

Mohawk Canada Corporation

Numéro de contrat: G0633399

Catégorie : Mohawk Employees

Un message du promoteur de votre régime

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

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

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

Votre régime d'assurance collective

Table des matières

Un message du promoteur de votre régime	1
Votre régime d'assurance collective	1
Ce que vous devez savoir sur votre régime d'assurance collective.....	3
Garanties et services de base	6
Soins dentaires	7
Soins médicaux complémentaires	12
SMC - Médicaments.....	14
SMC - Soins de la vue	16
SMC - Professionnels de la santé (soins et services professionnels)	17
SMC - Fournitures, soins et services médicaux	18
<i>Soins infirmiers particuliers</i>	18
<i>Aides auditives</i>	18
<i>Chaussures orthopédiques et orthèses</i>	18
<i>Fournitures, soins et services médicaux</i>	19
<i>Bas chirurgicaux</i>	20
SMC - Soins hospitaliers	21
SMC - Urgence médicale ou non médicale pendant un voyage	22
Navigateur Santé ^{MC}	24
Prestation de survie	25
Options de souscription d'assurance individuelle offertes si vous sortez du régime.....	26
Emporte-moi ^{MC} Assurance-santé	27
Définitions.....	28

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

Personnes admissibles et frais couverts

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

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

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

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

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

- la police,
- votre demande d'adhésion au régime, et
- toute preuve d'assurabilité que vous avez produite à l'appui de votre demande d'adhésion.

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

Le promoteur de votre régime est
Mohawk Canada Corporation

Produit : le 28 mars 2022

Le numéro de contrat de votre régime est G0633399

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

Votre catégorie de couverture est la suivante :

A : Salariés de Mohawk

A1 : Salariés de Mohawk ayant une couverture monoparentale

B - Salariés de Dale-Tile

B1 - Salariés de Dale-Tile ayant une couverture monoparentale

Votre régime prend effet le 01 janvier 2016

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

Votre régime peut inclure une période probatoire pour certaines garanties

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

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

Délai prescrit relatif aux actions en justice

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

Renseignements étoffés sur le site Web

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

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



DÉLAI DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

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



OBTENEZ UN REMBOURSEMENT PLUS ÉLEVÉ GRÂCE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

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

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

La Financière Manuvie n'accepte pas de désignations de bénéficiaire au titre du présent régime.

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

Garanties et services de base

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

Soins dentaires

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Période probatoire	2 mois
Franchise	Aucune
Tarif des actes buccodentaires	Guide actuel des honoraires des praticiens généralistes de la province où les services sont rendus
Cessation de la couverture	À votre départ à la retraite
Maximum s'appliquant à ce qui suit : Niveau I	1 500 \$ par année civile
Maximum global s'appliquant à ce qui suit : Niveau II Niveau III Niveau IV	1 500 \$ par année civile
Maximum s'appliquant à ce qui suit : Niveau V	1 500 \$ la vie durant
<p>Niveau I - Soins ordinaires</p> <p>Les actes suivants sont inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> examen buccal complet, un examen par période de 2 années civiles radiographies de la bouche au complet, une radiographie par période de 2 années civiles une unité de détartrage et une unité de polissage une fois tous les six mois, lorsque les soins sont donnés à l'extérieur du Québec, ou prophylaxie, une fois tous les six mois, lorsque les soins sont donnés au Québec radiographies interproximales, deux pellicules, une fois tous les 6 mois examens de rappel, et application de fluorure, une fois tous les 6 mois (les applications de fluorure sont couvertes pour les enfants à charge âgés de moins de 19 ans) actes diagnostiques et actes de laboratoire de routine obturations, tenons et endiguement des puits et des fissures. Les frais de 	100 % sous réserve d'un maximum de 1 500 \$ par par année civile

