

Mon régime collectif



**ARKAY CONTRACTING
LTD.**

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Great-West est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Great-West travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Great-West en ligne

Visitez notre site Web au www.lagreatwest.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- les formulaires de demande de règlement et la possibilité de soumettre en ligne certaines demandes.

Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime

À titre de participant au régime de la Great-West, vous pouvez également vous inscrire aux Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime au www.lagreatwest.com. Pour accéder à ces services, cliquez sur « GroupNet pour les participants de régime » et suivez les directives d'inscription. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main avant de procéder.

Le service en cause vous permet d'avoir accès à ce qui suit et à bien plus encore, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans un environnement convivial :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- des formulaires de demandes de règlement et cartes d'identité personnalisés;
- présenter électroniquement un grand nombre de vos demandes de règlement, tel qu'indiqué aux garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires du présent livret;
- une mine de renseignements sur la santé et le mieux-être.

Au moyen de notre application GroupNet Mobile, vous pouvez accéder à certaines fonctions de GroupNet pour les participants de régime :

- demander un règlement en ligne pour un grand nombre de vos demandes, au moyen du service Demandes de règlement électronique – Participants, composante de nos services en ligne GroupNet à l'avant-garde de l'industrie;
- accéder à de l'information personnalisée sur les garanties, les demandes de règlement et bien plus rapidement et facilement, et ce en tout temps;
- visualiser des renseignements relatifs aux cartes;
- repérer le fournisseur le plus près offrant le service Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs, au moyen d'un système de localisation GPS intégré.

De plus, au moyen de GroupNet Texto, vous pouvez accéder sur-le-champ à l'information propre à vos garanties. GroupNet Texto vous permet d'utiliser votre téléphone cellulaire afin d'obtenir de l'information détaillée sur votre régime, notamment :

- vos numéros de régime et d'identification;
- des précisions sur la protection (l'information consultable dépend de votre régime);
- le montant du règlement proportionnel;
- les plafonds des frais admissibles, les soldes et plus encore.

Pour vous inscrire à GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil ».

Pour utiliser GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil », puis transmettez certains mots clés par messagerie texte au 204 289-1667. Vous recevrez aussitôt un texto contenant des données sur votre protection. Pour obtenir une liste complète des mots clés, textez « Aide ». Pour une brève description du type d'information liée à un mot clé précis, envoyez un texto qui renferme le terme « Aide » en plus du mot clé en question.

La compatibilité de GroupNet Texto peut varier selon l'appareil mobile ou le système d'exploitation utilisé.

Numéro sans frais de la Great-West

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Great-West qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 800 957-9777.

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur, mais la **police collective n° 158683** établie par la Great-West en demeure le document officiel. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions de la police, seules ces dernières feront foi.

Le présent livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

Le présent régime a été établi par



et préparé par

Michael Ramage
Ramage Benefits
(604) 375-6541
mike@ramagebenefits.com

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Great-West à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'Insurance Act (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la Loi sur les assurances (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code Civil du Québec.

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Great-West d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Great-West d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Great-West. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Great-West à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Great-West ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Great-West peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Great-West ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse www.lagreatwest.com.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	5
Personnes à charge couvertes	7
Désignation de bénéficiaire	7
Assurance-vie – salariés	8
Assurance mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers (MMA)	9
Assurance contre les maladies graves	16
Garantie soins médicaux supplémentaires	30
Les services d'optique PVS	47
Garantie soins dentaires	49
Coordination des prestations	60
Services de diagnostic et de soutien lié au traitement (Réseau Best Doctors ^{MD})	61

Sommaire des garanties

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance-vie - Salariés 25 000 \$. Ce montant diminue de 50 % à 65 ans.

Assurance Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers - Salariés (capital assuré) Montant égal au montant d'assurance-vie.

Assurance contre les maladies graves - Salariés 10 000 \$

Assurance contre les maladies graves - Personnes à charge

Conjoint 10 000 \$
Chaque enfant 5 000 \$

Garantie Soins médicaux supplémentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Franchise aucune

Règlement proportionnel

Frais de médicaments sur ordonnance engagés au Canada 80 %
Tous les autres frais couverts 100 %

Maximums - Frais ordinaires

Frais de séjour en cas d'hospitalisation	chambre à deux lits
Soins infirmiers à domicile	10 000 \$ pour une période maximale de 12 mois par état de santé
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Appareils auditifs	500 \$ par période de 5 ans
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure et orthèses du pied faites sur mesure	300 \$ par période de 12 mois
Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse
Prothèses mammaires externes	une par période de 12 mois
Soutiens-gorge chirurgicaux	deux par période de 12 mois
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	2 000 \$ pendant toute la durée de la protection
Appareils de contrôle de la glycémie	un par période de 4 ans
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pendant toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	1 500 \$ pendant toute la durée de la protection
Bas de contention sur mesure	250 \$ par année civile
Perruques pour patients atteints du cancer	500 \$ pendant toute la durée de la protection

