelle ne doit en aucun cas excéder 200 000 $.

Selon les modalités de votre régime, vous pourriez également transformer l'assurance vie facultative de votre conjoint en une police individuelle. Si vous avez le droit de transformer une autre garantie au titre de votre régime, la somme des montants admissibles à la transformation ne peut excéder 200 000 $. Le contrat d'assurance vie individuelle prend effet à la fin de la période de transformation de 31 jours.

Pour faire une demande de transformation, veuillez obtenir le formulaire requis auprès du bureau de Co-operators de votre région.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?
Au décès d'une personne à charge admissible pendant que vous êtes assuré par cette garantie, vous obtenez le montant de l'assurance vie des personnes à charge indiqué dans le tableau des prestations.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale
Si les primes de votre assurance vie de base font l'objet d'une exonération, il en est de même pour les primes de l'assurance vie des personnes à charge, tant que la garantie et la protection de votre employeur aux termes de la garantie demeurent en vigueur.

Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie des personnes à charge
Il faut présenter la demande de règlement à Co-operators Vie au cours des 6 mois qui suivent le décès.

Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de présenter la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 12 mois à compter du décès.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?
Vous, votre conjoint assuré ou votre parent à charge pouvez demander un montant supplémentaire d'assurance vie, comme indiqué dans le tableau des prestations.

Comment puis-je y adhérer?
Une demande écrite doit être présentée au moyen des formulaires fournis par Co-operators Vie, et l'assurance ne prend effet que le premier jour du mois suivant la date où l'assurabilité est approuvée par écrit par Co-operators Vie. Co-operators Vie prend en charge les frais se rapportant à l'obtention des renseignements médicaux nécessaires à l'étude de la demande.

Plafond de garantie
Vous, votre conjoint et votre parent à charge ne pouvez souscrire un montant d'assurance vie facultative supérieur au maximum indiqué dans le tableau des prestations.

Fin de l'assurance vie facultative
L'assurance vie facultative prend fin à la première des éventualités suivantes :

- la fin de votre assurance vie collective de base;
- la fin de l'assurance vie facultative;
- le non-paiement des primes de l'assurance vie facultative;
- le jour où la personne couverte atteint l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale
Si les primes de votre assurance vie de base aux termes de la police font l'objet d'une exonération, il en est de même pour les primes de votre assurance vie facultative.

Suicide
Aucune prestation n'est payable dans le cas d'un suicide dans les 2 années qui suivent le début de l'assurance de la personne couverte ou dans les 2 années qui suivent la date d'effet de toute augmentation.

Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance vie facultative
Il faut présenter la demande de règlement à Co-operators Vie au cours des 6 mois qui suivent le décès.

Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de présenter la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 12 mois à compter du décès.

Droit de transformation de l'assurance vie

Ne s'applique pas aux conseillers élus ni aux membres nommés au conseil

Si votre assurance prend fin à votre 65e anniversaire de naissance ou avant, vous pourriez avoir le droit de transformer votre assurance vie collective en une police individuelle, sans preuve de bonne santé. Co-operators Vie doit recevoir la proposition d'assurance individuelle, accompagnée de la première prime, dans les 31 jours qui suivent la terminaison de votre assurance vie collective. Un délai de 31 jours s'applique également si votre assurance prend fin le jour de votre 65e anniversaire de naissance. Advenant votre décès pendant cette période, le montant d'assurance vie collective admissible à la transformation est versé à votre bénéficiaire ou à votre succession, et ce, même si vous n'avez présenté aucune demande de transformation. Le droit de transformation n'est plus en vigueur après votre 65e anniversaire de naissance.

Seuls certains types de régimes individuels sont offerts dans le cadre d'une transformation et ceux-ci n'incluent aucune garantie en cas d'invalidité ou de décès accidentel ni aucune autre garantie spéciale. Pour l'assurance vie collective, le maximum transformable ne peut excéder le montant total d'assurance vie de base, moins le montant d'assurance que vous avez déjà ou auquel vous avez droit au titre d'un contrat d'assurance collective de tout assureur le jour où votre police transformée prend effet. Toutefois, le montant de la police individuelle ne doit en aucun cas excéder 200 000 $.

Selon les modalités de votre régime, vous pourriez également transformer l'assurance vie facultative de votre conjoint en une police individuelle. Si vous avez le droit de transformer une autre garantie au titre de votre régime, la somme des montants admissibles à la transformation ne peut excéder 200 000 $. Le contrat d'assurance vie individuelle prend effet à la fin de la période de transformation de 31 jours.

Pour faire une demande de transformation, veuillez obtenir le formulaire requis auprès du bureau de Co-operators de votre région.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?

L'assurance invalidité de courte durée vise à prévenir la perte de revenus si vous devenez totalement invalide (au sens défini dans la police) en cours de garantie. Vous pourriez avoir droit à indemnisation après l'application du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations.

Évaluation médicale indépendante

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement initial des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez subir une évaluation médicale par le ou les professionnels de la santé choisis par Co-operators Vie.

Participation à un programme de réadaptation

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez participer à un programme de réadaptation que Co-operators Vie juge approprié, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable.

Versement des prestations d'invalidité de courte durée

Co-operators Vie verse une prestation hebdomadaire sur réception d'une preuve satisfaisante que :

- vous êtes totalement invalide depuis le début de l'invalidité;
- vous avez subi une perte de revenus;
- vous recevez et suivez un traitement raisonnable et habituel prescrit et exécuté par un omnipraticien, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge approprié;
- vous remplissez toutes les autres conditions pertinentes de la police.

Quand l'indemnisation commence-t-elle?

L'indemnisation commence le jour qui suit la fin du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations. Le délai de carence correspond à la période d'attente que vous devez observer au début de la période d'invalidité totale, avant de pouvoir présenter une demande d'indemnisation.

Quelle est la durée de l'indemnisation?

L'indemnisation ne peut se prolonger au-delà du nombre de semaines (à compter du début de l'invalidité) indiquées dans le tableau des prestations.

Récidive d'invalidité totale

L'invalidité totale est considérée comme une récidive si elle est attribuable à la même maladie ou blessure, ou à une cause connexe, et si elle survient dans les 4 semaines qui suivent la fin de l'indemnisation.

Calcul des prestations au prorata pour les semaines incomplètes

Dans le cas d'une période d'indemnisation de moins d'une semaine, la prestation correspond au cinquième (1/5) ou au septième (1/7) de la prestation applicable, selon ce qui est indiqué dans le tableau des prestations.

Mes prestations sont-elles imposables?

Vos prestations sont imposables si votre employeur paie une partie de la prime. C'est à l'aide de ses dossiers actuels et des renseignements fournis par votre employeur que Co-operators Vie détermine le statut fiscal indiqué dans le tableau des prestations.

Programme de réadaptation
Il s'agit d'un programme offert à la discrétion exclusive de Co-operators Vie. Lorsque vous participez à un emploi de réadaptation approuvé par Co-operators Vie, votre prestation est réduite de 50 % de vos revenus de réadaptation. Pour le calcul des prestations hebdomadaires payables pendant l'emploi de réadaptation, Co-operators Vie doit obtenir les revenus de réadaptation pour chaque période de 2 semaines. Les prestations hebdomadaires sont versées chaque semaine et rajustées périodiquement.

Vos prestations peuvent être de plus réduites de façon à ce que le total de vos revenus de toutes sources se limite à 100 % du salaire hebdomadaire pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité. Si vos prestations ne sont pas imposables, le total de vos revenus de toutes sources se limite à 100 % du salaire pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité, moins les retenues pour l'impôt sur le revenu, l'AE et le RPC ou le RRQ.

Le versement des prestations d'invalidité de courte durée prend fin à la première des éventualités suivantes :
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par Co-operators Vie, notamment un programme offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, d'un régime d'assurance automobile ou du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- lorsque Co-operators Vie retire son approbation de votre programme de réadaptation.

Réductions de la prestation
Plafond des prestations d'invalidité de courte durée (maximum de toutes sources)
Votre prestation se limite au montant d'assurance pour lequel vous êtes couvert ou au maximum de toutes sources indiqué dans le tableau des prestations, selon le moins élevé de ces montants.

Réductions directes (revenus de toutes sources)
Votre prestation est directement réduite lorsque vous recevez ou êtes admissible à recevoir la ou les indemnités ci-dessous, au début ou en cours d'indemnisation :
- indemnité versée aux termes d'un régime public.

Réductions indirectes (revenus de toutes sources)
Votre prestation est de plus réduite si le total des revenus de toutes sources et de la prestation hebdomadaire est supérieur au maximum de toutes sources indiqué dans le tableau des prestations dans la proportion suivante :
- indemnité versée aux termes d'un régime d'assurance automobile;
- rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec demandée, approuvée et reçue après le début de votre invalidité;
- indemnité pour perte de revenus reçue d'un tiers ou à laquelle vous avez droit après le début de votre invalidité.
- toute indemnité de remplacement du revenu financée par un employeur à laquelle vous avez droit en raison de votre invalidité;
- toute rémunération que vous recevez ou êtes admissible à recevoir, en cours d'emploi ou pour un travail quelconque, à l'exclusion des revenus de réadaptation qui sont pris en compte dans le cadre du programme de réadaptation;
- toute somme que l'employeur vous verse par suite de votre cessation d'emploi, notamment toute somme reçue dans le cadre d'un règlement ou d'un jugement;
- toute prestation d'invalidité à laquelle vous avez droit au titre d'un autre régime d'assurance collective en tant qu'employé d'un groupe ou membre d'une association.

Défaut de demander d'autres prestations
Sauf dans le cas d'une rente de retraite, les prestations auxquelles vous avez droit sont considérées comme payées, qu'elles aient ou non été accordées ou reçues. Si elles n'ont pas été accordées ou reçues, Co-operators Vie se réserve le droit d'en estimer le montant selon les modalités des régimes ou des lois concernés. Une rente de retraite est considérée comme payable lorsqu'elle est effectivement reçue.

Lorsque vous n'avez pas droit à une partie ou à la totalité des revenus de toutes sources en raison du non-respect des délais et modalités applicables à la présentation d'une demande (ou d'un appel, à la recommandation de Co-operators Vie), Co-operators Vie se réserve le droit de retenir de votre prestation le montant auquel vous auriez eu droit ou que vous auriez reçu, si la demande ou l'appel avait été présenté en bonne et due forme.

Transformation d'un versement unique en prestation hebdomadaire
Si vous recevez ou avez la possibilité de recevoir, en tout ou en partie, une somme de toutes sources en une somme forfaitaire, Co-operators Vie transforme, sur une base raisonnable, la somme forfaitaire en une somme au prorata et réduit votre prestation hebdomadaire comme si la somme forfaitaire avait été versée sur une base hebdomadaire.

Remboursement des prestations
Lorsque vous touchez des revenus de toutes sources (notamment pour une période où des prestations ont déjà été versées), Co-operators Vie transforme le paiement en un paiement hebdomadaire et recalcule la prestation qui aurait dû vous être versée. Vous devez rembourser à Co-operators Vie toute prestation versée en trop.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale
Lorsque vous recevez des prestation d'invalidité, les primes sont exonérées rétroactivement à compter du début de votre invalidité totale.

Quand mes prestations d'invalidité de courte durée prennent-elles fin?

Aucune prestation n'est versée après :
- le nombre de semaines indiquées dans le tableau des prestations;
- le jour où vous n'êtes plus totalement invalide;
- le jour où vous recommencez à travailler, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé;
- le jour où vous atteignez l'âge de terminaison indiqué dans le tableau des prestations. Toutefois, si vous êtes alors totalement invalide et que vous remplissez les autres conditions de la police, vous avez droit à une période maximale d'indemnisation de 15 semaines;
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par Co-operators Vie, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable;
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de traitement raisonnable et habituel que Co-operators Vie a approuvé;
- votre décès;
- votre départ à la retraite ou la date prévue de votre retraite;
- le jour où vous retirez ou recevez une rente de retraite financée par un employeur.

« Programme de traitement raisonnable et habituel » désigne un traitement méthodique :

- qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme traitement efficace, approprié et essentiel de l'affection médicalement diagnostiquée;
- dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion de l'affection médicalement diagnostiquée;
- qui est prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge nécessaire en raison de la nature de l'affection médicalement diagnostiquée.