<p>remplacement des obturations sont couverts seulement si :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'obturation actuelle est vieille d'au moins 12 mois et son remplacement est nécessaire par suite d'un bris important de l'obturation actuelle ou de carie dentaire récurrente, ou - l'obturation existante est en amalgame et des preuves médicales indiquent que le patient est allergique aux amalgames <ul style="list-style-type: none"> • la restauration complète préfabriquée (du métal ou du plastique) • dispositifs de maintien d'espace (les appareils mis en place à des fins orthodontiques ne sont pas couverts) • actes chirurgicaux mineurs et soins post-chirurgicaux • extractions (y compris les dents incluses et résiduelles) • consultations, anesthésie et analgésie • réparations de dentier, regarnissage et rebasage de dentier, seulement si les frais sont engagés plus de 3 mois après la mise en place initiale de la prothèse • l'injection d'antibiotiques administrée par un dentiste relativement à une chirurgie dentaire 	
<p>Niveau II - Services complémentaires</p> <p>Les actes suivants sont inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • actes chirurgicaux qui ne sont pas prévus au Niveau I (sauf la chirurgie pour implants) • tout traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent, y compris : <ul style="list-style-type: none"> - le détartrage non couvert au titre du Niveau I, et l'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum combiné de 12 unités par année(s) civile(s) ; - les contentions provisoires; et - l'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 8 unités par année(s) civile(s) • les services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux • les traitements radiculaires et les obturations de canaux sont couverts sous réserve d'un traitement initial et d'un traitement subséquent par dent la vie 	<p>100 % sous réserve d'un maximum global de 1 500 \$ par année civile</p>

<p>durant</p> <ul style="list-style-type: none"> les traitements subséquents sont couverts seulement si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial 	
<p>Niveau III - Prothèses dentaires</p> <p>Les actes suivants sont inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> première prothèse amovible complète ou partielle remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour une des raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante ne peut plus être utilisée; - la prothèse existante date d'au moins 60 mois et ne peut plus être utilisée; ou - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place une prothèse dentaire visant uniquement à remplacer une dent naturelle manquante avant que l'assuré ne bénéficie de la présente garantie n'est pas couverte 	<p>50 % sous réserve d'un maximum global de 1 500 \$ par année civile</p>
<p>Niveau IV - Services de restaurations majeures</p> <p>Les actes suivants sont inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> couronnes et incrustations de surface uniquement lorsque l'usage des dents est réduit en raison de dommages causés par une lésion ou une carie à l'angle de la cuspide ou à l'angle incisif incrustations sans recouvrement (couvrant au moins 3 faces de la dent, à condition que la cuspide soit manquante) premier pont fixe remplacement d'un pont, pourvu que la prothèse soit nécessaire pour une des raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - une dent naturelle est extraite et la prothèse existante ne peut plus être utilisée; - la prothèse existante date d'au moins 60 mois; ou - la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place sont exclus de la garantie, les ponts qui servent uniquement à remplacer une dent 	<p>50 % sous réserve d'un maximum global de 1 500 \$ par année civile</p>

naturelle manquante avant la date à laquelle la personne est devenue assurée en vertu du présent contrat.	
<p>Niveau V - Traitements orthodontiques</p> <p>Les actes suivants sont inclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les traitements orthodontiques pour les enfants à charge uniquement, pourvu que le traitement commence avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 19 ans 	50 % sous réserve d'un maximum de 1 500 \$ la vie durant
<p><u>Exclusions</u></p> <p>Sont exclus de l'assurance de soins dentaires les frais découlant de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, participation à une émeute ou à un mouvement populaire • perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression • blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant ou si le sang contient plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang au moment de la blessure • soins dentaires à des fins esthétiques, à moins que le traitement soit rendu nécessaire par suite d'une blessure accidentelle survenue pendant que la personne était couverte en vertu de cette garantie • appareils pour prévenir le ronflement et l'apnée du sommeil • rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, frais de déplacement ou frais de rédaction de formules de demande de règlement • services assurés sous toute autre partie de ce contrat, par un régime gouvernemental ou autre programme légalement mandaté • services ou fournitures offerts par une association, un syndicat ou le service médical ou dentaire de l'employeur • services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu d'assurance • traitement ayant pour but la restauration de la bouche au complet, ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire • remplacement d'appareils dentaires mobiles qui ont été perdus, égarés ou volés • les frais de laboratoire qui dépassent les frais ordinaires et raisonnables • les services ou fournitures sont reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée • implants ou tout service relatif aux implants. Toutefois, lorsque l'implant est le traitement choisi, mais qu'une prothèse ou un pont permettraient de soigner convenablement l'affection, la Financière Manuvie remboursera le coût de l'implant et des services connexes en se fondant sur le coût du traitement équivalent le moins cher (prothèse ou pont) • méthode de traitement qui n'est pas reconnue de façon générale par les dentistes comme efficace, appropriée et essentielle au traitement d'une affection dentaire • services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts en vertu de cette garantie <p>Si vous croyez que les frais liés à un traitement devraient dépasser 500 \$, veuillez présenter un plan de traitement avant de recevoir les soins ou que les services soient rendus afin d'avoir un aperçu des frais qui seront remboursés au titre de votre régime.</p>	