Maximums - Soins paramédicaux

Soins donnés par un chiropraticien	500 \$ par année civile
Soins donnés par un physiothérapeute	500 \$ par année civile
Soins donnés par un podiatre	500 \$ par année civile
Soins donnés par un podologue	500 \$ par année civile
Soins donnés par un naturopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un ostéopathe	500 \$ par année civile
Soins donnés par un psychologue ou un travailleur social	500 \$ par année civile
Soins donnés par un orthophoniste	500 \$ par année civile
Soins donnés par un massothérapeute	500 \$ par année civile
Soins donnés par un acupuncteur	500 \$ par année civile
Soins donnés par un audiologiste	500 \$ par année civile

Maximums - Soins oculaires

Examens de la vue	
- enfants à charge âgés de moins de 21ans	un examen par période de 12 mois
- tous les autres	un examen par période de 24 mois

Montant maximum pendant toute la durée de la protection	illimité
---	----------

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Barème servant au règlement	barème des honoraires pour soins dentaires en vigueur dans votre province de résidence à la date des soins
-----------------------------	--

Franchise	aucune
-----------	--------

Règlement proportionnel

Soins ordinaires	80 %
Soins extraordinaires	50 %
Soins orthodontiques	50 %
Blessure accidentelle aux dents	100 %

Maximums

Blessure accidentelle aux dents	illimité
Soins orthodontiques	1 500 \$ pendant toute la durée de la protection

Tous les autres frais de soins dentaires	1 500 \$ par année civile
--	---------------------------

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime après trois mois de service continu. Vous êtes réputé être en service continu seulement si vous êtes en activité de service durant la période d'attente visant l'admissibilité.

- Vous devez vous inscrire au régime dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité. Passé ce délai, vous serez tenu de présenter une preuve d'assurabilité à votre égard et à l'égard de vos personnes à charge.
- La protection ne prend effet que si vous êtes en activité de service. Si vous êtes absent du travail le jour où votre protection est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prend effet qu'à la date de votre retour au travail.

Dans le cas d'une augmentation du montant de la protection ou des prestations en cours de garantie, la modification ne prend effet que si vous êtes en activité de service.

- Le salarié qui occupe un emploi temporaire, saisonnier ou à temps partiel ne peut participer au régime.

Votre protection expire lorsque votre service prend fin, lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque vous cessez de verser la cotisation exigible ou encore lorsque la police expire, selon la première éventualité.

- La protection garantie à vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Votre protection peut faire l'objet d'une prolongation si elle prend fin du fait que vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie, d'une blessure, d'une mise à pied temporaire ou d'un congé autorisé. Votre employeur vous renseignera à ce sujet.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Votre employeur vous renseignera à ce sujet.

Prestations de survie

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de deux ans ou jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

Par « personne à charge » on entend les personnes ci-dessous.

- Votre conjoint (légitime ou de fait).

« Conjoint de fait » s'entend de la personne qui habite avec vous depuis au moins 12 mois et dont la relation avec vous est de nature conjugale.
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

L'assurance contre les maladies graves ne couvre pas les enfants âgés de moins de 15 jours.

Les enfants de moins de 21 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 25 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment en remplissant une formule que vous pouvez obtenir de votre employeur.

ASSURANCE-VIE – SALARIÉS

À votre décès, la Great-West versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Votre assurance-vie ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 70^e anniversaire de naissance.
- Si vous devenez invalide avant l'âge de 65 ans et si cette invalidité dure au moins six mois, votre assurance-vie peut, dans certains cas, rester en vigueur jusqu'à votre 65^e anniversaire, et ce, sans autre paiement de prime. Vous êtes considéré comme invalide si vous ne pouvez exercer quelque activité lucrative que ce soit par suite d'une blessure ou d'une maladie. La Great-West déterminera si vous avez droit à l'exonération des primes. Si vous croyez y avoir droit, obtenez les formules de demande appropriées de votre employeur. Vous devez demander l'exonération des primes dans les 12 mois suivant la date de votre admissibilité.
- Votre garantie d'assurance-vie expire si vous êtes âgé de 65 ans ou plus et que vous n'êtes plus en activité de service. Par contre, si vous n'êtes pas en activité de service en raison d'une maladie ou d'une blessure, votre garantie d'assurance-vie peut être prolongée, si la prime continue d'être versée, jusqu'à concurrence de six mois suivant la date à laquelle vous n'êtes plus en activité de service.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES ET SINISTRES PARTICULIERS (MMA)

Si vous subissez l'un des sinistres énumérés ci-dessous à la suite d'un accident survenu en cours de garantie, on vous versera le multiple ou la fraction du capital assuré figurant en regard de la perte en question au tableau ci-dessous. La prestation n'est payable que si la perte survient dans les 365 jours suivant l'accident et si, dans le cas de perte de l'usage, celle-ci dure de façon continue pendant au moins 365 jours. Si vous subissez plus d'une perte touchant le même membre au cours d'un même accident, une prestation ne sera versée qu'à l'égard de la perte correspondant au montant à recevoir le plus élevé.