Aucune prestation n'est versée pour toute période où vous :

- purgez une condamnation pour une infraction criminelle ou provinciale, que vous soyez incarcéré dans un foyer de transition ou un établissement de correction ou que vous ayez toute autre forme de détention;
- devenez invalide lors d'un arrêt de travail, notamment une grève, un lock-out ou une suspension;
- êtes en congé temporaire ou en congé de maternité, en congé parental ou en congé pour raisons familiales, et recevez ou êtes admissible à recevoir des prestations d'assurance-emploi, des prestations de maternité ou des prestations parentales de toute autre source, sauf dans les cas indiqués ci-après.

Congé de maternité, congé parental, congé pour raisons familiales, congé temporaire ou mise à pied temporaire

Si vous devenez totalement invalide pendant votre congé de maternité, votre congé parental, votre congé pour raisons familiales, un congé temporaire ou une mise à pied temporaire, le délai de carence s'applique à compter du début de l'invalidité, à condition que les primes aient été payées. L'indemnisation débute à la fin du délai de carence ou à la date où vous deviez retourner effectivement au travail, selon la dernière de ces éventualités.

Un congé est réputé commencer à la date convenue entre vous et votre employeur, et prendre fin à la date où vous deviez retourner effectivement au travail. Si l'enfant naît avant la date où votre congé de maternité doit commencer, le congé est réputé commencer le jour de l'accouchement.

Lorsque la loi l'oblige, votre employeur doit vous indemniser pendant la partie de votre congé de maternité qui est liée à des motifs de santé. Le délai de carence commence le jour de l'accouchement et l'indemnisation débute dès que vous avez fini d'observer le délai de carence.

Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de courte durée

Aucune prestation d'invalidité de courte durée n'est payable si l'invalidité totale est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- insurrection, guerre (que la guerre soit déclarée ou non), participation volontaire à une émeute ou mouvement populaire;

- perpétration ou provocation de voies de fait, perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;

- toute situation où l'invalidité résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que vous conduisiez, si :
  - votre taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
  - votre capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues ou d'une combinaison des deux;

- toute maladie ou blessure dont un tiers est ou pourrait être légalement responsable, sauf comme le prévoit la clause « Responsabilité civile/Subrogation » de la police;

- soins médicaux qui ne sont pas médicalement nécessaires pour traiter une maladie ou une blessure, sauf dans le cas suivant :
  - une invalidité causée par des soins médicaux qui ne sont pas médicalement nécessaires peut donner droit à indemnisation si vous êtes invalide pendant plus de 14 jours;
  - une invalidité faisant suite à un don d'organe ou de tissu est considérée comme des soins médicaux nécessaires.

Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de courte durée

Co-operators Vie doit recevoir par écrit la demande de prestations d'invalidité de courte durée au cours des 30 jours qui suivent la fin du délai de carence. Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 90 jours après la fin du délai de carence.

ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Assurance prise en charge par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?

Pour avoir droit aux prestations, vous devez démontrer de façon satisfaisante que vous êtes incapable de travailler par suite d'une invalidité totale (au sens défini dans la police) survenue en cours de garantie.

Cette garantie vise à prévenir la perte de revenus si vous êtes incapable de travailler par suite d'une invalidité totale attribuable à une maladie ou à une blessure médicalement diagnostiquée. Par conséquent, s'il n'y a aucune perte de revenus, aucune prestation n'est payable.

Votre prestation mensuelle est établie d'après votre salaire mensuel et le calcul de la prestation indiqué dans le tableau des prestations. La somme payable correspond à la prestation mensuelle, moins les retenues indiquées plus loin à la clause « Réductions de la prestation ».

Assurance invalidité de longue durée excédentaire

Si votre salaire vous permet d'obtenir un montant d'assurance supérieur au maximum sans preuve d'assurabilité indiqué dans le tableau des prestations, vous pouvez augmenter votre assurance invalidité de longue durée, sans toutefois excéder le maximum avec preuve d'assurabilité indiqué dans le tableau des prestations, à condition que votre assurabilité soit approuvée par écrit par Co-operators Vie.

Modalités à remplir avant et pendant l'indemnisation

Évaluation médicale indépendante

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement initial des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez subir une évaluation médicale par le ou les professionnels de la santé choisis par Co-operators Vie.

Obligation continue

L'obligation de subir une évaluation médicale s'applique pendant toute période où vous présentez une demande d'indemnisation.

Participation à un programme de réadaptation

Si Co-operators Vie l'exige, avant le versement des prestations ou en cours d'indemnisation, vous devez participer à un programme de réadaptation qu'elle juge approprié, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable.

Restriction applicable aux affections préexistantes

« Affection préexistante » désigne une maladie ou une blessure pour laquelle vous avez requis ou obtenu une évaluation médicale, un diagnostic, des mesures diagnostiques, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, ou qui s'est manifestée par des symptômes qui auraient amené une personne agissant de manière raisonnable à requérir ou à obtenir une évaluation médicale, un diagnostic, des mesures diagnostiques, un traitement, des soins, des médicaments ou des conseils médicaux, dans les 12 mois précédant immédiatement le début de son assurance invalidité de longue durée.

Aucune prestation mensuelle n'est payable pour toute période d'invalidité totale ayant pour cause directe ou indirecte une affection préexistante, sauf si :

- vous n'avez pas requis de traitement, de médicament ni de conseils médicaux pour cette affection durant une période ininterrompue d'au moins 12 mois suivant immédiatement la date d'effet de votre assurance invalidité de longue durée;

- vous êtes couvert de façon continue par votre assurance invalidité de longue durée depuis au moins 12 mois (à compter du début ou de la remise en vigueur de votre assurance) et ne vous êtes pas absenté du travail en raison de l'affection préexistante au cours de ces 12 mois. Vous n'êtes pas considéré comme ayant été absent du travail si le total cumulatif des absences au cours de cette période de 12 mois ne dépasse pas 10 jours de travail.

Versement des prestations mensuelles

Pendant la période afférente à la propre profession

Lorsque Co-operators Vie reçoit une preuve valable établissant que :

- vous êtes totalement invalide depuis le début de l'invalidité;
- vous avez subi une perte de revenus;
- vous recevez et suivez un traitement raisonnable et habituel prescrit et exécuté par un omnipraticien, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge approprié;
- vous remplissez toutes les autres conditions pertinentes de la police.

Co-operators Vie vous verse, sous réserve des modalités de la police, une prestation mensuelle à compter du jour qui suit la fin du délai de carence. La période d'indemnisation ne peut se prolonger au-delà de la période afférente à la propre profession indiquée dans le tableau des prestations.

Après la période afférente à la propre profession

Lorsque Co-operators Vie reçoit une preuve satisfaisante que :

- vous êtes totalement invalide depuis le début de l'invalidité;
- vous avez subi une perte de revenus;
- vous recevez et suivez un traitement raisonnable et habituel prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge approprié;
- vous remplissez toutes les autres conditions pertinentes de la police.

Co-operators Vie continue à vous verser une prestation mensuelle, sous réserve des modalités de la police.

Quand l'indemnisation commence-t-elle?

L'indemnisation commence le jour qui suit la fin du délai de carence indiqué dans le tableau des prestations ou le jour suivant la fin de la période où vous touchiez des prestations d'invalidité de courte durée aux termes du régime ou des prestations de maintien du salaire d'une autre source, selon la dernière de ces éventualités.

Le délai de carence correspond à la période d'attente que vous devez observer, au début de la période d'invalidité totale, avant de pouvoir présenter une demande d'indemnisation. Pendant cette période, aucune prestation n'est payable et il n'y a pas d'exonération des primes.

Qu'arrive-t-il si je travaille pendant le délai de carence?

Si vous retournez effectivement au travail pendant 7 jours consécutifs ou moins, on considère que votre délai de carence est ininterrompu; toutefois, les jours travaillés sont ajoutés à la fin de votre délai de carence. Si vous retournez effectivement au travail pendant plus de 7 jours, votre délai de carence est rétabli et vous devez observer de nouveau le délai de carence avant d'avoir droit aux prestations.

Récidive d'invalidité totale

L'invalidité totale est considérée comme une récidive si elle est attribuable à la même maladie ou blessure, ou à une cause connexe, et si elle survient dans les 6 mois qui suivent la fin de l'indemnisation.

Calcul des prestations au prorata pour les mois incomplets
Dans le cas d'une période d'indemnisation de moins d'un mois, les prestations payables sont calculées au prorata du nombre de jours d'indemnisation.

Mes prestations sont-elles imposables?
Vos prestations sont imposables si votre employeur paie une partie de la prime. C'est à l'aide de ses dossiers actuels et des renseignements fournis par votre employeur que Co-operators Vie détermine le statut fiscal indiqué dans le tableau des prestations.

Programme de réadaptation
Offert à la discrétion de Co-operators Vie, le programme de réadaptation comprend parfois une évaluation, un emploi, un traitement ou des services de réadaptation recommandés et approuvés par Co-operators Vie.

Approbation d'un programme de réadaptation
Co-operators Vie se réserve le droit de déterminer si un programme de réadaptation est approprié pour l'employé et s'il doit lui être offert ou non. Lorsque le programme de réadaptation est approuvé, Co-operators Vie verse des prestations mensuelles à l'employé, à condition qu'il y soit admissible et qu'il participe activement au programme.

Co-operators Vie détermine la durée du programme de réadaptation, qui ne peut toutefois pas se prolonger au-delà de la période afférente à la propre profession indiquée dans le tableau des prestations ou 24 mois après le début de l'invalidité totale, selon la dernière de ces éventualités, sauf si elle en recommande la prolongation et l'approuve par écrit.

Calcul des prestations mensuelles pendant la participation à un emploi de réadaptation
Lorsque vous participez à un emploi de réadaptation approuvé par Co-operators Vie, votre prestation est réduite de 50 % de vos revenus de réadaptation. Pour le calcul des prestations mensuelles payables pendant l'emploi de réadaptation, Co-operators Vie doit obtenir les revenus de réadaptation pour chaque période de 4 semaines. Les prestations mensuelles sont versées chaque mois et rajustées périodiquement.

Vos prestations peuvent être de plus réduites de façon à ce que le total de vos revenus de toutes sources se limite à 100 % du salaire mensuel pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité. Si vos prestations ne sont pas imposables, le total de vos revenus de toutes sources se limite à 100 % du salaire pour lequel vous étiez assuré immédiatement avant le début de l'invalidité, moins les retenues pour l'impôt sur le revenu, l'AE et le RPC ou le RRQ.

Le versement des prestations mensuelles prend fin à la première des éventualités suivantes :
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par Co-operators Vie, notamment un programme offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, d'un régime d'assurance automobile ou du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- lorsque Co-operators Vie retire son approbation de votre programme de réadaptation.

Réductions de la prestation
Quelles réductions entrent dans le calcul de ma prestation mensuelle?

Plafond des prestations mensuelles (maximum de toutes sources)
Pour les régimes où les prestations d'invalidité de longue durée ne sont pas imposables, le montant de votre prestation se limite au montant d'assurance pour lequel vous êtes couvert ou à 85 % du salaire mensuel net que vous touchiez avant votre invalidité, selon le moins élevé de ces montants.

« Salaire net » désigne votre salaire brut, moins les retenues obligatoires pour l'impôt sur le revenu (fédéral et provincial), l'assurance-emploi et le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec.

Pour les régimes où les prestations d'invalidité de longue durée sont imposables, le montant de votre prestation se limite au montant d'assurance pour lequel vous êtes couvert ou à 85 % du salaire mensuel brut que vous touchiez avant votre invalidité, selon le moins élevé de ces montants.

Réductions directes (revenus de toutes sources)
La prestation mensuelle est directement réduite lorsque vous recevez ou êtes admissible à recevoir la ou les indemnités ci-dessous, au début ou en cours d'indemnisation :

- indemnité versée aux termes d'un régime public.