Si deux ou plusieurs méthodes de traitement couvertes avaient permis de traiter convenablement une affection donnée, les prestations seront versées en fonction de la méthode de traitement convenable la moins chère. Un dentiste-conseil de la Financière Manuvie participera à l'évaluation des différentes méthodes de traitement offertes afin de déterminer celle qui convient.

En cas d'adhésion tardive à la garantie Soins dentaires pour vous ou les personnes à votre charge, la prestation maximale sera limitée à 125 \$ pour chaque personne couverte au cours des 12 premiers mois de couverture.

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

Soins médicaux complémentaires

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

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

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Période probatoire	2 mois
Maximum	Aucun plafond
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	80 % pour Soins hospitaliers, Services professionnels, Soins de la vue, Services et matériel médicaux, Médicaments
Cessation de la couverture	À votre départ à la retraite

Exclusions

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

(Ne s'applique pas au Navigateur Santé^{MC})

- dans le cas d'Urgence médicale pendant un voyage et Assistance-voyage en cas d'urgence seulement, blessures auto-infligées, directement ou indirectement, à moins qu'une attestation médicale établisse qu'elles sont reliées à une condition de santé mentale
- guerre, insurrection, action hostile d'une force armée, participation à une émeute ou à un mouvement populaire
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel ou d'une agression
- blessures subies pendant que vous étiez au volant d'un véhicule motorisé et sous l'emprise de tout produit intoxicant ou si le sang contient plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang au moment de la blessure
- une maladie ou une blessure pour laquelle des prestations sont payables au titre d'un régime gouvernemental ou de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou autre programme légalement mandaté
- examens médicaux périodiques, rendez-vous manqués, examens demandés par un tiers, voyages pour raisons de santé ou la rédaction de formules de demande de règlement
- services ou fournitures payés par une association, un syndicat ou le service médical ou dentaire de l'employeur
- services ou fournitures pour lesquels aucuns frais ne seraient normalement exigés s'il n'y avait pas eu d'assurance

- *services ou fournitures pour lesquels le remboursement aurait été fait en vertu d'un régime du gouvernement si l'assurance n'existait pas*
- *services ou fournitures que la loi ne nous autorise pas à payer*
- *services ou fournitures nécessaires à des fins récréatives ou sportives*
- *services ou fournitures pour lesquels un remboursement aurait été fait en vertu du régime provincial si une demande avait été présentée en bonne et due forme*
- *traitements médicaux inhabituels ou qui sont de nature expérimentale ou encore qui sont administrés à des fins d'investigation*
- *soins médicaux ou chirurgicaux à des fins esthétiques*
- *les services ou fournitures sont reçus de la personne assurée, d'un proche parent ou d'une personne qui habite avec la personne assurée*
- *les services ou fournitures sont reçus pendant le séjour à l'hôpital*
- *les services ou fournitures qui ne sont pas indiqués dans la description des frais couverts en vertu de cette garantie*