Si vous décédez à la suite d'un accident, la Great-West versera le capital assuré à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

Le capital assuré est le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident. En cas de paraplégie, d'hémiplégie ou de quadriplégie, le montant maximum payable en compensation de tous les sinistres attribuables à un même accident correspond à deux fois le capital assuré.

En cas de perte :	Montant à recevoir :
de la vie	capital assuré
des deux mains ou des deux pieds	capital assuré
de la vision des deux yeux	capital assuré
d'une main et d'un pied	capital assuré
d'une main et de la vision d'un oeil	capital assuré
d'un pied et de la vision d'un oeil	capital assuré
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	capital assuré
d'un bras ou d'une jambe	3/4 du capital assuré
d'une main ou d'un pied ou de la vision d'un oeil	1/2 du capital assuré

de la parole	1/2 du capital assuré
de l'ouïe des deux oreilles	1/2 du capital assuré
du pouce et de l'index ou d'au moins 4 doigts de la main	1/4 du capital assuré
de tous les orteils d'un pied	1/8 du capital assuré

En cas de perte de l'usage :

des deux bras et des deux jambes (quadriplégie)	2 X le capital assuré
des deux jambes (paraplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe du même côté du corps (hémiparaplégie)	2 X le capital assuré
d'un bras et d'une jambe des côtés opposés du corps	capital assuré
des deux bras ou des deux mains	capital assuré
d'une main et d'une jambe	capital assuré
d'une jambe ou d'un bras	3/4 du capital assuré
d'une main	1/2 du capital assuré

Votre assurance MMA ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 70^e anniversaire de naissance.

Réimplantation

S'il y a réimplantation d'un membre, la Great-West verse 50 % de la prestation qui aurait été payable si la perte avait été permanente, peu importe le degré d'usage recouvré. L'autre moitié de la prestation est versée si la réimplantation ne réussit pas et que la partie du corps réimplantée est enlevée dans l'année qui suit la réimplantation.

Transport du corps

Si vous mourez par suite d'un accident qui survient à au moins 150 kilomètres de votre domicile, la Great-West rembourse jusqu'à concurrence de 2 500 \$ pour la préparation du corps et son transport jusqu'à l'endroit de l'inhumation ou de la crémation, moins les sommes versées aux termes de la garantie Assistance médicale globale du présent régime.

Allocation pour études à l'égard des enfants à charge

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Great-West rembourse les frais de scolarité engagés par un enfant à charge pour fréquenter à plein temps un établissement d'enseignement postsecondaire. L'enfant à charge n'est admissible à cette allocation pour études que s'il était inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès ou il doit avoir été inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans une école secondaire au moment où est survenu l'accident qui a causé votre décès et il s'inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours de cet accident.

La Great-West verse le moins élevé d'entre 5 % du capital assuré, ou 5 000 \$ pour chaque année d'études dans un établissement d'enseignement. La Great-West verse l'allocation pour études chaque année pendant au plus quatre années consécutives sur réception de la preuve de l'inscription à plein temps de l'enfant en question.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant l'accident ou des frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Frais de transport engagés par la famille

Si vous êtes hospitalisé à plus de 150 kilomètres de votre lieu de résidence par suite d'une blessure à l'égard de laquelle des prestations sont prévues en vertu de la présente garantie, la Great-West paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Assistance médicale globale du régime jusqu'à concurrence de 2 000 \$ pour les frais de transport d'un membre de la famille afin qu'il puisse vous rejoindre, ainsi que les frais d'hébergement de cette personne.

Le remboursement pour frais d'hébergement se limite aux frais exigibles dans un hôtel jugé de confort moyen dans la région où la personne couverte est hospitalisée. Les appels téléphoniques ainsi que les courses en taxi et les coûts de location de voiture sont également couverts. Le prix des repas n'est cependant pas remboursable.

Le remboursement pour frais de transport se limite au coût d'un billet aller-retour, tarif classe économique. Si un véhicule privé est utilisé, le remboursement se limite à 0,44 \$ par kilomètre parcouru.

Formation professionnelle du conjoint

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations en cas de votre décès, la Great-West rembourse les frais engagés par votre conjoint pour participer à un programme de formation professionnelle reconnu. Le programme de formation doit avoir pour but de donner au conjoint les compétences minimales nécessaires pour exercer une profession qu'il n'aurait pu exercer autrement.

La Great-West verse le moins élevé d'entre 10 % du capital assuré ou 10 000 \$.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais engagés plus de trois ans après l'accident qui a causé votre décès ou frais de logement ou autres frais de subsistance, frais de déplacement ou dépenses d'habillement.

Allocation pour études

Lorsque la présente garantie prévoit le versement de prestations relativement à une blessure qui vous oblige à changer de profession, la Great-West rembourse les frais de scolarité que vous engagez pour fréquenter, comme étudiant, un établissement d'enseignement postsecondaire en vue d'y recevoir une formation dans une nouvelle profession. Pour être admissible à l'allocation pour études, vous devez vous inscrire dans un établissement d'enseignement postsecondaire dans les 365 jours suivant la date de l'accident. La Great-West paiera jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Aucune prestation n'est versée à l'égard des frais de scolarité engagés avant la date de l'accident, des frais engagés plus de deux ans après la date de l'accident ayant causé la blessure et des frais de logement ou autres frais de subsistance, des frais de déplacement ou des dépenses d'habillement.