Réductions indirectes (revenus de toutes sources)
Votre prestation est de plus réduite si le total des revenus de toutes sources et de votre prestation mensuelle est supérieur à 85 % du salaire mensuel brut que vous touchiez avant votre invalidité (pour les régimes imposables) ou de votre salaire mensuel net (pour les régimes non imposables). Le cas échéant, la prestation mensuelle est réduite du montant supérieur à 85 % par :

- indemnité versée aux termes d'un régime d'assurance automobile;
- rente de retraite du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec demandée, approuvée et reçue après le début de votre invalidité;
- indemnité pour perte de revenus reçue d'un tiers ou à laquelle vous avez droit après le début de votre invalidité.
- toute indemnité de remplacement du revenu financée par un employeur à laquelle vous avez droit en raison de votre invalidité;
- toute rémunération que vous recevez ou êtes admissible à recevoir, en cours d'emploi ou pour un travail quelconque, à l'exclusion des revenus de réadaptation qui sont pris en compte dans le cadre du programme de réadaptation;
- toute somme que l'employeur vous verse par suite de votre cessation d'emploi, notamment toute somme reçue dans le cadre d'un règlement ou d'un jugement;
- toute prestation d'invalidité à laquelle vous avez droit au titre d'un autre régime d'assurance collective en tant qu'employé d'un groupe ou membre d'une association.

Défaut de demander ou d'accepter d'autres prestations
Sauf dans le cas d'une rente de retraite, les prestations auxquelles vous avez droit sont considérées comme payées, qu'elles aient ou non été accordées ou reçues. Si elles n'ont pas été accordées ou reçues, Co-operators Vie se réserve le droit d'en estimer le montant selon les modalités des régimes ou des lois concernés. Une rente de retraite est considérée comme payable lorsqu'elle est effectivement reçue.

Lorsque vous n'avez pas droit, en tout ou en partie, aux sommes de toutes sources en raison du non-respect des délais et modalités applicables à la présentation d'une demande (ou d'un appel, à la demande de Co-operators Vie), Co-operators Vie se réserve le droit de retenir de votre prestation mensuelle le total des sommes de toutes sources auxquelles vous auriez eu droit ou que vous auriez reçues, si la demande ou l'appel avait été présenté en bonne et due forme.

Transformation d'un versement unique en prestation mensuelle
Si vous recevez ou avez la possibilité de recevoir, en tout ou en partie, une somme de toutes sources en une somme forfaitaire, Co-operators Vie transforme, sur une base raisonnable, la somme forfaitaire en une somme au prorata et réduit votre prestation mensuelle comme si la somme forfaitaire avait été versée sur une base mensuelle.

Remboursement des prestations
Lorsque vous touchez une somme de toutes sources qui couvre une période où des prestations mensuelles ont été versées, Co-operators Vie transforme la somme en un paiement mensuel et recalcule la prestation mensuelle qui aurait dû vous être versée. Vous devez rembourser à Co-operators Vie toute prestation d'invalidité de longue durée versée en trop.

Exonération des primes en cas d'invalidité totale
Co-operators Vie renonçe au paiement des primes de votre assurance invalidité de longue durée lorsque vous touchez des prestations.

Quand mes prestations d'invalidité de longue durée prennent-elles fin?
Aucune prestation mensuelle n'est versée après :
- le jour où vous n'êtes plus totalement invalide;
- la période d'indemnisation indiquée dans le tableau des prestations ou votre 65e anniversaire de naissance, selon la première de ces éventualités;
- le jour où vous recommencez à travailler, sauf comme prévu dans le programme de réadaptation;
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de réadaptation recommandé ou approuvé par Co-operators Vie, notamment un programme de réadaptation offert en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable;
- le jour où vous refusez de participer activement à un programme de traitement raisonnable et habituel approuvé par Co-operators Vie;
- votre décès;
- votre départ à la retraite ou la date prévue de votre retraite;
- le jour où vous retirez ou recevez une rente de retraite financée par un employeur.

« Programme de traitement raisonnable et habituel » désigne un traitement méthodique :
- qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme traitement efficace, approprié et essentiel de l'affection médicalement diagnostiquée;
- dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion de l'affection médicalement diagnostiquée;
- qui est prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge nécessaire en raison de la nature de l'affection médicalement diagnostiquée.

Aucune prestation mensuelle n'est versée pour toute période où vous :
- purgez une condamnation pour une infraction criminelle ou provinciale, que vous soyez incarcéré dans un foyer de transition ou un établissement de correction ou que vous ayez toute autre forme de détention;
- quittez le Canada pendant plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, sauf si Co-operators Vie accepte à l'avance par écrit de maintenir vos prestations pendant cette période;
- recevez des prestations d'invalidité de courte durée aux termes du régime ou des prestations de maintien du salaire d'une autre source;
- êtes en congé de maternité, en congé parental ou en congé pour raisons familiales, et recevez ou êtes admissible à recevoir des prestations d'assurance-emploi, des prestations de maternité ou des prestations parentales de toute autre source;
- devenez invalide lors d'un arrêt de travail, notamment une grève, une mise à pied, un lock-out, une suspension ou un congé autorisé, sauf dans les cas indiqués ci-après.

Congé de maternité, congé parental, congé pour raisons familiales, congé temporaire ou mise à pied temporaire

Si vous devenez totalement invalide pendant votre congé de maternité, votre congé parental, votre congé pour raisons familiales, un congé temporaire ou une mise à pied temporaire, le délai de carence s'applique à compter du début de l'invalidité, à condition que les primes aient été payées. L'indemnisation débute à la fin du délai de carence ou à la date où vous deviez retourner effectivement au travail, selon la dernière de ces éventualités.

Un congé est réputé commencer à la date convenue entre vous et votre employeur, et prendre fin à la date où vous deviez retourner effectivement au travail. Si l'enfant naît avant la date où votre congé de maternité doit commencer, le congé est réputé commencer le jour de l'accouchement.

Lorsque la loi l'oblige, votre employeur doit vous indemniser pendant la partie de votre congé de maternité qui est liée à des motifs de santé. Le délai de carence commence le jour de l'accouchement et l'indemnisation débute dès que vous avez fini d'observer le délai de carence.

Restrictions applicables aux prestations d'invalidité de longue durée

Aucune prestation mensuelle n'est payable si l'invalidité est directement ou indirectement attribuable à l'une des causes suivantes :

- insurrection, guerre (que la guerre soit déclarée ou non), participation volontaire à une émeute ou mouvement populaire;
- perpétration ou provocation de voies de fait, perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel;
- toute situation où l'invalidité résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que vous conduisiez, si :
  - votre taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
  - votre capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues ou d'une combinaison des deux;
- soins médicaux qui ne sont pas médicalement nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure, ou qui sont de nature esthétique. Les dons d'organe ou de tissu sont considérés comme des soins médicaux nécessaires;
- toute maladie ou blessure dont un tiers est ou pourrait être légalement responsable, sauf comme le prévoit la clause « Responsabilité civile/Subrogation » de la police.

Délai pour présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée

Co-operators Vie doit recevoir par écrit la demande de prestations mensuelles au cours des 60 jours qui suivent la fin du délai de carence.

Le défaut de présenter une preuve du sinistre pendant ce délai n'a pas pour effet d'annuler ni de réduire la prestation s'il est démontré qu'il n'était pas raisonnablement possible de fournir la preuve, et que cette dernière a été fournie dès que raisonnablement possible. Toutefois, en aucune circonstance, cette période ne peut dépasser 180 jours après la fin du délai de carence.

Si vous êtes totalement invalide et que vous recevez des prestations en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, vous devez quand même présenter à Co-operators Vie une demande de prestations d'invalidité de longue durée selon les modalités ci-dessus. Vous pourriez également être admissible à des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec. Pour obtenir les formulaires de demande, veuillez communiquer avec le bureau de votre région.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?

Cette garantie contribue au règlement des frais médicaux et hospitaliers admissibles, s'ils sont engagés par vous et vos personnes à charge assurées. Vous obtiendrez le remboursement des frais admissibles engagés, sous réserve des franchises, pourcentages et maximums indiqués dans le tableau des prestations.

Faut-il obtenir un plan de traitement?

Lorsqu'il est probable que les coûts d'un traitement excèdent 400 $, Co-operators Vie recommande qu'un plan de traitement détaillé lui soit présenté avant le début du traitement. Co-operators Vie vous indique alors la portion des frais à votre charge, ce qui vous permet de rechercher un autre traitement si vous le désirez. Rappelons que pour avoir droit aux prestations, vous devez être admissible à l'assurance le jour où les frais sont effectivement engagés.

Normes d'évaluation

Les frais admissibles sont remboursables au titre de la garantie d'assurance maladie s'ils représentent un traitement raisonnable et habituel de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte.

« Traitement raisonnable et habituel » désigne un traitement méthodique :

- qui est généralement accepté et reconnu par le corps médical canadien comme traitement efficace, approprié et essentiel de l'affection médicalement diagnostiquée;
- dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou à la gestion de l'affection médicalement diagnostiquée;
- qui est prescrit et exécuté par un médecin, ou par un spécialiste lorsque Co-operators Vie le juge nécessaire en raison de la nature de l'affection médicalement diagnostiquée.

Le médecin, spécialiste ou professionnel de la santé ne doit pas être un collègue ou un membre de la famille de la personne couverte ni travailler ou habiter avec elle.

Frais admissibles

Les frais admissibles correspondent aux frais effectivement engagés ou aux frais raisonnables et habituels liés aux services et fournitures couverts, selon le moins élevé de ces montants.

Sont remboursés les frais admissibles qui :

- représentent un traitement raisonnable et habituel de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte;
- sont engagés pendant que vous et vos personnes à charge êtes couverts par ce régime.

Les frais raisonnables et habituels correspondent au moins élevé des montants suivants :

- les tarifs représentatifs de la région où les services, fournitures ou médicaments d'ordonnance ont été fournis, notamment les frais d'exécution d'ordonnance, la marge bénéficiaire et le coût des ingrédients;
- les tarifs indiqués dans le guide des tarifs de l'association professionnelle pertinente;
- les tarifs maximums prévus par la loi.

Règle proportionnelle et franchise

Les frais admissibles sont remboursés selon le pourcentage indiqué dans le tableau des prestations, jusqu'à concurrence du maximum précisé pour les services et fournitures couverts.

Les franchises sont indiquées dans le tableau des prestations. Elles correspondent au montant que vous devez payer avant de recevoir un remboursement au titre de votre régime. Aucune franchise n'est applicable dans le cas de certains frais indiqués dans le tableau des prestations. La règle proportionnelle désigne la portion des frais qui est couverte au titre de votre régime.

Date où les frais sont engagés
Aux fins des calculs effectués pour le régime d'assurance maladie, on considère que les frais admissibles sont engagés le jour où la personne couverte reçoit les services et fournitures.

Services et fournitures couverts par l'assurance maladie complémentaire:
Pour être admissible à la garantie, la personne couverte (c.-à-d. vous et vos personnes à charge couvertes) doit participer à un régime provincial d'assurance maladie.

Les prestations par ailleurs payables par ce régime sont réduites dans la proportion du montant que la personne couverte reçoit ou est admissible à recevoir des sources suivantes :

- régime provincial d'assurance maladie;
- loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable;
- régime public d'assurance hospitalisation, d'assurance soins médicaux, d'assurance soins dentaires ou d'assurance maladie, qu'il produise ses effets ou non.

Lorsque le régime provincial d'assurance maladie prévoit une allocation pour l'achat de fournitures médicales ou la prestation de services médicaux au lieu du remboursement des frais s'y rapportant, la personne couverte est réputée avoir reçu l'allocation maximale, sauf indication contraire dans son avis d'allocation. La personne couverte doit présenter à Co-operators Vie, à des fins d'examen, une copie de son avis d'allocation accompagnée des reçus originaux et du formulaire de demande signé.

Ambulance
Sont couverts les frais de transport par ambulance, y compris par ambulance aérienne, si le transport est fourni par une compagnie d'ambulance qualifiée. L'ambulance doit se rendre à destination de l'hôpital approuvé le plus proche où un traitement raisonnable et habituel est offert, ou à partir d'un hôpital approuvé à destination d'un hôpital de convalescence. Les frais de transport d'un (1) accompagnateur sont également couverts en cas de nécessité médicale.