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

SMC - Médicaments

Pourcentage de remboursement - 80 %

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Médicaments délivrés sur ordonnance la substitution de médicaments génériques s'applique</p> <p>Les catégories de médicaments suivantes sont couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tout produit pharmaceutique ou médicament qui, d'après la loi ou la convention, ne peut pas être délivré sans l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste • contraceptifs oraux • médicaments de soutien vital • vaccins et médicaments préventifs (par voie orale ou injection) • médicaments injectables (les frais demandés par un professionnel de la santé ou un médecin pour l'administration de médicaments injectables ne sont pas couverts) • aides diagnostiques, aiguilles et seringues ordinaires nécessaires pour le traitement du diabète <p>Les catégories de médicaments suivantes ne sont pas couvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicaments contre la stérilité • médicaments pour le traitement des dysfonctions sexuelles • médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont administrés à l'hôpital à un patient hospitalisé ou en consultation externe • frais de médicaments jugés inadmissibles à la suite du processus de diligence raisonnable • tampons d'ouate, alcool à friction, injecteurs automatiques à pression et autres appareils semblables nécessaires au traitement du diabète • frais d'administration de sérums, de vaccins et de médicaments injectables 	<p>maximum de 300 \$ la vie durant pour les produits antitabagiques sur ordonnance</p> <p><i>Prestation payable - Le montant des frais remboursables ne pourra dépasser le coût du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.</i></p> <p><i>La Financière Manuvie peut limiter les frais remboursables au coût d'un médicament interchangeable moins cher au moment de l'achat du médicament.</i></p> <p><i>Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être utilisé à la place du médicament prescrit, le montant des frais remboursables est égal au coût du médicament prescrit.</i></p> <p><i>Médicaments sur ordonnance - Aucune substitution - Lorsque le médecin ou le dentiste indique sur l'ordonnance que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un autre, le remboursement maximal correspond au prix du médicament équivalent moins cher qui peut être légalement utilisé pour exécuter l'ordonnance, selon la liste des médicaments couverts par le régime provincial ou un équivalent moins cher qui donne des résultats semblables sur le plan thérapeutique reconnu par la Financière Manuvie.</i></p> <p><i>Lorsqu'il n'existe aucun médicament équivalent moins cher pouvant être substitué au médicament prescrit, le montant des frais remboursables est calculé en fonction du coût du médicament prescrit.</i></p> <p><i>Le remboursement au coût du médicament prescrit pour lequel il existe un médicament équivalent moins cher ne peut être pris en considération que si le médecin traitant fournit des renseignements médicaux indiquant les raisons pour lesquelles le</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • pharmacothérapie expérimentale non reconnue comme étant efficace, appropriée et essentielle dans le cadre du traitement d'une blessure ou d'une maladie • produits naturels (y compris ceux qui comportent un NPN) 	<p><i>médicament équivalent moins cher n'est pas toléré ou est inefficace.</i></p> <p><i>La quantité maximale de médicaments pouvant être couverte chaque fois qu'une ordonnance est exécutée est la plus petite des quantités suivantes :</i></p> <p><i>a) la quantité prescrite par le médecin ou le dentiste ou</i></p> <p><i>b) la quantité devant être utilisée pendant 34 jours ou</i></p> <p><i>c) Une quantité de médicaments suffisante pour une période pouvant aller jusqu'à 100 jours pourra être couverte dans le cas d'un traitement de longue durée, si le médecin et le pharmacien jugent qu'il convient de prescrire une plus grande quantité de médicaments.</i></p> <p><i>Si vous êtes un résident du Québec, votre couverture sera en fonction de celle prévue par la RAMQ.</i></p>
<p>Programme de gestion des médicaments de spécialité</p>	<p>Le Programme de gestion des médicaments de spécialité vise à faciliter la gestion des coûts liés aux médicaments de spécialité tout en permettant aux personnes qui prennent un médicament servant au traitement d'une affection complexe, chronique ou mettant la vie en danger d'obtenir le soutien d'une infirmière agissant comme gestionnaire de dossiers.</p> <p><i>À l'intention des salariés de provinces autres que le Québec :</i> Pour vérifier si votre médicament est visé par le programme, veuillez consulter la Liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est exigée dans notre site sécurisé des participants, à l'adresse manuvie.ca/participant.</p> <p>Si vous ou une personne à votre charge prenez déjà un médicament coûteux et si vous voulez en savoir plus sur le Programme de gestion des médicaments de spécialité, veuillez composer le numéro sans frais 1 844 673-2273. Nous vous invitons à participer à ce programme pour réaliser des économies et profiter du soutien additionnel d'un gestionnaire de dossiers.</p> <p><i>À l'intention des salariés du Québec :</i> Le Programme de gestion des médicaments de spécialité prévoit des services de gestion de dossiers visant les médicaments de spécialité. Pour obtenir plus de renseignements, cliquez ici Programme de gestion des médicaments de spécialité.</p>