Allocation pour fauteuil roulant

Si aux termes de la présente garantie des prestations sont payables pour une blessure et que par suite d'une telle blessure, vous devez vous servir d'un fauteuil roulant pour vous déplacer, la Great-West rembourse les frais engagés pour les modifications apportées à votre résidence principale afin que vous puissiez y accéder et vous déplacer en fauteuil roulant; et les modifications apportées à votre véhicule automobile afin que vous puissiez y monter et en descendre ou le conduire.

L'allocation pour les modifications apportées à la maison est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications sont spécialisées dans ce genre de travaux et a été recommandée par un organisme reconnu garantissant des services d'aide et de soutien aux personnes en fauteuil roulant.

L'allocation pour les modifications apportées au véhicule est payable uniquement si la ou les personnes faisant les modifications sont spécialisées dans ce genre de travaux; et si les modifications ont été approuvées par les autorités provinciales délivrant les permis des véhicules automobiles.

La Great-West paie les frais réellement déboursés, réduits de tout montant versé à l'égard des mêmes dépenses aux termes de la garantie Soins médicaux supplémentaires du régime jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour les modifications apportées à la résidence et au véhicule.

Aucune allocation n'est versée relativement aux frais engagés plus de 365 jours après l'accident ou aux réparations subséquentes apportées à votre résidence ou à votre véhicule après qu'une première demande d'allocation ait été faite aux termes de la présente garantie.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou de blessures résultant des faits suivants.

- Blessure intentionnelle ou suicide.
- Infection virale ou bactérienne, sauf s'il s'agit d'une infection pyogénique consécutive à une blessure accidentelle faisant l'objet d'une demande de règlement.
- Toute forme d'affection ou d'infirmité physique ou mentale.
- Traitement médical ou chirurgical, sauf dans le cas de la réimplantation d'une partie du corps.
- Guerre, insurrection, ou participation volontaire à une émeute.
- Service dans les forces armées d'un pays quel qu'il soit.
- Accident subi en exerçant des fonctions en qualité de membre de l'équipage d'un aéronef, en voyageant à bord d'un appareil appartenant à l'employeur ou affrété par celui-ci ou encore en voyageant à bord d'un aéronef mal immatriculé ou dont le pilote n'est pas titulaire du brevet valable pour l'appareil utilisé.

Comment faire une demande de règlement

- Si vous avez subi un sinistre, demandez la formule d'indemnisation appropriée à votre employeur et renvoyez-la-lui dûment remplie.
- Si vous mourez par suite d'un accident, votre employeur se chargera d'expliquer les formalités de règlement à votre bénéficiaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date du sinistre.

ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES

Si, en cours de garantie, vous ou une personne à votre charge recevez le diagnostic d'une des maladies graves définies plus bas, la Great-West vous versera une prestation de maladie grave. Vérifiez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant des prestations. La prestation est payable à l'expiration de la période la plus longue entre la période d'attente de 30 jours suivant la date du diagnostic de la maladie grave et la période d'attente prévue, le cas échéant, à l'égard de la maladie grave en question, telle qu'elle est définie ci-dessous. En plus de cette prestation et pourvu qu'elle soit de 10 000 \$ ou plus, la Great-West versera un don de 500 \$ en votre nom à un organisme de bienfaisance enregistré de votre choix.

Une seule prestation de maladie grave est payable du vivant d'une personne. Une fois qu'une prestation a été versée, il n'y a plus d'assurance contre les maladies graves couvrant cette personne.

Votre assurance contre les maladies graves ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance.

Maladies couvertes

On entend par « maladie grave » toute affection, toute intervention chirurgicale ou tout état indiqués ci-dessous répondant aux critères définis et diagnostiqués par un médecin qui pratique au Canada ou aux États-Unis et qui est reconnu par un comité d'examen de spécialité médicale compétent comme un spécialiste de la discipline médicale liée à la maladie grave concernée. Le diagnostic doit être appuyé de preuves médicales objectives.

- Par « **crise cardiaque** », on entend la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes:
 - symptômes de crise cardiaque;
 - changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
 - apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

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

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; ou
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

- Par « **accident vasculaire cérébral** », on entend un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec:

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistants pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

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

- accident ischémique transitoire; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme.

Pour préciser, les infarctus lacunaires qui ne présentent pas les symptômes neurologiques et les déficits mentionnés ci-dessus et qui persistent pour plus de 30 jours ne satisfont pas la définition d'accident vasculaire cérébral.

- Par « **pontage aortocoronarien** », on entend une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire au moyen de greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour un pontage aortocoronarien dans le cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- Par « **cancer (mettant la vie en danger)** », on entend une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains.