Hospitalisation
Les soins prodigués à l'hôpital sont couverts si :

- ils débutent pendant que la personne couverte bénéficie de la présente garantie maladie complémentaire;
- il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.

Sont exclus les soins prodigués à l'hôpital pour une affection médicalement diagnostiquée si une amélioration ou une détérioration importante est peu probable dans les 12 prochains mois, car il s'agit de soins de longue durée. Sont également exclus les soins qui sont principalement prodigués comme des soins de longue durée, des soins de garde ou des soins de base, comme l'entretien ménager et l'apprentissage de l'hygiène personnelle.

La garantie couvre la différence entre le tarif habituel en salle commune de l'hôpital approuvé et le type de chambre indiqué dans le tableau des prestations, à condition que la personne couverte ait expressément demandé par écrit ce type de chambre. L'hôpital doit disposer des installations nécessaires pour établir un diagnostic et réaliser des traitements médicaux et des interventions chirurgicales majeures. Les séjours dans les établissements suivants ne sont pas couverts : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), établissement de soins de longue durée, maison de repos, foyer pour personnes âgées ou pour malades chroniques, sanatorium ou centre de désintoxication.

Sont couverts les soins reçus à l'extérieur de la province ou du territoire à la consultation externe d'un hôpital approuvé, lesquels ne sont pas couverts par le régime public d'assurance maladie de la province ou du territoire de résidence de la personne couverte.

Les prestations en cas d'hospitalisation à l'étranger ne sont payables que selon la clause « Soins d'urgence à l'étranger ».

Hôpital de convalescence
Co-operators Vie couvre les frais de séjour dans un hôpital de convalescence pour une affection médicalement diagnostiquée nécessitant des soins de convalescence. Le séjour dans un hôpital de convalescence doit suivre immédiatement un séjour d'au moins 3 jours dans un hôpital approuvé pour une affection médicalement diagnostiquée qui nécessite des soins de courte durée.

Co-operators Vie couvre la différence entre le tarif habituel en salle commune de l'hôpital de convalescence et le type de chambre indiqué dans le tableau des prestations. En cas d'hospitalisation à l'extérieur de la province ou du territoire (au Canada), la garantie couvre également la différence entre le tarif habituel en salle commune de l'hôpital de convalescence et l'allocation attribuée par le régime public d'assurance maladie de la province ou du territoire de résidence de la personne couverte.

Le séjour dans un hôpital de convalescence se limite au nombre de jours indiqués dans le tableau des prestations. Ce maximum est rétabli pour un autre séjour dans un hôpital de convalescence dans les cas suivants :

- après une période d'au moins 30 jours où aucun séjour n'a été nécessaire dans un hôpital approuvé ou dans un hôpital de convalescence;
- l'hospitalisation est nécessaire pour une affection médicalement diagnostiquée qui n'est pas connexe à une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation.

On considère que les affections médicalement diagnostiquées sont connexes lorsqu'elles existent en même temps ou si elles sont attribuables à la même cause ou à une cause connexe.

Les séjours dans les établissements suivants ne sont pas couverts : centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), établissement de soins de longue durée, maison de repos, foyer pour personnes âgées ou pour malades chroniques, sanatorium ou centre de désintoxication.

Soins infirmiers de convalescence
Les soins exécutés à l'extérieur de l'hôpital de convalescence par une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin et qu'ils sont nécessaires à des fins médicales; de plus, l'infirmière ne doit pas habiter avec le patient ni être un membre de sa famille.

Les soins infirmiers exécutés à l'extérieur de l'hôpital de convalescence doivent commencer dans les 48 heures qui suivent le congé de l'hôpital et sont assujettis au maximum indiqué dans le tableau des prestations.

Aucune nouvelle période maximale ne sera offerte à moins que la personne couverte ne soit hospitalisée dans un hôpital ou un hôpital de convalescence pendant au moins 30 jours et que l'hospitalisation subséquente soit attribuable à une blessure ou maladie complètement différente.

Soins infirmiers à domicile
Les soins infirmiers à domicile sont couverts si :

- ils débutent pendant que la personne couverte bénéficie de la présente garantie maladie complémentaire;
- il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.

Sont exclus les soins infirmiers prodigués à domicile pour une affection médicalement diagnostiquée si une amélioration ou une détérioration importante est peu probable dans les 12 prochains mois, car il s'agit de soins de longue durée. Sont également exclus les soins qui sont principalement prodigués comme des soins de longue durée, des soins de garde ou des soins de base, comme l'entretien ménager et l'apprentissage de l'hygiène personnelle.

Devis des prestations pour soins infirmiers à domicile
Pour connaître le montant couvert par la garantie avant le début des soins infirmiers à domicile, vous devez obligatoirement demander un devis des prestations.

Un devis des prestations est une évaluation faite par Co-operators Vie qui décrit :

- la nature des soins infirmiers pris en charge;
- le nombre d'heures couvertes par jour ou par semaine;
- la durée prévue de la garantie.

Pour recevoir un devis, vous devez présenter une lettre de votre médecin traitant qui fait mention des points suivants :

- une description de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte et le pronostic;
- une liste des soins infirmiers requis et leur fréquence;
- le niveau de compétences nécessaire pour exécuter les soins requis, c'est-à-dire si les soins doivent être exécutés par une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière auxiliaire diplômée ou un autre praticien;
- le nombre d'heures de soins requis par jour ou par semaine;
- la durée prévue des soins requis.

Après réception des renseignements demandés et étude de la demande de règlement, Co-operators Vie vous informe de l'étendue de la garantie. Co-operators Vie se réserve le droit d'exiger des renseignements complémentaires au moment de la présentation de la demande de règlement, et pour toute demande en cours.

Ces prestations sont complémentaires aux services auxquels la personne couverte a droit au titre de son régime provincial de soins à domicile. La personne couverte devrait d'abord demander des prestations dans le cadre de son régime provincial avant de présenter une demande de règlement au titre de ce régime.

Co-operators Vie couvre les soins infirmiers à domicile prodigués au Canada. « Soins infirmiers » désigne des soins qui :

(i) nécessitent les compétences et la formation d'une infirmière qualifiée;

(ii) sont fournis par une infirmière qualifiée qui n'est pas un membre de la famille de la personne couverte et qui n'habite normalement pas avec elle.

La garantie se limite au nombre minimal d'heures et au niveau de compétences minimales requis pour fournir chaque soin infirmier essentiel. Les exigences relatives à la délivrance des permis sont prises en compte pour déterminer le niveau de compétences nécessaires. « Infirmière qualifiée » désigne une infirmière autorisée, une infirmière auxiliaire autorisée ou une infirmière auxiliaire diplômée.

Le maximum remboursable est indiqué dans le tableau des prestations.

Restriction applicable aux soins infirmiers à domicile
Aucune prestation n'est versée pour les activités suivantes : compagnonnage, service de consultation, soins de soutien (bain, habillement, alimentation), garde d'enfant, entretien ménager ou soins infirmiers pour une affection médicalement diagnostiquée si une amélioration ou une détérioration importante est peu probable dans les 12 prochains mois, car il s'agit de soins de longue durée.

« Affection médicalement diagnostiquée » ou « médicalement diagnostiqué » désigne une maladie ou blessure diagnostiquée selon un système de classification généralement reconnu, notamment radiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), scintigraphie osseuse, biopsie, tomodensitométrie, test psychométrique (y compris MMPI-2), épreuve hématologique ou essai par ultrason.

Soins d'urgence à l'étranger
Les soins d'urgence à l'étranger sont offerts pendant le nombre de jours de voyage indiqués dans le tableau des prestations si :

- ils sont nécessaires à la suite d'une urgence médicale qui survient lorsque la personne couverte est à l'étranger en voyage de tourisme, d'affaires ou d'études;
- la personne couverte participe à un régime provincial d'assurance maladie.

Co-operators Vie prend en charge les frais raisonnables et habituels, supérieurs à la protection offerte par le régime public d'assurance maladie provincial de la personne couverte, pour les services et fournitures suivants, s'ils se rapportent au traitement initial en cas d'urgence médicale :

- le traitement offert par un médecin;
- les services de radiodiagnostic et de laboratoire;
- un séjour en salle commune, dans une chambre à deux lits ou dans l'unité de soins intensifs d'un hôpital approuvé, si le séjour commence pendant que la personne couverte bénéficie de la protection;
- les fournitures médicales offertes lors d'une hospitalisation couverte;
- les soins paramédicaux fournis lors d'une hospitalisation couverte;
- les services et fournitures reçus à la consultation externe d'un hôpital;
- les fournitures médicales offertes à l'extérieur de l'hôpital si elles avaient été couvertes au Canada;
- les médicaments d'ordonnance;
- les soins fournis par une infirmière qualifiée à l'extérieur de l'hôpital;
- les services ambulanciers, y compris le transport par ambulance aérienne, offerts par une compagnie d'ambulance qualifiée, à destination de l'établissement le plus proche où un traitement essentiel est offert;
- les soins prodigués en cas d'accident dentaire lorsqu'ils auraient été couverts par le présent régime d'assurance maladie s'ils avaient été fournis au Canada.

Par « urgence médicale », on entend une blessure soudaine et imprévue ou une crise ou poussée d'une maladie. Les soins médicaux d'urgence n'incluent pas le suivi d'un état stable.

Si l'affection médicalement diagnostiquée permet à la personne couverte de revenir au Canada, les prestations se limitent au moins élevé des montants suivants :

- le montant payable aux termes du régime pour poursuivre le traitement à l'étranger;
- le montant payable aux termes du régime pour suivre un traitement comparable au Canada.

Si un médecin vous dirige vers un hôpital approuvé à l'extérieur de votre province ou territoire de résidence afin d'y recevoir un traitement qui n'est pas offert dans votre province ou territoire et qu'aucun autre traitement médical de rechange n'est suffisant dans votre province ou territoire de résidence et pour lequel des frais sont admissibles au remboursement, en tout ou en partie, par le régime d'assurance maladie de votre province ou territoire, les frais susmentionnés sont couverts.

Étudiant à charge à l'étranger

Puisqu'une personne à charge qui étudie à l'étranger n'est pas admissible à la garantie des soins d'urgence à l'étranger après la durée indiquée dans le tableau des prestations, il est important que vous souscriviez une autre protection, comme une assurance voyage, avant que votre étudiant à charge quitte le pays.

Assurance voyage Plus

Vous avez droit aux garanties supplémentaires suivantes si :

- l'urgence médicale couverte survient à l'étranger ou à l'extérieur de la province ou du territoire;
- l'urgence médicale couverte survient dans la province ou territoire de résidence de la personne couverte, à plus de 500 kilomètres de son domicile.

Les soins d'urgence à l'étranger s'accumulent jusqu'au maximum en cas d'urgence à l'étranger indiqué dans le tableau des prestations. Les soins d'urgence au Canada s'accumulent jusqu'au maximum global pour soins médicaux complémentaires, comme indiqué dans le tableau des prestations.

- Transport d'urgence à l'hôpital – Est pris en charge le transport d'urgence vers l'hôpital le plus proche habilité à effectuer le traitement. En cas de voyage à l'étranger, le transport d'urgence vers un hôpital situé au Canada est pris en charge, pourvu que la personne couverte soit réputée médicalement apte à emprunter le moyen de transport choisi et que les réservations soient effectuées et approuvées au préalable par Co-operators Vie.

- Accompagnateur médical habilité – Sont pris en charge les honoraires raisonnables, y compris le billet d'avion et les frais de séjour et de repas, demandés par un accompagnateur médical (sauf un membre de la famille) qui escorte la personne couverte lors de son vol de retour à bord d'un avion commercial, pourvu que le médecin traitant l'exige et que les réservations soient effectuées et approuvées au préalable par Co-operators Vie.

- Transport des membres de la famille – Si la personne couverte est incapable de retourner dans sa province ou son territoire de résidence en raison d'une maladie ou d'une blessure couverte et que son billet de retour est prépayé, la garantie rembourse le coût d'un billet d'avion aller seulement en classe économique, moins le remboursement du billet non utilisé, pour la personne couverte et les personnes à charge. En outre, lorsque la personne couverte est transportée par ambulance aérienne ou en civière commerciale, la garantie couvre le coût d'un billet d'avion aller en classe économique à destination de la ville de résidence des personnes à charge, pourvu que les réservations soient effectuées et approuvées au préalable par Co-operators Vie. Elle couvre également les frais raisonnables et habituels, y compris le billet d'avion aller simple ou aller-retour en classe économique, d'un accompagnateur qui escortera les enfants à charge à la maison, au besoin et avec l'approbation préalable de Co-operators Vie.