SMC - Soins de la vue	
Pourcentage de remboursement - 80 %	
Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Lunettes sur ordonnance, Lentilles cornéennes, Chirurgie oculaire au laser, Examens de la vue, Exercices optiques	<p>250 \$ par 24 mois pour lunettes sur ordonnance, lentilles cornéennes pour corriger la vue, réparations et interventions au laser visant à corriger la vue au choix</p> <p>si des lentilles cornéennes sont nécessaires pour traiter une grave affection ou qu'elles peuvent porter le degré de vision de l'oeil le plus puissant à 20/40 dans les cas où des lunettes ne permettent pas un tel résultat, le maximum des frais couverts sera de 200 \$ par 24 mois</p> <p>Examens de la vue - une fois par 24 mois</p> <p>Exercices optiques - 200 \$ la vie durant</p>

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

Pourcentage de remboursement - 80 %

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Services offerts par les praticiens diplômés suivants :</p> <p>Chiropraticien, Ostéopathe, Podiatre/Chiroprodiste, Massothérapeute, Naturopathe, Orthophoniste, Physiothérapeute, Psychologue, Acupuncteur, Diététiste, Travailleur social, Psychanalyste, Psychothérapeute</p>	<p>750 \$ par année(s) civiles pour Psychothérapeute</p> <p>750 \$ combiné par année(s) civile(s) pour chiropraticien, ostéopathe, podiatre/chiroprodiste, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, physiothérapeute, psychologue, acupuncteur, diététiste, travailleur social et psychanalyste</p> <p><i>Les frais engagés sont couverts dans la mesure où ils sont raisonnables et habituels, selon la Financière Manuvie.</i></p> <p><i>Certains de ces services professionnels sont payés en partie par les régimes provinciaux. La législation provinciale peut exiger que le plafond prévu par le régime provincial ait été payé avant qu'une assurance ne soit applicable au solde impayé. Dans les provinces où c'est le cas, les sommes prévues par la présente garantie sont payables une fois que le maximum annuel prévu par le régime provincial a été versé.</i></p> <p><i>Il n'est pas nécessaire qu'un médecin recommande les services professionnels.</i></p>

SMC - Fournitures, soins et services médicaux

Pourcentage de remboursement - 80 % (sauf indication contraire)

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

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Soins infirmiers particuliers</p> <p>Fournis par une infirmière ou un infirmier (inf.) ou par une infirmière ou un infirmier auxiliaire (inf. aux.) ou toute désignation équivalente qui a réussi un programme de formation reconnu sur l'administration des médicaments.</p> <p>Les soins et services suivants sont exclus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • services de garde, travaux ménagers et services de supervision • soins donnés par une infirmière ou un infirmier qui est un proche parent du patient ou qui habite sous le même toit que lui • soins donnés pendant que le patient est hospitalisé ou qu'il séjourne dans une maison de repos ou un autre établissement semblable • soins pouvant être donnés par une personne moins qualifiée, un parent ou un ami du patient, ou une personne habitant sous le même toit que lui 	<p>10 000 \$ par année(s) civile(s)</p> <p><i>Veillez présenter un plan de traitement détaillant les coûts prévus avant le début des soins infirmiers particuliers afin de connaître le montant des prestations qui pourront être versées.</i></p>
<p>Aides auditives</p>	<p>700 \$ par 60 mois</p> <p><i>Sont compris le coût, la mise en place, la réparation et l'entretien d'aides auditives (y compris l'achat de piles)</i></p>
<p>Chaussures orthopédiques et orthèses</p>	<p>300 \$ par 12 mois pour les chaussures orthopédiques de série</p> <p>Chaussures fabriquées sur mesure qui sont</p>