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

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer (mettant la vie en danger) dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de noeuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans noeuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Aux fins de la présente police, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7ème édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Aux fins de la présente police, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Périodes de cancer exclues

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer (mettant la vie en danger) si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police).

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

- Par « **insuffisance rénale** », on entend une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.
- Par « **cécité** », on entend la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par:
 - une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou
 - un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.
- Par « **greffe d'un organe principal** », on entend une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit aux prestations en cas de « greffe d'un organe vital », la personne couverte doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

- Par « **démence, y compris la maladie d'Alzheimer** », on entend la démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :
 - aphasie (un trouble de la parole);
 - apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
 - agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
 - perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne couverte doit présenter :

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

Aucune prestation ne sera payable pour la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou de délire.

Aux termes de la présente police, la référence à un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

- Par « **maladie de Parkinson et syndrome parkinsoniens atypiques** » on entend la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

La personne couverte doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndrome parkinsonien atypique signifie diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques dans le cas de tout autre type de parkinsonisme.

Périodes de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques exclus

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et pour des syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans la première année suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

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

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

- Par « **paralysie** », on entend la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.
- Par « **sclérose en plaques** », on entend au moins une des manifestations suivantes :
 - au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
 - anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
 - une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.
- Par « **surdité** », on entend la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.
- Par « **perte de l'usage de la parole** », on entend la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Aucune prestation ne sera payable pour la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.

- Par « **coma** », on entend une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Aucune prestation ne sera payable pour un coma dans le cas d'un coma qui a été médicalement provoqué.

- Par « **brûlures graves** », on entend des brûlures du troisième degré affectant au moins 20% de la surface du corps.
- Par « **chirurgie de l'aorte** », on entend une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

- Par « **tumeur cérébrale bénigne** », on entend une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Périodes de tumeurs cérébrales bénignes exclues

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

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

- Par « **remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque** », on entend une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Aucune prestation ne sera payable pour le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

- Par « **perte d'autonomie** », on entend une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
 - se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
 - se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
- Par « **perte de membres** », on entend une séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.
 - Par « **maladie du motoneurone** », on entend l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

- Par « **infection à VIH contractée au travail** », on entend l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne couverte à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la police ou après la date d'effet d'une augmentation de l'assurance si cette date est ultérieure.

Des prestations sont payables en cas d'infection à VIH contractée au travail seulement si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Aucune prestation ne sera payable pour une infection à VIH contractée au travail si :

- la personne couverte a décidé de ne pas se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle.

Pour préciser, une infection à VIH qui résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables n'est pas incluse dans la présente définition d'infection à VIH contractée au travail.

- Par « **méningite purulente** », on entend une méningite, confirmée par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Aucune prestation ne sera payable dans le cas d'une méningite virale.

- Par « **anémie aplastique** », on entend une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse, confirmée par biopsie, et qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :
 - stimulation de la moelle osseuse;
 - immunosuppresseurs;
 - greffe de moelle osseuse.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants.

- Maladie grave qui est directement ou indirectement attribuable à des problèmes de santé à l'égard desquels vous ou la personne à votre charge avez reçu des soins médicaux au cours de la période de 24 mois précédant la date d'effet de votre assurance. Cette restriction ne s'applique pas :
 - si la maladie est diagnostiquée après que vous ou la personne à votre charge avez été assuré de façon continue pendant 24 mois, ou
 - à l'égard de tout montant d'assurance pour lequel une preuve d'assurabilité est exigée.

- Maladie grave résultant directement ou indirectement de n'importe quel des faits suivants :
 - blessure intentionnelle ou tentative de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non;
 - guerre, insurrection ou participation volontaire à une émeute;
 - participation à un acte criminel ou à une tentative de voies de fait;
 - absorption de tout médicament, substance toxique, produit enivrant ou narcotique, à moins qu'il ne soit prescrit à la personne par un médecin autorisé ou pris par la personne conformément aux directives du médecin autorisé;
 - conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres.

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou d'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales survenant au cours de la période d'attente applicable relativement à la prestation.

Comment faire une demande de règlement

- Pour réclamer des prestations, procurez-vous un formulaire de demande de règlement sur le site Web de la Great-West au **www.lagreatwest.com**. Remplissez ce formulaire et renvoyez-le à l'adresse indiquée sur le formulaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de trois mois après l'expiration de la période d'attente ou trois mois après l'expiration du régime selon la première éventualité.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Votre garantie Soins médicaux supplémentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 70^e anniversaire de naissance, sauf disposition contraire prévue par la loi.

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins voulus.
- Frais d'hospitalisation en chambre à deux lits au Canada ou, dans une maison de soins infirmiers, jusqu'à concurrence de la partie de tels frais autorisée par l'État lorsque les soins sont reçus au Canada et qu'il s'agit de soins de courte durée, de soins de convalescence ou de soins palliatifs.
 - On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

- On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou tout traitement de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade; et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.
- On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

Les frais de séjour à l'hôpital en chambre à deux lits à l'extérieur de la province sont couverts si les soins reçus sont des soins de courte durée, des soins de convalescence ou de soins palliatifs. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre également la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Le régime couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et de fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province du malade et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence.

Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

- Soins donnés à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé lorsqu'ils sont donnés au Canada. Aucune prestation n'est payable lorsque les soins sont donnés par un membre de votre famille ou lorsque les soins ne nécessitent pas les compétences spéciales d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire autorisé.

Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays.
 - Médicaments nécessitant une ordonnance écrite conformément à la Loi sur les aliments et drogues (Canada) ou à la législation en vigueur dans la province où ils sont délivrés, y compris les médicaments contraceptifs et les produits contenant un médicament contraceptif.
 - Préparations injectables, y compris les vitamines, l'insuline et les extraits allergisants. Les seringues pour auto-injection sont également couvertes.
 - Aiguilles jetables s'utilisant avec un dispositif d'injection d'insuline non jetable, lancettes et bandelettes pour tests.
 - Préparations ou composés extemporanés contenant, entre autres ingrédients, un médicament couvert.
 - Certains médicaments ne nécessitant pas légalement une ordonnance peuvent être couverts. Si vous avez des questions, communiquez avec le gestionnaire de régime avant d'engager des frais.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé lui soit présentée, la Great-West peut limiter les frais couverts au coût du médicament de remplacement le moins cher.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance-médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à la franchise et à votre part du règlement proportionnel prévus aux termes du régime provincial.

- Location ou, au choix de la Great-West, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Radiodiagnostics et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute autorisé pour corriger les troubles de motricité.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter les affections du pied.

- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé ou un travailleur social dûment qualifié.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podologue autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostics).
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un audiologiste autorisé.

Soins oculaires

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.

Pour obtenir des renseignements sur les rabais offerts à l'égard de la lunetterie ou des soins de la vue, reportez-vous à la partie Services d'optique PVS du présent livret à la suite de la Garantie Soins médicaux supplémentaires.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Great-West. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Great-West.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais de transport aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$. Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris, mais les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins d'urgence hors du pays

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par « urgence médicale » on entend toute urgence résultant de blessures fortuites soudaines ou d'une phase aiguë d'une maladie.

- Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical de base.
 - Soins donnés par un médecin.
 - Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
 - Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous êtes couvert.
 - Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
 - Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
 - Médicaments.
 - Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
 - Transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays.

Autres soins ou fournitures

La Great West peut, selon les modalités qu'elle détermine, couvrir des soins, des services ou des fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Frais non couverts

La Great-West peut refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par la Great-West.

La Great-West peut limiter les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.

- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par la Great-West comme étant des soins, services et fournitures couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur du Canada, sauf tel qu'il est prévu dans la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays et à la partie intitulée Assistance médicale globale.

- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si la Great-West aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins prolongés.
- Examens de la vue demandés par l'employeur comme condition d'embauche.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous.

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans le prélèvement du sang.
- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, lactés pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Produits anti-tabagiques.

- Médicaments nécessaires au traitement de l'infertilité.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, tel qu'il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, fournitures ou services sont couverts, la Great-West conserve une liste limitée de soins, fournitures et services qui nécessitent une autorisation préalable.

Pour obtenir la liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, allez au www.lagreatwest.com.

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, des fournitures ou des services constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, de fournitures ou de services moins chers représente un traitement raisonnable, la Great-West pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, les fournitures ou les services prescrits, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez une preuve clinique justifiant le fait que les soins, les fournitures ou les services moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, les fournitures ou les services prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

Si vous ou l'une de vos personnes à charge présente une demande relativement au programme d'autorisation préalable, la Great-West pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Great-West; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Great-West pourrait tenir compte de facteurs tels que le soin, le service ou la fourniture, l'état de santé de la personne et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

La Great-West peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, d'un service ou d'une fourniture dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Great-West ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformée au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux

La Great-West peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels la Great-West a recommandé ou approuvé la gestion des dossiers médicaux, la Great-West peut exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Great-West ou administrés par celui-ci, et

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Great-West ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par la Great-West ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par la Great-West ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients est un programme qui vous offre, à vous et à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charge êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, la Great-West peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel la Great-West exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, la Great-West peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous ou vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant des **frais engagés à l'étranger (autres que celles relatives à l'Assistance médicale globale)** doivent être présentées à la Great-West le plus tôt possible après que les frais ont été engagés. Il est très important que vous fassiez parvenir vos demandes de règlement immédiatement à notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger vu que la régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire a fixé des délais très stricts à cet égard.

Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M5432 (f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) à votre employeur. Vous devez également obtenir la formule de cession des prestations de l'État alors que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir la demande de règlement spéciale de l'État. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Great-West vous enverra, à votre attention, la formule de l'État appropriée au moment voulu.

Vous devez remplir les formules appropriées en prenant soin de donner tous les renseignements demandés. Annexez tous les reçus originaux à ces formules et envoyez le tout au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Great-West. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers. Aux termes du régime, vous serez remboursé de tous les frais admissibles, y compris de la partie couverte par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie. La régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire remboursera ensuite directement au régime la partie des frais couverte par celle-ci.