- Au chevet du malade – Si la personne couverte est hospitalisée par suite d'une blessure ou d'une maladie couverte, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique selon le trajet le plus direct emprunté par un transporteur public est pris en charge, lorsque le médecin traitant exige qu'un membre de la famille ou un ami proche se rende au chevet du malade.

- Retour du véhicule – Si la personne couverte est incapable de retourner à la maison au moyen du véhicule utilisé pour le voyage en raison d'une blessure ou d'une maladie couverte, la garantie rembourse jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 000 $ le tarif raisonnable et habituel d'une agence qui se charge de ramener le véhicule à la maison de la personne couverte ou, dans le cas d'un véhicule loué, à l'agence de location la plus proche.

En cas d'évacuation d'urgence par air, le coût d'un billet d'avion aller seulement en classe économique à destination de la ville où l'évacuation a débuté pour récupérer le véhicule. Si, pendant l'évacuation, la personne couverte était accompagnée d'une autre personne couverte, cette dernière a également droit à un billet d'avion aller en classe économique à destination de la ville où l'évacuation a débuté. Le maximum global des frais pris en charge est de 3 000 $.

- Débours – Si la personne couverte est hospitalisée, cette garantie rembourse jusqu'à concurrence d'un maximum de 2 500 $ les frais raisonnables et habituels visant la subsistance, la garde d'enfant, les appels téléphoniques et les déplacements en taxi essentiels, engagés par la personne couverte ou par ceux qui demeurent avec elle pendant son hospitalisation.

- Rapatriement de la dépouille mortelle – Si le décès de la personne couverte est directement attribuable à une blessure ou à une maladie couverte, Co-operators verse un maximum de 10 000 $ pour :
  - l'incinération de la dépouille mortelle sur les lieux du décès;
  - les frais raisonnables et habituels engagés pour la préparation et le transport de la dépouille mortelle à la province ou territoire de résidence, à condition que le défunt ne bénéficie d'aucune autre prestation de rapatriement au titre de la police ou de toute autre police d'assurance. (À noter que le cercueil n'est pas remboursable.)

- Identification du défunt – Si la personne couverte décède des suites d'une blessure ou d'une maladie couverte alors qu'elle voyage seule, le coût d'un billet d'avion aller-retour en classe économique selon le trajet le plus direct emprunté par un transporteur public est pris en charge pour qu'un membre de la famille identifie le défunt si les autorités publiques le demandent. Si vous voyagez seul, Co-operators Vie vous conseille de vous inscrire auprès de l'ambassade canadienne du pays visité.

Assistance en cas d'urgence médicale en voyage

Il est essentiel d'apporter votre carte d'assistance en cas d'urgence médicale en voyage quand vous voyagez à l'étranger. On y trouve des numéros de téléphone importants dont vous pourriez avoir besoin. Si vous avez égaré votre carte, communiquez immédiatement avec votre employeur ou l'administrateur de votre régime.

Si une situation d'urgence médicale se présente pendant un voyage, vous devez communiquer avec le service d'assistance en cas d'urgence médicale en voyage dans les 48 heures qui suivent votre admission à l'hôpital. Sinon, les prestations seront réduites.

Lorsque vous communiquez avec le service d'assistance, vous devez donner les renseignements suivants : votre nom, le lieu où vous vous trouvez, le nom de votre employeur, votre numéro de police collective/texte du régime, votre numéro de compte et les circonstances entourant votre urgence.

Une fois la garantie confirmée, un représentant attitré se chargera de vous donner des renseignements au sujet des médecins et des hôpitaux de la région, de confirmer votre garantie aux médecins, de maintenir le contact avec le médecin traitant, de verser un acompte (au besoin) et de donner des précisions sur votre état à votre famille ou à votre employeur.

Grâce à l'assistance voyage, vous bénéficiez également d'autres services, notamment services juridiques, médecins anglophones, références dans les consulats et ambassades et interprétation par téléphone.

Il se peut que certains des services décrits ci-dessus soient limités ou suspendus en raison de différentes circonstances, notamment guerre, insurrection, hostilités d'une puissance étrangère, émeute, rébellion, soulèvement militaire, conflit de travail, loi martiale, grève, accident nucléaire ou cas de force majeure.

Soins paramédicaux
Sont pris en charge les frais raisonnables et habituels se rapportant aux soins prodigués à l'extérieur de l'hôpital par les praticiens mentionnés dans le tableau des prestations pour traiter une affection médicalement diagnostiquée, lorsque les soins sont pratiqués au Canada. Le maximum payable par personne couverte par année civile est indiqué dans le tableau des prestations. À moins d'indication contraire dans le tableau des prestations, Co-operators Vie paye la portion des frais qui excède le montant couvert par le régime public d'assurance maladie de la province ou territoire de résidence de la personne couverte, sous réserve des franchises et pourcentages indiqués dans le tableau des prestations, à condition que la loi touchant ledit régime n'en interdise pas sa prise en charge.

Le praticien paramédical doit détenir un permis d'exercice, en tant que membre d'une profession paramédicale, qui l'autorise à pratiquer dans la province ou territoire où les services sont fournis. Vous devrez indiquer son attestation professionnelle au moment de présenter une demande de règlement. Pour ce faire, consultez votre reçu de paiement ou demandez à votre praticien. L'expression « dûment autorisé » signifie que la personne détient l'agrément ou un permis d'exercice de l'ordre professionnel de la province ou du territoire où les services sont rendus. Si aucun organisme n'a ce pouvoir, le praticien doit détenir un certificat de compétence, émis par l'association professionnelle qui établit les normes de compétence et de déontologie de la profession, qui est équivalent aux normes de pratique établies par l'autorité compétente dans les provinces ou territoires réglementés. Le praticien ne doit pas être un membre de la famille de la personne couverte ni travailler ou habiter avec elle.

Frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste
Sont pris en charge les frais d'examen des yeux facturés par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié, pourvu qu'ils soient couverts dans le tableau des prestations et qu'aucune portion des frais ne soit prise en charge par le régime public d'assurance maladie. Le montant des frais pris en charge se limite au maximum indiqué dans le tableau des prestations.

Médicaments d'ordonnance
La personne couverte doit régler la quote-part ou la franchise indiquée dans le tableau des prestations.

Co-operators Vie couvre les frais raisonnables et habituels se rapportant aux médicaments suivants, lesquels sont nécessaires pour traiter une affection médicalement diagnostiquée et figurent dans la liste de médicaments indiquée dans le tableau des prestations.

(i) Les médicaments, sérums et vaccins nécessitant une ordonnance d'un médecin, d'un dentiste ou d'un autre fournisseur de soins, qui est dûment autorisé à en passer la commande dans la province ou territoire où il exerce sa profession, sont couverts selon :
- la Loi sur les aliments et drogues (Canada);
- la loi provinciale en vigueur là où le médicament est délivré.

Note : les médicaments contraceptifs sont couverts.

(ii) Les préparations magistrales ou les mélanges de composition doivent légalement contenir au moins un ingrédient actif, en concentration thérapeutique, considéré comme un médicament d'ordonnance admissible aux termes de cette clause. Sont exclus :
- les composés médicamenteux principalement utilisés à des fins esthétiques;
- les médicaments composés qui reproduisent un médicament préfabriqué déjà offert sur le marché.

(iii) Les médicaments essentiels au maintien de la vie qui, selon la loi, ne nécessitent pas d'ordonnance sont couverts si :
- ils sont prescrits par un fournisseur de soins qui est dûment autorisé à les prescrire dans sa province ou territoire;
- ils sont considérés comme des médicaments essentiels au maintien de la vie, par exemple : insuline ou nitroglycérine à action rapide.

Restrictions applicables aux médicaments d'ordonnance

Ne sont pas remboursables les médicaments d'ordonnance suivants :
- les médicaments qui ne portent pas d'identification numérique du médicament (DIN), comme défini par la Loi sur les aliments et drogues (Canada);
- les médicaments ou produits qui peuvent être achetés en vente libre;
- les médicaments à action immédiate sont couverts jusqu'à un approvisionnement maximal de 34 jours, si le médecin prescripteur le précise. Les médicaments d'entretien sont couverts jusqu'à un approvisionnement maximal de 100 jours. La durée de l'approvisionnement maximal peut être réduite si le médicament doit être préautorisé;
- les frais pour les médicaments d'ordonnance dont la posologie ou la quantité excède le maximum nécessaire pour le traitement de la personne couverte;
- les médicaments fournis par un médecin, un dentiste, un autre fournisseur de soins ou une clinique, ou par une pharmacie dans un hôpital qui n'est pas agréé;
- les médicaments reçus lors d'une hospitalisation ou d'une consultation externe dans un hôpital approuvé;
- les médicaments considérés comme cosmétiques, comme le minoxidil topique pour prévenir la perte de cheveux ou un écran solaire, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non;
- les frais d'administration d'un médicament injectable, notamment : sérum, vaccin, vitamine, insuline et extraits d'allergènes;
- les sérums anti-allergiques, la plupart des vitamines, les vaccins (sauf s'ils sont expressément couverts par votre régime d'assurance médicaments), les aliments naturels, les suppléments nutritionnels, les hormones de croissance, les médicaments homéopathiques, naturopathiques ou aux plantes médicinales, les pastilles, les produits d'hygiène buccodentaire et les rince-bouche;
- les médicaments prescrits pour traiter la dysfonction érectile, la stérilité, l'obésité ou le tabagisme, qu'ils soient prescrits ou non pour des raisons médicales, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
- les médicaments qui auraient été pris en charge par le régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme;
- les médicaments qui ne sont pas officiellement indiqués par Santé Canada pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte;
- les médicaments qui ne sont pas recommandés par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte;
- les médicaments qui sont recommandés sous certaines conditions par l'ACMTS pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte;
- le remboursement d'un médicament se limite au prix du médicament interchangeable ou équivalent le moins cher, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations.

Médicaments spécialisés et préautorisation
Certains médicaments d'ordonnance nécessitent une préautorisation de Co-operators Vie avant de vous être remboursés. Une préautorisation (ou autorisation préalable) est un processus au cours duquel Co-operators Vie approuve, par écrit, la prise en charge de médicaments spécialisés ou très coûteux selon certains critères médicaux. Ces médicaments d'ordonnance sont remboursables uniquement lorsqu'ils remplissent les critères cliniques définis par Co-operators Vie et si la personne couverte a obtenu une autorisation préalable de Co-operators Vie. Vous ou votre personne à charge devez faire remplir une demande d'autorisation préalable par votre médecin et payer les frais y afférents.

Assurance médicaments provinciale
Les personnes couvertes qui résident dans une province ou un territoire du Canada où les médicaments d'ordonnance sont couverts par un régime public d'assurance maladie peuvent se faire rembourser une partie de leurs médicaments d'ordonnance par l'assurance médicaments provinciale.

L'assurance médicaments du présent régime est complémentaire à l'assurance médicaments provinciale et couvre habituellement les médicaments admissibles qui ne sont pas remboursés par le régime public. Par conséquent, les frais des médicaments couverts par le régime public d'assurance maladie se limitent à la franchise et à la portion que la personne couverte doit régler par elle-même.

La personne couverte doit s'inscrire à l'assurance médicaments provinciale même si les médicaments d'ordonnance sont couverts par le présent régime afin d'éviter tout retard de règlement. Si la personne couverte ne fournit pas la preuve de son inscription à l'assurance médicaments provinciale, les médicaments admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence du seuil établi par Co-operators Vie, puis refusés jusqu'à réception de la preuve. Le remboursement des médicaments admissibles non couverts par l'assurance provinciale reprendra lorsque Co-operators Vie aura reçu une copie de la preuve de l'inscription.

Plafond pour le remboursement des médicaments d'ordonnance
Le maximum payable par année civile pour les frais de médicaments d'ordonnance est illimité, sauf indication contraire dans le tableau des prestations.