	<p>nécessaires en raison d'une anomalie physiologique qui, selon les preuves médicales, ne peut être corrigée par des chaussures orthopédiques de série ni des chaussures orthopédiques de série modifiées, jusqu'à concurrence d'une paire par année civile (les chaussures fabriquées sur mesure doivent être fabriquées par un spécialiste autorisé en chaussures orthopédiques)</p> <p>400 \$ par 36 mois pour les orthèses fabriquées sur mesure</p>
	<p><i>Elles doivent être recommandées par un médecin ou un podiatre.</i></p>
<p>Fournitures, soins et services médicaux</p> <p>Le matériel médical comprend notamment les articles et les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • transport en ambulance autorisée, y compris en ambulance aérienne, fourni dans la province de résidence du patient • matériel d'aide à la mobilité : béquilles, cannes, ambulateurs et fauteuils roulants • lits d'hôpital manuels • respirateur et appareil pour l'administration de l'oxygène • autres appareils médicaux que l'on ne trouve habituellement que dans les hôpitaux • prothèses externes non dentaires • appareils orthopédiques (sauf les attelles podologiques), bandages herniaires, colliers, orthèses de la jambe, plâtres et éclisses • fournitures nécessaires en cas d'incontinence ou par suite d'une iléostomie ou d'une colostomie • pansements médicamenteux et vêtements pour brûlés • oxygène • traitement de blessures accidentelles causées aux dents naturelles ou à la mâchoire • soutiens-gorge postmastectomie • perruques et prothèses capillaires 	<p>4 par année civile pour soutiens-gorge postmastectomie</p> <p>200 \$ la vie durant pour les perruques et les prothèses capillaires</p> <p>2 par année(s) civile(s) pour les prothèses mammaires</p>
	<p><i>Les frais de matériel médical fourni par un hôpital ne sont pas remboursables.</i></p> <p><i>Au Québec, les frais engagés pour les tests microscopiques et autres actes et tests diagnostiques semblables effectués dans un laboratoire autorisé sont remboursables, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par année civile.</i></p> <p><i>Le traitement dentaire aux dents naturelles ou à la mâchoire doit être reçu dans les 12 mois qui suivent l'accident. Les blessures résultant de la mastication sont exclues.</i></p>

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

SMC - Soins hospitaliers

Pourcentage de remboursement - 80 %

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
Séjour dans un hôpital général ou un centre de réadaptation	<ul style="list-style-type: none">• en chambre à deux lits• excédant le tarif de salle ordinaire <p>Centre de réadaptation (maison de soins pour malades chroniques) : 180 jours par invalidité si l'admission a lieu dans les 14 jours suivant une hospitalisation d'au moins 5 jours.</p>
	<p><i>La partie des frais de séjour en salle ou des frais modérateurs facturée au patient à l'hôpital (ou les frais similaires) n'est pas couverte</i></p> <p><i>La Financière Manuvie effectuera le paiement en tenant compte de la couverture fournie par le régime provincial.</i></p>