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger au 1 800 957-9777.

- Les demandes de règlement, visant des **frais engagés au Canada relativement aux soins paramédicaux et aux soins oculaires**, peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais médicaux**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M635D (f) à votre employeur. Remplissez-la en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- En ce qui concerne les **médicaments sur ordonnance**, votre employeur vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles de vos personnes à charge. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des vérifications, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

À l'expiration de votre protection, vous devez retourner à votre employeur la carte d'identité permettant le remboursement direct de vos frais de médicaments sur ordonnance.

LES SERVICES D'OPTIQUE PVS

Le programme PVS est un service que la Great-West fournit à ses clients par l'entremise du réseau de fournisseurs privilégiés PVS.

Le programme PVS vous permet de réaliser des économies sur un vaste éventail de produits d'optique de qualité et les ajouts (traitement contre les rayures, coût pour teinter le verre) relatifs aux soins de la vue, et ce, lorsque vous faites appel à un opticien ou à un optométriste membre du réseau PVS. Vous pouvez obtenir une réduction du coût de la chirurgie oculaire au laser au sein du réseau PVS.

Le programme PVS vous permet d'obtenir une réduction du coût des appareils auditifs (piles, raccords et embouts auriculaires) lorsque vous achetez ces articles chez un fournisseur du réseau PVS.

Vous êtes admissible aux tarifs réduits PVS que vous soyez ou non inscrit à la garantie Soins médicaux supplémentaires décrite dans le présent livret. Vous et vos personnes à charge admissibles avez la possibilité d'utiliser le réseau PVS autant de fois que vous le désirez.

Pour profiter des services PVS, il vous suffit de procéder comme suit :

- Afin d'obtenir des renseignements sur le réseau PVS et sur le fonctionnement du programme, utilisez la **ligne téléphonique de renseignements PVS** en composant le **1 800 668-6444** ou visitez le site Web du réseau à l'adresse **www.pvs.ca**.
- Prenez un rendez-vous pour un essai, un examen de la vue, une évaluation audiologique ou un test auditif, au besoin.

- Lorsque vient le temps de régler l'achat des produits d'optique ou d'un appareil auditif ou lors de la consultation initiale pour la chirurgie oculaire au laser, présentez la carte d'identité de votre régime d'avantages sociaux afin de confirmer que vous êtes bénéficiaire des services PVS par l'entremise de la Great-West.
- Payez les tarifs réduits PVS. Si vous bénéficiez de la garantie pour soins de la vue ou pour les appareils auditifs à l'égard des produits et services en cause, demandez un reçu et soumettez-le à votre assureur accompagné d'un formulaire d'indemnisation comme vous le faites habituellement.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais de soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**.

L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires indiqué au **Sommaire des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste.

Votre garantie Soins dentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 70^e anniversaire de naissance.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le à la Great-West. Cette dernière calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet tous les 36 mois.
 - Deux examens buccaux partiels tous les 12 mois. Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Deux examens parodontaux partiels tous les 12 mois.
 - Une série complète de radiographies tous les 36 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 36 mois et une radiographie panoramique tous les 36 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.
- Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, deux fois tous les 12 mois.
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
 - Conseils d'hygiène bucco-dentaire, à raison d'une fois pendant toute la durée de la protection.
 - Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.

- Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Finition d'obturations.
- Meulage interproximal des dents.
- Retouches aux contours des dents.
- Soins de restauration ordinaires, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
 - Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.

- Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage de la racine, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibration de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Soins extraordinaires

- Couronnes. En ce qui concerne les couronnes sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût de couronnes en métal. Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût de couronnes ordinaires.
- Incrustations de surface. En ce qui concerne les incrustations de surface réalisées au moyen de matériaux esthétiques sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des incrustations de surface en métal.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que celles-ci ne peuvent être réparées.

- Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts, lorsque ces prothèses ou ponts sont nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites en cours de garantie. Les prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts sont couverts si la mise en place de prothèses amovibles ordinaires complètes ou partielles ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants n'est couvert que dans les cas suivants :
 - la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement et sont couverts;
 - la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera couvert si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents en cours de garantie.

Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.
- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).

- Entretien de prothèses amovibles ou de ponts après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois tous les 36 mois;
 - ajustement de prothèses, une fois tous les 12 mois;
 - réparation de prothèses amovibles et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse amovible;
 - réparation d'un pont couvert;
 - enlèvement et recimentation d'un pont.

Soins orthodontiques

- Soins orthodontiques à l'égard de toute personne âgée de six ans ou plus au début du traitement.

Protection en cas de blessure accidentelle aux dents

- Traitement d'une blessure accidentelle aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident si l'état du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Frais non couverts

Si vous n'adhérez pas à la garantie Soins dentaires au cours du mois qui suit la date de votre admissibilité, la protection est assujettie aux restrictions suivantes, sauf pour ce qui concerne les frais de soins dentaires nécessaires par suite d'un accident survenu après la prise d'effet de la garantie.