Fournitures médicales

Sont couverts les frais raisonnables et habituels liés aux services et aux fournitures médicales décrits dans cette section, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou un autre fournisseur de soins dûment autorisé à les prescrire pour le traitement raisonnable et habituel d'une affection médicalement diagnostiquée. Pour les fournitures offertes en location, les frais de location, ou d'achat à la discrétion de Co-operators Vie, sont couverts.

Fournitures pour diabétiques
Sont couvertes les fournitures pour diabétiques suivantes, dans la limite d'une quantité jugée raisonnable par Co-operators Vie et jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des prestations :

- les stylos injecteurs d'insuline;
- les ensembles de perfusion d'insuline et les pompes à perfusion;
- les seringues;
- les aiguilles de stylo;
- les lancettes;
- les bandelettes réactives.

L'équipement de surveillance et d'administration pour diabétiques est couvert selon la clause « Équipement thérapeutique ».

Frais d'analyses diagnostiques
Sont couverts les services diagnostiques de laboratoire et de radiologie lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le régime public d'assurance maladie, étant précisé que les services doivent être reçus dans votre province ou territoire de résidence et fournis par un technicien de laboratoire dûment autorisé. Aucune prestation n'est versée pour les services d'un médecin ou d'un spécialiste exerçant dans le privé ou pour les services reçus dans un hôpital ou une pharmacie.

Équipement médical
Sont pris en charge les frais initiaux se rapportant à l'équipement médical suivant, nécessaire en raison d'une affection médicalement diagnostiquée :

- béquilles, plâtre, bandage herniaire, aide à la marche (marchette) et canne;
- vêtements de compression pour traiter les brûlures;
- bas de contention gradués, jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le tableau des prestations;
- succédanés alimentaires devant être administrés par gavage. Sont également couverts l'équipement et les pompes de gavage;
- attelle, y compris une chaussure attachée à une attelle. Les attelles intra-buccales ne sont pas couvertes;
- appareil orthopédique : un appareil orthopédique portable fait d'un matériau rigide, comme le métal ou le plastique robuste, pour maintenir différentes parties du corps en bonne position. Les soutiens élastiques et les orthèses podologiques ne sont pas considérés comme des appareils orthopédiques. Les appareils d'orthodontie ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie.

Équipement thérapeutique
Co-operators Vie prend en charge les frais de location, ou d'achat à sa discrétion, de l'équipement médical indiqué dans le tableau des prestations qui est nécessaire en raison d'une affection médicalement diagnostiquée.

Le remboursement de l'équipement thérapeutique couvert est assujetti au pourcentage et au maximum viager indiqués dans le tableau des prestations pour chaque appareil semblable.

Oxygène et matériel d'administration d'oxygène
Sont couverts les frais d'oxygène et le matériel nécessaire pour administrer l'oxygène lorsqu'ils sont prescrits par un médecin pour traiter une affection médicalement diagnostiquée.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires
Sont couvertes les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires sur mesure, nécessaires en raison d'une affection médicalement diagnostiquée. Les modifications apportées aux chaussures orthopédiques sont également couvertes. Le maximum payable par personne couverte par année civile est indiqué dans le tableau des prestations.

Les chaussures orthopédiques et les orthèses doivent être :

- prescrites par un médecin ou un spécialiste du pied (p. ex. podiatre ou podologue);
- fabriquées sur mesure et fournies par un orthésiste, un podo-orthésiste, un podiatre ou un podologue.

La personne couverte doit accompagner chaque demande de règlement ou devis des pièces suivantes :

- une copie détaillée de l'ordonnance rédigée par le médecin ou le spécialiste du pied;
- le diagnostic posé, l'examen biomécanique, l'analyse de la démarche, des précisions sur la technique de moulage et les reçus officiels du fournisseur agréé.

Fauteuils roulants et lits d'hôpital

Sont couverts :

- les fauteuils roulants manuels, y compris les frais de réparation raisonnables et habituels. Les fauteuils roulants spéciaux nécessaires pour exercer de façon autonome des activités de la vie quotidienne sont également couverts. Ne sont pas couverts les accessoires destinés principalement à faire du sport;
- si un fauteuil roulant spécial est fourni dans des circonstances où l'affection médicalement diagnostiquée ne justifie pas un tel fauteuil, Co-operators Vie verse une indemnité de remplacement selon le type de fauteuil roulant qui permettrait d'exercer de façon autonome des activités de la vie quotidienne;
- les lits d'hôpital et les frais raisonnables et habituels se rapportant au type de lit d'hôpital requis pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte, les lits d'hôpital fluidisés n'étant pas couverts.

Perruques et postiches

Sont couverts les frais se rapportant à l'achat de perruques et de postiches après une opération traumatique ou lors d'un traitement de chimiothérapie. Le maximum viager par personne couverte est indiqué dans le tableau des prestations.

Prothèses

Sont couverts les frais raisonnables et habituels pour les prothèses suivantes, lorsqu'elles sont requises pour l'affection médicalement diagnostiquée de la personne couverte, jusqu'à concurrence du maximum par appareil, tel qu'indiqué dans le tableau des prestations :

- les membres artificiels, y compris les réparations;
- les yeux artificiels, y compris la restauration et le polissage;
- les prothèses mammaires externes (postmastectomie) et les soutiens-gorge chirurgicaux;
- les bas prothétiques.

Les frais raisonnables et habituels pour le remplacement d'un membre ou d'un œil artificiel sont couverts une fois tous les 10 ans en raison de l'attrition, ou avant 10 ans lorsque le remplacement devient nécessaire par suite d'un changement physique chez la personne couverte. Les accessoires destinés principalement à faire du sport ou à des fins cosmétiques ne sont pas couverts.

Aides à la communication

Sont couvertes les aides à la communication suivantes :

- les aides auditives, y compris les réparations. Les piles pour aides auditives, les tubes et les embouts auriculaires fournis au moment de l'achat de l'aide auditive sont également couverts. Le maximum remboursable est indiqué dans le tableau des prestations;

Appareillage pour stomisés

Sont couverts les appareils d'iléostomie et de colostomie suivants :

- le matériel d'irrigation, les sacs collecteurs, les désodorisants, les adhésifs et les crèmes dermiques;
- les frais se rapportant aux cathéters, aux sondes urinaires et à l'appareillage de cathétérisme sont également couverts.

Accidents dentaires

Sont couverts les frais se rapportant à la réparation ou au remplacement d'une dent endommagée lors d'un accident, si elle était saine, entière, fonctionnelle et naturelle. L'accident doit être occasionné uniquement par des moyens violents, externes et accidentels (étant exclus les accidents survenus en mangeant ou en utilisant les dents à des fins pour lesquelles elles ne sont pas censées être utilisées), quand :

- l'accident survient pendant que la personne est couverte est par la garantie;

- le traitement commence au cours des 100 jours qui suivent l'accident. Cette exigence est levée si une affection médicalement diagnostiquée retarde le traitement au-delà de la période de 100 jours.

Les frais engagés ne peuvent être supérieurs aux tarifs indiqués dans le guide des tarifs des dentistes généralistes publié par l'association dentaire de la province ou du territoire où réside la personne couverte.

Soins de la vue
Sont couverts les frais se rapportant à l'achat de lentilles, de montures ou de verres de contact nécessaires pour corriger la vue, lorsqu'ils sont prescrits et fournis par un optométriste, un opticien ou un ophtalmologiste qualifié.

Sont couverts les frais se rapportant à la correction de la vue au laser, lorsqu'elle est prescrite par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié et exécutée par un ophtalmologiste qualifié. Le maximum payable par personne couverte est indiqué dans le tableau des prestations. Sont exclus les services ou fournitures qui ne servent pas à corriger la vue, à l'exception des lunettes ou des verres de contact prescrits par un optométriste ou un ophtalmologiste qualifié à la suite d'une chirurgie oculaire.

Transport médical dans le Nord
Vous avez droit au remboursement de la franchise applicable au régime médical de base de votre province ou territoire. Le plafond de la garantie est indiqué dans le tableau des prestations.

Droit de transformation de l'assurance maladie complémentaire
Si votre emploi prend fin, ou si vous avez des enfants à charge qui ne sont plus admissibles au régime en raison de leur âge, vous pouvez transformer cette assurance en un régime individuel, sans preuve de bonne santé. Il est à noter que le régime individuel n'est pas identique au régime d'assurance collective. Vous devez faire une demande de transformation dans les 60 jours qui suivent la fin du présent régime. Votre employeur ou l'administrateur de votre régime pourra vous renseigner davantage à ce sujet.

Prestation de survivant des personnes à charge
À votre décès, vos personnes à charge demeurent couvertes par la garantie maladie complémentaire pendant la durée indiquée dans le tableau des prestations, à condition que cette garantie reste en vigueur, que la personne à charge ne devienne pas admissible à des prestations d'un autre régime collectif en tant qu'employé ou personne à charge, et qu'elle réponde toujours aux critères d'admissibilité précisés dans le texte du régime.

Restrictions générales applicables à l'assurance maladie complémentaire
Aucune prestation n'est payable pour :

- les frais que les assureurs privés ne peuvent prendre en charge en vertu de la loi;

- les services ou fournitures payables par un tiers ou en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, ou auxquels la personne couverte a droit gratuitement ou pour lesquels il n'y a des frais que si la personne couverte bénéficie d'une protection;

- les services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable et habituel de l'affection médicalement diagnostiquée chez la personne couverte;

- les services ou fournitures afférents à ce qui suit :
  - un traitement exécuté uniquement à des fins esthétiques;
  - des loisirs ou des sports plutôt que d'autres activités habituelles de la vie quotidienne;
  - un traitement de l'obésité, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;

- la prise de compléments protéiques et alimentaires, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non. Cependant, les succédanés alimentaires pouvant uniquement être administrés par gavage sont couverts;
- le diagnostic ou le traitement de la stérilité, à moins d'indication contraire dans le tableau des prestations;
- la contraception, à l'exclusion des médicaments;

- les services, fournitures ou frais qui :
  - ne sont pas expressément désignés comme couverts;
  - sont liés à des articles couverts, sauf s'ils sont expressément désignés comme couverts;

- les services ou fournitures reçus à l'étranger, sauf s'ils sont fournis selon la clause « Soins d'urgence à l'étranger »;

- les frais engagés pour :
  - remplir des formulaires de demande de règlement;
  - obtenir des renseignements médicaux complémentaires dans le cadre d'une demande de règlement;
  - les dépistages et examens médicaux effectués pour le compte d'un tiers;
  - les rendez-vous manqués et les frais de déplacement ou de communication;

- les frais découlant des événements suivants :
  - guerre, insurrection, mouvement populaire, acte de terrorisme ou participation volontaire à une émeute;
  - service actif à titre de membre des forces armées de tout gouvernement;

- les frais supplémentaires payables parce que le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins s'est retiré du régime public d'assurance maladie provincial. Dans un tel cas, le remboursement est le même que si le professionnel de la santé ou le fournisseur de soins participait au régime public d'assurance maladie provincial;

- les frais ou soins médicaux qui sont offerts ou couverts par un régime public d'assurance maladie, un tiers, une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable ou une œuvre de bienfaisance, même si la personne couverte s'est retirée de ce régime;

- les soins médicaux qui sont nécessaires, en tout ou en partie, directement ou indirectement, à la suite de la perpétration, tentative de perpétration ou provocation d'un acte criminel ou de voies de fait;

- les frais médicaux engagés lorsque le sinistre résulte directement ou indirectement d'un accident mettant en cause le véhicule que la personne couverte conduisait, si :
  - son taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
  - sa capacité à conduire le véhicule était affaiblie par la consommation d'alcool, de drogues ou d'une combinaison des deux.

Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance maladie complémentaire

Co-operators Vie doit recevoir votre demande dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Si le texte du régime ou la garantie maladie complémentaire de votre régime sont résiliés, vous devez présenter vos demandes de règlement des frais engagés avant la date de résiliation au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date de résiliation.