SMC - Urgence médicale ou non médicale pendant un voyage

Description de la garantie	Votre couverture au titre du régime
<p>Soins médicaux en cas d'urgence</p> <p>Conditions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La couverture s'applique en cas de soins médicaux qui doivent être prodigués sans délai en raison de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> - blessure soudaine et inattendue ou nouvelle affection survenant lorsqu'une personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence; ou - problème de santé particulier ou affection précise déjà diagnostiqué, mais stable du point de vue médical, lors du départ. • La couverture s'applique en cas d'urgence médicale liée à la grossesse, pourvu que le voyage soit terminé au moins quatre semaines avant la date prévue de l'accouchement. • Vous et les personnes à votre charge devez être couverts au titre d'un régime d'assurance maladie public. 	<p>100 % jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ la vie durant</p> <p>L'assurance ne couvre que les 180 premiers jours de voyage.</p> <p>Par « stable », on entend que, dans les 90 jours précédant la date du départ, la personne assurée n'a :</p> <ul style="list-style-type: none"> • reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection; • connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence; • dû apporter aucun changement à ses traitements ou médicaments (à part les ajustements de routine dans le cadre de soins continus); • pas été hospitalisée pour recevoir un traitement lié à l'affection. <p>La couverture n'est pas offerte s'il est prévu que vous (ou la personne à votre charge) subissiez un test, un examen ou un traitement inhabituel relativement à votre affection ou à une affection non diagnostiquée.</p> <p>L'urgence médicale prend fin lorsque le médecin traitant estime, d'après les renseignements médicaux dont il dispose, que l'état du patient est suffisamment stable pour lui permettre de retourner dans sa province ou son territoire de résidence.</p>
	<p><i>Vous devez régler les frais médicaux totalisant 200 \$ CA ou moins. À votre retour de voyage, vous pouvez présenter une demande de remboursement de ces frais en suivant le processus habituel de présentation des demandes de règlement.</i></p> <p><i>Si les frais dépassent 200 \$ CA, communiquez dès que possible avec le partenaire commercial dont les coordonnées figurent sur votre carte d'avantages sociaux afin qu'il puisse régler directement les honoraires du médecin traitant ou les frais</i></p>

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

Navigateur Santé ^{MC}

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

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

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

Prestation de survie

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

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

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

Emporte-moi^{MC} Assurance-santé

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

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

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

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

Définitions

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

Pourcentage de remboursement

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

Quote-part

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

Personne à charge

Votre conjoint ou enfant assuré au titre du régime provincial.

Conjoint

- votre conjoint légitime, ou une personne habitant maritalement continuellement avec vous

Enfant

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

Médicaments

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

RAMQ - Garantie Médicaments et services pharmaceutiques des personnes domiciliées au Québec

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

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

Les dispositions suivantes s'appliquent aux médicaments figurant sur la Liste de la RAMQ et aux services pharmaceutiques offerts aux personnes bénéficiant d'un régime privé, conformément à la Loi sur l'assurance médicaments et à la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29.01). Les dispositions standard précisées dans votre régime s'appliquent à tous les autres médicaments couverts.

a) Pourcentage de remboursement

Si le montant de la contribution maximale annuelle n'a pas été atteint, le pourcentage de remboursement des frais de médicaments couverts au titre de la présente garantie est déterminé comme suit :

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

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

b) Contribution maximale annuelle

La contribution maximale annuelle correspond à la partie des frais de médicaments ou des services pharmaceutiques couverts que vous et votre conjoint devez payer au cours d'une année civile avant que le

pourcentage de remboursement au titre de la présente garantie ne soit de 100 %. Les sommes affectées à ce maximum sont les suivantes :

i) le montant de la franchise et

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

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

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

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

c) Franchise

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

d) Maximum la vie durant

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

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

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

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

e) Enfants à charge admissibles

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

i) l'âge précisé dans la présente brochure;

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

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

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

f) Cessation de la couverture

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

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

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

Diligence raisonnable

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

Rémunération

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

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

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

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

Méthode de traitement expérimentale

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

Médicament interchangeable

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

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

Équivalent moins cher

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

Urgence médicale ou non médicale pendant un voyage

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

Nécessaires du point de vue médical

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

Maximum sans preuve d'assurabilité

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

Contribution maximale

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

Autorisation préalable

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

Infection pyogène

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

Frais raisonnables et habituels

Du plus bas des montants suivants :

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

- le montant figurant dans le barème des honoraires établi par l'association professionnelle pertinente
- le prix maximal fixé par les lois

Couverture monoparentale

Vous et un enfant à charge ou plus

Note importante

Les conjoints des salariés qui ont une couverture monoparentale ne sont pas couverts pour les garanties Assurance complémentaire de frais de soins médicaux et Soins dentaires.