- Les frais de soins ordinaires ne sont remboursés que jusqu'à concurrence de 100 \$ durant les 12 premiers mois contractuels.
- Les frais de soins extraordinaires ne sont pas remboursés durant les 12 premiers mois contractuels.
- Les frais de soins orthodontiques ne sont pas remboursés durant les 24 premiers mois contractuels.

Aucune prestation n'est payable au titre des frais ci-dessous.

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils audio-visuels d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire; isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.

- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement au titre des couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.
- Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles partielles ordinaires moulées et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les 60 mois de la mise en place du premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires dans le cas de la mise en place de prothèses équilibrées ou gnathologiques, de prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », d'attachements de précision ou de semi-précision, de prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock », de prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles ou encore de prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.
- Traitement de blessures accidentelles aux dents effectué plus de 12 mois après l'accident, réparation ou remplacement de prothèses amovibles, soins orthodontiques.
- Frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus, sauf par la voie de soins orthodontiques.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant les **frais engagés au Canada** peuvent être présentées en ligne. Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur, et faites-la remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date des soins.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Great-West aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Great-West, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre employeur. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Great-West dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins.

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de salarié et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :
 1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
 2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
 3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
 4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.

SERVICES DE DIAGNOSTIC ET DE SOUTIEN LIÉ AU TRAITEMENT (RÉSEAU BEST DOCTORS^{MD})

Ce service est conçu pour permettre l'accès à l'avis de spécialistes, à des ressources, à des renseignements ainsi qu'à des directives cliniques.

Vous, une personne à votre charge ainsi que votre médecin traitant, ou celui d'une des personnes à votre charge, pouvez vous prévaloir de ce service si le médecin pose un diagnostic d'une maladie ou d'une affection physique grave pour laquelle il y a des preuves objectives, ou si la personne couverte ou son médecin traitant soupçonne qu'elle en est atteinte. Le Réseau Best Doctors propose une démarche unique et méthodique afin de répondre aux questions et aux préoccupations relatives à une maladie ou à une affection physique grave. Cette démarche peut inclure la confirmation du diagnostic et la proposition du plan de traitement le plus efficace par un professionnel inscrit dans la base de données mondiale du Réseau Best Doctors, laquelle compte plus de 50 000 spécialistes renommés et reconnus dans leur domaine.

Fonctionnement du service

- Pour accéder aux services de diagnostic et de soutien lié au traitement, il suffit de composer le numéro sans frais 1 877 419-BEST (2378).
- L'appelant est alors mis en communication avec un conseiller qui s'occupe de son dossier et lui apporte son soutien tout au long du processus. Le conseiller recueille tous les renseignements pertinents relativement aux antécédents médicaux de la personne couverte et répond à toutes les questions de l'appelant. Aucune information fournie n'est divulguée à votre employeur ou au gestionnaire de votre régime de soins médicaux.
- En fonction des renseignements fournis, le conseiller détermine le niveau optimal de service à offrir.

- Le conseiller peut fournir des renseignements, des ressources et des conseils personnalisés visant à répondre aux besoins de la personne couverte en matière de santé, et trouver les ressources et les mesures de soutien offertes dans la collectivité.
- Lorsqu'il le juge approprié, le conseiller peut organiser un examen approfondi des dossiers médicaux de la personne couverte afin d'aider à confirmer le diagnostic et à élaborer un plan de traitement. Cet examen peut inclure la collecte, l'analyse et la synthèse des dossiers médicaux, la reprise des tests de spécimens pathologiques et l'analyse des résultats. Un rapport écrit détaillant les conclusions et les recommandations des spécialistes sera acheminé à l'appelant. En général, le processus prend de six à huit semaines. Les échéanciers peuvent varier selon la complexité du cas et le nombre de dossiers médicaux à évaluer.
- Si la personne couverte choisit de recevoir un traitement d'un autre médecin, le conseiller peut l'aider à trouver un spécialiste en mesure de répondre à ses besoins particuliers en matière de soins médicaux. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.

- Si la personne couverte décide de se faire traiter à l'extérieur du pays, le conseiller peut lui obtenir les recommandations médicales dont elle a besoin et effectuer les réservations pour l'hébergement. Il peut aussi l'aider à avoir accès à des services hospitaliers et médicaux à des prix réduits, s'occuper de la transmission des renseignements médicaux et suivre de près le processus de traitement. Les frais engagés pour le déplacement et le traitement ne sont pas couverts aux termes du service offert par le Réseau Best Doctors.
- Le conseiller peut trouver un spécialiste du Réseau Best Doctors en mesure de répondre à des questions de base sur les problèmes de santé et les possibilités de traitement. L'appelant recevra les réponses dans un rapport écrit qui lui sera envoyé par courriel.

Ces services ne sont pas assurés. La Great-West n'est donc pas responsable de la prestation des services, de leurs résultats ou de tout traitement reçu ou demandé y étant lié.