Coordination des prestations d'assurance maladie complémentaire
Co-operators Vie coordonne les prestations payables par ce régime et par tout autre régime aux termes duquel vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations semblables. S'ils sont remboursables par ce régime, les frais engagés dans une même année d'indemnisation font l'objet d'une coordination ou sont réduits de sorte que la somme payable par l'ensemble des régimes n'excède pas 100 % des frais admissibles.

Ordre de détermination des prestations
Si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par un régime familial au titre de votre police collective respective, vous devez d'abord présenter les demandes de règlement qui vous concernent à votre propre assureur. Le solde impayé peut ensuite être réclamé auprès de l'assureur de votre conjoint. Cette demande doit être accompagnée d'une copie indiquant le montant versé par le premier régime d'avantages sociaux. Les demandes de règlement des enfants à charge doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile. Le solde impayé est ensuite réclamé au régime d'assurance collective de l'autre parent.

Un régime est le premier payeur s'il couvre la personne en tant qu'employé.
Si la personne est couverte en tant qu'employé par plus d'un régime, l'ordre de préséance est le suivant :
- le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à plein temps;
- le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à temps partiel;
- le régime qui couvre la personne en tant que retraité.

Un régime est le deuxième payeur s'il couvre la personne en tant que personne à charge.
Si la personne est couverte en tant que personne à charge de plus d'une personne, l'ordre de préséance est le suivant :
- le régime qui couvre la personne en tant que conjoint à charge;
- le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile, si le régime couvre la personne en tant qu'enfant à charge;
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont la même date d'anniversaire et que le régime couvre la personne en tant qu'enfant à charge.

Si les parents sont séparés ou divorcés
L'ordre de préséance est le suivant :
- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Garantie administrée par Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Quelle est ma protection?

Cette garantie contribue au règlement de certains frais dentaires engagés par vous et vos personnes à charge assurées. Pour être remboursable, le traitement dentaire doit être recommandé par un dentiste et exécuté par un dentiste ou par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou encore par un denturologiste autorisé. Le professionnel doit exercer ses activités dans le cadre de son permis. Le dentiste, l'hygiéniste dentaire ou le denturologiste ne doivent pas être un collègue ou un membre de la famille de la personne couverte ni travailler ou habiter avec elle.

Soins dentaires pour les adhérents tardifs

Si vous présentez une demande d'adhésion à l'assurance soins dentaires pour vous-même ou vos personnes à charge après la période prescrite, les prestations se limitent à 250 $ par personne couverte durant les 12 premiers mois d'assurance.

Faut-il obtenir un plan de traitement?

Lorsqu'il est probable que les coûts d'un traitement excèdent 400 $, Co-operators Vie recommande qu'un plan de traitement détaillé lui soit présenté avant le début du traitement. Co-operators Vie vous indique alors la portion des frais à votre charge, ce qui vous permet de rechercher un autre traitement si vous le désirez. Rappelons que pour avoir droit aux prestations, vous devez être admissible à l'assurance le jour où les frais sont effectivement engagés.

Guide des tarifs dentaires

La somme remboursable est déterminée d'après le guide des tarifs dentaires (dont il est question dans le tableau des prestations) publié dans la province ou le territoire où les services sont rendus. Aucune prestation n'est payable pour un traitement dentaire pour lequel il n'y a pas de frais spécifiques dans le guide des tarifs ou pour tout service désigné comme « frais de consultation ». Pour les services obtenus à l'étranger par un enfant à charge admissible qui étudie à l'étranger, ou pour les accidents dentaires admissibles survenus à l'étranger, « guide des tarifs » désigne le guide des tarifs des dentistes généralistes publié par l'association dentaire de votre province ou territoire.

Traitement raisonnable

Tous les services et fournitures couverts au titre de l'assurance soins dentaires doivent constituer un traitement raisonnable. Sauf indication contraire, le traitement dentaire est décrit et évalué selon le Guide du système de codification standard et du répertoire des services de l'Association dentaire canadienne.

« Traitement raisonnable » désigne :

- un traitement reconnu par l'Association dentaire canadienne;
- un traitement exécuté par un dentiste ou par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste, lorsque cela est requis par l'association dentaire provinciale;
- un traitement dont la nature, la fréquence et la durée sont essentielles à la gestion de la santé buccodentaire de la personne couverte.

Somme remboursable

Les prestations pour soins dentaires vous sont payables, sauf si vous les cédez par écrit au dentiste ou au denturologiste traitant. Co-operators Vie vous rembourse les frais admissibles engagés en cours de garantie, sous réserve des franchises, règles proportionnelles et maximums indiqués dans le tableau des prestations. La franchise correspond au montant que vous devez payer avant de recevoir tout remboursement au titre de votre régime. La règle proportionnelle désigne le pourcentage des frais qui est couvert par votre régime.

Radiographies
Co-operators Vie se réserve le droit de demander des radiographies pour le calcul des prestations se rapportant à des extractions multiples aux troisièmes molaires, ou à des restaurations nombreuses. Aucune prestation n'est payable pour le duplicata ou l'interprétation de radiographies.

Laboratoire
Les frais de laboratoire directement liés aux services dentaires couverts sont assimilés au même pourcentage que l'intervention buccodentaire couverte, et se limitent aux honoraires de dentiste raisonnables et habituels admissibles.

Date où les frais sont engagés
Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés lorsque le traitement est terminé. On considère que les frais d'orthodontie couverts dans le tableau des prestations sont engagés périodiquement tout au long du traitement.

Choix du traitement
Lorsqu'il existe plus d'un traitement permettant de bien soigner une affection dentaire, le remboursement peut se limiter au coût du traitement le moins cher permettant d'offrir les soins adéquats à la personne couverte. L'opinion du dentiste sur le traitement à prodiguer et les obligations du régime d'assurance soins dentaires ne sont pas nécessairement les mêmes. Il est à noter que cette clause n'a nullement pour but de changer un plan de traitement. Le choix du traitement à suivre revient uniquement au patient et au dentiste.

Soins dentaires couverts

Niveau 1 – Soins de prévention et de restauration de base couverts

- Deux (2) examens de rappel, à raison de la fréquence indiquée dans le tableau des prestations, et 1 examen autre qu'un examen de rappel ou un examen complet, tous les 12 mois.
- L'examen dentaire complet est couvert une seule fois la vie durant chez le même dentiste, et une fois tous les 36 mois si vous changez de dentiste.
- Les radiographies de toute la bouche ou une série complète de radiographies sont couvertes, à raison d'une fois tous les 24 mois. Les radiographies de toute la bouche et les radiographies panoramiques sont considérées comme identiques pour les besoins du régime et l'une ou l'autre, mais non les deux, est prise en charge à raison d'une fois tous les 24 mois.
- les radiographies interproximales sont couvertes selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations;
- Le nettoyage des dents est couvert selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations. Deux (2) unités de temps sont couvertes pour le polissage pendant la période d'examen de rappel indiquée dans le tableau des prestations.
- L'application de fluorure est couverte selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.
- L'extraction de dents et de leurs racines, y compris les soins préopératoires et postopératoires. Aucune prestation n'est payable pour les frais supplémentaires se rapportant à l'enlèvement de points de suture d'un traitement dentaire quelconque.

- Les amalgames conventionnels (gris) et les obturations de couleur naturelle pour les dents antérieures et postérieures afin d'en restaurer la surface naturelle, y compris les tenons. Les couronnes en acier inoxydable nécessaires pour restaurer les dents d'un enfant à charge sont également couvertes. Dans le cas d'une restauration à l'amalgame lié, les frais se limitent au coût de l'amalgame conventionnel.

- Les mainteneurs d'espace, pour les enfants de moins de 19 ans, pour préserver l'espace laissé par la perte d'une dent primaire (dent de lait) jusqu'à l'éruption de la dent permanente.

- Les réparations de prothèse dentaire, le regarnissage et le repositionnement des dents d'une prothèse amovible, à raison d'une fois tous les 36 mois par arcade dentaire. L'ajout de dents à une prothèse est couvert si les dents supplémentaires sont nécessaires pour remplacer des dents perdues, extraites ou fracturées après la date d'effet de la garantie dont la personne couverte bénéficie aux termes de ce régime. Les frais de nettoyage et de polissage des prothèses ne sont pas couverts.

- Le meulage interproximal des dents.

- Les scellants des puits et fissures sont couverts selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.

- Les actes visant à enrayer la carie et à calmer la douleur sont couverts seulement s'ils sont exécutés le jour où aucun autre acte de restauration n'a lieu.

- La désensibilisation des dents et la momification de la pulpe ne sont pas couvertes comme actes distincts.

- Les interventions chirurgicales mineures, les extractions dentaires simples et les soins postopératoires. Les extractions dentaires complexes, y compris celles des racines dentaires incluses ou résiduelles, sont également couvertes. Les frais raisonnables et habituels d'anesthésie sont couverts si l'acte en question a lieu dans le cadre d'une intervention chirurgicale couverte. Tous les frais d'établissement ou autres frais connexes ne sont pas couverts.

- Les réparations effectuées sur des restaurations de type aurification.

Niveau 2 – Soins de restauration mineure (endodontie et parodontie)

1. **Endodontie** – Traitement de la chambre pulpaire et du canal radiculaire
   - Le traitement de canal standard pour les dents permanentes et les dents primaires, dans la limite d'un traitement par dent. Un nouveau traitement n'est couvert que si le traitement initial s'avère un échec après les 24 premiers mois, et qu'il n'a pas été remboursé par Co-operators Vie. Si le nouveau traitement est remboursable, il est considéré comme s'il s'agissait du traitement initial.
     - Une ouverture pratiquée dans une couronne n'est pas prise en charge conjointement avec un traitement endodontique.
     - Aucune prestation n'est payable pour l'agrandissement de la chambre pulpaire ni pour un implant intracoronaire endo-osseux.
     - Les frais supplémentaires exigés pour les endroits difficiles à atteindre, une anatomie inusitée ou un canal calcifié ne sont pas couverts.

2. **Parodontie** – Traitement des tissus mous (gencives)
   - Le détartrage, le surfaçage radiculaire ainsi que l'ajustement et l'équilibrage de l'occlusion sont couverts selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations.

- La chirurgie parodontale est couverte jusqu'à concurrence de 4 sites par année civile, à raison d'une seule chirurgie par site. Les frais raisonnables et habituels d'anesthésie sont payables dans le cadre d'une chirurgie buccale ou parodontale couverte. Tous les frais d'établissement ou autres frais connexes ne sont pas couverts.
- Les appareils parodontaux doivent être approuvés par le dentiste-conseil de Co-operators Vie.

Niveau 3 – Soins de restauration majeure couverts
Il faut présenter un plan de traitement avant d'engager des frais pour le niveau 3.

Les couronnes et les incrustations en profondeur et de surface sont couvertes lorsque la structure de la dent a subi une importante perte en raison d'une lésion traumatique ou d'une fracture à la dent ou aux cuspides, ou s'il y a de très importantes surfaces d'obturation combinées à de la carie qui empêchent l'utilisation de matériaux d'obturation habituels, comme les amalgames gris et les plastiques, pour restaurer adéquatement la dent.

Couronnes, incrustations en profondeur et de surface et articles connexes
- La fourniture initiale de couronnes ou d'incrustations en profondeur et de surface. Pour les couronnes/piliers ou les incrustations en profondeur et de surface de couleur naturelle pratiqués sur les molaires, la garantie couvre seulement les frais qui auraient été engagés si ces interventions avaient été pratiquées en n'utilisant que du métal.
- Pour être couvertes par la garantie, les couronnes temporaires en acier inoxydable pour adulte doivent répondre aux mêmes critères qu'une couronne ordinaire. Le coût d'une couronne en acier inoxydable est déduit du coût d'une couronne permanente.
- Les facettes, en composite ou en porcelaine, qu'elles soient fabriquées en laboratoire ou non, doivent d'abord être approuvées par le dentiste-conseil.
- Les pivots, corps, tenons et capuchons connexes aux couronnes couvertes.
- Les réparations effectuées sur des matériaux de couleur naturelle couverts.
- L'ablation et la recimentation d'une couronne et d'une incrustation en profondeur ou de surface.

Le remplacement d'une couronne existante ou d'une incrustation en profondeur ou de surface est couvert lorsque la restauration a été effectuée il y a au moins 5 ans, et qu'elle ne peut être remise en état.

Aucune prestation n'est payable pour :
- une couronne rendue nécessaire en raison de l'attrition (usure des dents) ou pour des raisons esthétiques;
- une couronne mise en place pour prévenir d'éventuels dommages à une dent;
- les frais de laboratoire supplémentaires pour une couronne ajustée à un crochet d'une prothèse partielle existante;

Prothèses, ponts et implants
Les appareils suivants sont couverts lorsqu'ils sont nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents, dont au moins une a été extraite pendant que la personne était couverte pour les soins de restauration majeure au titre du présent régime :
- la mise en place initiale d'une prothèse complète standard ou d'une prothèse complète hybride standard;
- une prothèse partielle standard amovible coulée ou en acrylique, ou un pont fixe;
- l'implantation d'une dent artificielle ou la mise en bouche d'un implant fabriqué.

Dans le cas d'un ancrage ou d'un pontique de couleur naturelle pratiqué sur les molaires, la garantie ne couvre que le coût d'un ancrage ou d'un pontique en métal.

Le remplacement des appareils est également couvert dans les cas suivants :

- L'appareil existant est temporaire, le montant remboursé pour l'appareil temporaire est déduit du coût de l'appareil permanent.
- L'appareil existant a au moins 5 ans et n'est plus utilisable. Si l'appareil existant a moins de 5 ans, le remplacement est couvert si l'appareil devient inutilisable pendant que la personne est couverte pour les soins de restauration majeure du régime à la suite de :
  - la mise en place d'un nouvel appareil du côté opposé;
  - l'extraction d'une dent supplémentaire. Si des dents supplémentaires sont extraites et que l'appareil existant peut redevenir utilisable, la garantie se limite au coût de remplacement des dents supplémentaires.

Aucune prestation n'est payable pour :

- les services ou fournitures connexes à l'équilibrage, au nettoyage ou au polissage d'une prothèse;
- le remplacement des prothèses égarées, perdues ou volées (les réparations des prothèses sont couvertes par les soins de base);
- les services relatifs aux attaches de précision, à la réhabilitation orale, à la personnalisation ou à la modification d'une couronne ou d'une prothèse, permanente ou temporaire, ou tous frais connexes qui sont supérieurs aux frais admissibles se rapportant à la couronne ou à la prothèse permanente elle-même.

Niveau 4 – Soins d'orthodontie couverts

Les soins d'orthodontie sont remboursables selon ce qui est inscrit dans le tableau des prestations, à condition qu'ils soient exécutés après la date d'effet de la protection de la personne couverte aux termes du régime.

Traitement d'orthodontie

Sont couverts les frais engagés pour les appareils fixes ou amovibles en vue de corriger la malocclusion causée par les déviations dentaires, notamment les frais d'observation, d'ajustement, de réparation, de modification, d'ablation et de rétention. Les mainteneurs d'espace sont couverts par les soins de base.

Plan de traitement orthodontique

Il est nécessaire de présenter un plan de traitement pour chaque étape d'un traitement orthodontique. L'orthodontiste doit présenter un plan de traitement à Co-operators Vie avant le début du traitement.

Paiement pour les soins d'orthodontie

Co-operators Vie ne peut régler à l'avance les honoraires de l'orthodontiste. Si la personne couverte choisit de payer l'orthodontiste à l'avance, Co-operators Vie rembourse les frais engagés comme suit :

- le paiement initial correspond au tiers (1/3) du total payé à l'orthodontiste;
- le solde des frais couverts est remboursé, chaque mois, selon la durée du traitement prévue par l'orthodontiste. Il vous revient de réclamer le montant mensuel payé au moyen d'une demande de règlement d'assurance soins dentaires, accompagnée du reçu original attestant que le paiement a été fait au complet. Le dentiste n'a pas à remplir la partie 1 du formulaire.
- À noter que les appareils orthodontiques perdus, égarés ou volés ne sont pas remplacés.

Droit de transformation de l'assurance soins dentaires

Si votre emploi prend fin, ou si vous avez des enfants à charge qui ne sont plus admissibles au régime en raison de leur âge, vous pouvez transformer cette assurance en un régime individuel, sans preuve de bonne santé. Il est à noter que le régime individuel n'est pas identique au régime d'assurance collective. Vous devez faire une demande de transformation dans les 60 jours qui suivent la fin du présent régime. Votre employeur ou l'administrateur de votre régime pourra vous renseigner davantage à ce sujet.

Prestation de survivant des personnes à charge
À votre décès, vos personnes à charge demeurent couvertes par la garantie soins dentaires pendant la durée indiquée dans le tableau des prestations, à condition que cette garantie reste en vigueur, que la personne à charge ne devienne pas admissible à des prestations d'un autre régime collectif en tant qu'employé ou personne à charge, et qu'elle réponde toujours aux critères d'admissibilité précisés dans le texte du régime.

Restrictions générales applicables à l'assurance soins dentaires
Aucune prestation pour soins dentaires n'est versée dans les cas suivants :

- les services ou fournitures qui ne sont pas expressément désignés comme couverts;
- les services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable;
- les interventions, appareils et restaurations utilisés pour accroître la hauteur verticale des dents, réparer ou restaurer les dents endommagées ou usées par l'attrition ou l'usure verticale;
- les frais que les assureurs privés ne peuvent prendre en charge en vertu de la loi;
- les frais supplémentaires liés à l'enlèvement de points de suture concernant n'importe quel traitement dentaire;
- les frais d'anesthésie, sauf si l'acte en question a lieu dans le cadre d'une chirurgie buccale ou parodontale;
- les services ou fournitures payables par un tiers ou en vertu d'une loi sur l'indemnisation des accidents du travail ou autre loi semblable, ou auxquels la personne couverte a droit gratuitement ou pour lesquels il n'y a des frais que si la personne couverte bénéficie d'une protection;
- les services ou fournitures afférents à ce qui suit :
  - ⇨ un traitement exécuté uniquement à des fins esthétiques;
  - ⇨ des malformations congénitales ou des déformations ou le remplacement de dents manquant dès la naissance;
  - ⇨ des problèmes de l'articulation temporomandibulaire;
  - ⇨ les épreuves ou frottis bactériologiques, sauf sur présentation d'une attestation du dentiste expliquant le traitement;
- les services divers :
  - ⇨ analyse du régime alimentaire ou contrôle de la plaque dentaire;
  - ⇨ conseils d'hygiène buccale, sauf s'ils sont désignés comme couverts dans le tableau des prestations;
  - ⇨ planification de traitement;
  - ⇨ frais pour remplir des formulaires ou établir des plans de traitement;
  - ⇨ consultations, autres qu'avec des spécialistes;
  - ⇨ frais de déplacement, de rendez-vous manqués ou de communications.

Délai pour présenter une demande de règlement d'assurance soins dentaires
Co-operators Vie doit recevoir votre demande dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés. Si le texte du régime ou la garantie soins dentaires de votre régime sont résiliés, vous devez présenter vos demandes de règlement des frais engagés avant la date de résiliation au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date de résiliation.

Prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours
Si des prestations doivent être versées par le régime d'assurance soins dentaires de remplacement, aucune prestation n'est payable pour les frais dentaires engagés après la date où la protection de la personne couverte prend fin aux termes du présent régime, et ce, même si un plan de traitement détaillé a été rempli et que les prestations ont été déterminées par Co-operators Vie avant la date de résiliation.

Lorsque aucune autre assurance soins dentaires ne remplace la garantie, Co-operators Vie accorde une prolongation de la garantie pour les soins dentaires en cours comme suit :

- si une empreinte pour une prothèse, un pont ou une couronne a été prise ou qu'un composant chirurgical d'un implant a été inséré ou qu'un traitement de canal a été commencé au cours des 3 mois qui ont précédé la fin de l'assurance, les frais dentaires connexes à ce traitement engagés au cours des 30 jours qui suivent la fin de l'assurance sont considérés comme ayant été engagés avant la fin de l'assurance.

- si un traitement orthodontique a commencé et qu'un plan de traitement a été présenté à l'avance et approuvé par Co-operators Vie, les frais dentaires connexes au traitement dentaire engagés au cours des 90 jours qui suivent la fin de l'assurance sont considérés comme ayant été engagés avant la fin de l'assurance. La prolongation prévue par le régime ne s'applique pas lorsque la protection pour les soins d'orthodontie prend fin uniquement parce que l'enfant a atteint l'âge limite indiqué dans le tableau des prestations.

Coordination des prestations d'assurance soins dentaires
Co-operators Vie coordonne les prestations payables par ce régime et par tout autre régime aux termes duquel vous ou vos personnes à charge avez droit à des prestations semblables. S'ils sont remboursables par ce régime, les frais engagés dans une même année d'indemnisation font l'objet d'une coordination ou sont réduits de sorte que la somme payable par l'ensemble des régimes n'excède pas 100 % des frais admissibles.

Ordre de détermination des prestations
Si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par un régime familial au titre de votre police collective respective, vous devez d'abord présenter les demandes de règlement qui vous concernent à votre propre assureur. Le solde impayé peut ensuite être réclamé auprès de l'assureur de votre conjoint. Cette demande doit être accompagnée d'une copie indiquant le montant versé par le premier régime d'avantages sociaux. Les demandes de règlement des enfants à charge doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile. Le solde impayé est ensuite réclamé au régime d'assurance collective de l'autre parent.

Un régime est le premier payeur s'il couvre la personne en tant qu'employé.
Si la personne est couverte en tant qu'employé par plus d'un régime, l'ordre de préséance est le suivant :
- le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à plein temps;
- le régime qui couvre la personne en tant qu'employé effectivement au travail à temps partiel;
- le régime qui couvre la personne en tant que retraité.

Un régime est le deuxième payeur s'il couvre la personne en tant que personne à charge.
Si la personne est couverte en tant que personne à charge de plus d'une personne, l'ordre de préséance est le suivant :
- le régime qui couvre la personne en tant que conjoint à charge;
- le régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier dans l'année civile, si le régime couvre la personne en tant qu'enfant à charge;

- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont la même date d'anniversaire et que le régime couvre la personne en tant qu'enfant à charge.

Si les parents sont séparés ou divorcés

L'ordre de préséance est le suivant :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

Déclaration de confidentialité de Northern Employee Benefits Services

Northern Employee Benefits Services (NEBS) s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Dans le cadre de votre demande d'adhésion au régime d'assurance collective et de prestations de soins de santé de NEBS, vous devez autoriser Northern Employee Benefits Services et ses souscripteurs d'assurance à divulguer et à échanger les renseignements personnels que vous avez fournis à votre sujet ou au sujet de votre conjoint ou de vos personnes à charge. Ces renseignements servent à déterminer votre admissibilité au régime et à administrer les garanties et avantages qui vous sont offerts.

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Lorsque vous présentez une demande d'adhésion ou une demande de règlement, Co-operators doit recueillir des renseignements personnels sur vous, votre conjoint ou vos personnes à charge.

Co-operators utilise ces renseignements personnels pour administrer le régime d'assurance collective et vous procurer des produits d'assurance.

La protection de vos renseignements personnels est une priorité. Seul le personnel autorisé y a accès, et les systèmes et procédures de Co-operators sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de ces renseignements. La détermination de Co-operators à protéger vos renseignements est mise en évidence dans son Code d'éthique; elle s'étend aux contrats et ententes que Co-operators signe avec ses fournisseurs.

Co-operators ne saurait recueillir, utiliser ou divulguer vos renseignements personnels sans votre consentement, sauf si la loi l'y autorise.

Co-operators peut obtenir des renseignements médicaux à votre sujet pour administrer le régime d'assurance collective. Co-operators ne peut toutefois partager ces renseignements médicaux sans votre consentement exprès.

Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels. Vous pouvez les consulter, et les faire rectifier au besoin, sur demande écrite présentée à Co-operators. Les renseignements médicaux qui ne proviennent pas directement de vous ne peuvent être communiqués qu'à votre médecin. Pour plus d'information sur la façon d'accéder à votre dossier, veuillez écrire à l'adresse suivante :

Co-operators Compagnie d'assurance-vie
Service de l'assurance collective – Vie privée
1920 College Avenue
Regina SK S4P 1C4
Courriel : privacy@cooperators.ca