



RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE DU SECTEUR DES END

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES DE RETRAITE

Veuillez adresser toutes vos demandes de renseignements à :

L'ADMINISTRATEUR

The McAteer Group of Companies

45 McIntosh Drive
Markham, Ontario
L3R 8C7

Téléphone : 1-888-278-9003

Télécopie : 905-946-2535

Courriel : questions@ndtbenefits.org

1er mai 2025

AVANT-PROPOS

Pour chacun d'entre nous, il est important de bénéficier d'une protection contre les difficultés financières qui accompagnent si souvent la maladie, l'accident ou le décès.

Conformément à la Convention collective conclue entre la Nondestructive Testing Management Association (NDTMA) et le Conseil du Contrôle de la Qualité du Canada, un régime d'assurance collective (le Régime) a été mis sur pied par le Conseil des Fiduciaires, dont l'administration a été confiée à McAteer Group of Companies.

La Colombie-Britannique et l'Alberta ont toutes deux adopté des lois concernant le recours aux fonds d'auto-assurance pour offrir des régimes de prestations. Dans les deux provinces, la législation permet de recourir aux fonds d'auto-assurance, à condition que cette information soit communiquée par écrit aux Adhérents retraités concernés.

Les Administrateurs s'efforcent constamment de fournir des prestations aux Adhérents retraités de la façon la plus rentable possible. En effet, pour certaines prestations telles que les Soins dentaires, et l'Assurance-maladie complémentaire, il n'est pas toujours nécessaire de faire appel aux services d'une compagnie d'assurance. Par conséquent, certaines prestations ne sont pas assurées par une compagnie d'assurance régie par la Loi sur les institutions financières, et dans ce cas, l'employeur est exempté des exigences réglementaires fixées par la Loi.

Dans les pages qui suivent, vous trouverez une brève description des prestations offertes par le Régime. Nous sommes convaincus que celui-ci vous apportera, à vous et à votre famille, une plus grande tranquillité d'esprit et un sentiment accru de sécurité.

POLITIQUE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Nous, les Administrateurs du Régime d'assurance-maladie du secteur des Essais non destructifs, avons adopté les Principes de confidentialité suivants, qui reflètent notre engagement envers la protection des renseignements personnels de nos Adhérents retraités :

- Les renseignements vous concernant, ainsi que vos communications avec le Régime, sont confidentielles.
- Ni l'Administrateur, ni le Régime ne vendront vos renseignements personnels.
- Les renseignements vous concernant sont recueillis de manière légale et équitable.
- Les renseignements vous concernant sont recueillis, utilisés ou divulgués uniquement dans le but de vous fournir les prestations et les services décrits dans les documents relatifs à votre Régime.
- Nous appliquons des procédures appropriées afin de garantir que les renseignements personnels en notre possession sont exacts et, le cas échéant, mis à jour. Vous avez le droit de demander à ce que vos renseignements personnels soient rectifiés, si vous estimez que ceux détenus par le Régime sont inexacts.
- Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels, sous réserve d'exceptions et de conditions circonscrites.
- Les renseignements personnels ne sont pas divulgués sans l'autorisation de l'Adhérent(e) retraité(e), sauf dans des circonstances limitées, comme la loi l'autorise ou l'exige. Toutefois, l'Administrateur peut partager des renseignements personnels avec les actuaires, agents, consultants ou prestataires de services du Régime dans le cadre de la fourniture, de l'administration, de l'adjudication, de l'évaluation des coûts, de la gestion et du fonctionnement financiers des Régimes et programmes de prestations des Adhérents retraités.

- Lorsque nous décidons de confier certains services, tels que l'évaluation actuarielle, à des tiers, nous prenons toutes les précautions raisonnables concernant les pratiques utilisées par le prestataire de services pour protéger vos renseignements personnels. Nous lui demandons de s'engager à son tour à respecter la politique de confidentialité du Régime et la législation applicable.
- Pour protéger vos renseignements personnels contre tout accès, divulgation, reproduction, utilisation ou modification non autorisés, vol ou perte accidentelle, le Régime mettra en place des mécanismes de sécurité appropriés.

- Les Administrateurs

TABLE DES MATIÈRES

Tableau des prestations.....	1
Admissibilité.....	3
Assurance-vie.....	7
Soins virtuels TELUS Santé.....	7
Assurance-maladie complémentaire.....	8
Médicaments.....	8
Prestation de renvoi pour soins médicaux.....	16
Assurance-voyage pour urgence médicale hors de la province/du pays.....	17
Soins de la vue.....	22
Soins dentaires.....	22
Comment faire une réclamation.....	29
Dépôt direct.....	32

TABLEAU DES PRESTATIONS

ADHÉRENTS RETRAITÉS :

Assurance-vie 100 000 \$

ADHÉRENTS RETRAITÉS ET LEURS PERSONNES À CHARGE :

**Soins virtuels
TELUS Santé** Consulter cette rubrique
pour plus de précisions

**Assurance-maladie
complémentaire** Remboursement : 90 %
des dépenses admissibles

Frais d'exécution limités
à 8,00 \$ par ordonnance

Médicaments sur ordonnance
limités à 5 000 \$ par
personne et par année civile

Montant maximal au cours
de la vie : 1 000 000 \$

Franchise annuelle : 25 \$ par
personne et 50 \$ par famille
pour chaque année civile

**Assurance-maladie
pour urgence médicale
hors de la province/
du Canada** Remboursement : 100 %
5 000 000 \$ maximum
par période de couverture

Durée du voyage : 60 jours

Résiliation de la couverture à
80 ans

Période de stabilité pour
maladie préexistante : 180
jours

Soins de la vue 350 \$ par période de 24 mois
consécutifs, examens de la
vue y compris

Soins dentaires

Franchise annuelle : néant

Remboursement :
100 % pour les services de
base 100 % pour les
restaurations majeures

Maximum annuel combiné 2
000 \$ par famille et par année
civile

ADMISSIBILITÉ

Les Adhérents retraités pourront bénéficier de la couverture immédiatement après avoir atteint l'âge normal de la retraite, à condition que les critères d'admissibilité suivants soient remplis. L'Adhérent(e) doit :

- prendre sa retraite et choisir une option dans le cadre du Régime de retraite du secteur des END;
- avoir mené une activité professionnelle ininterrompue au cours des dix années précédant la retraite;
- avoir accumulé au minimum 10 000 heures et, au cours des cinq ans précédant immédiatement la date de départ à la retraite, avoir cotisé 3 750 heures au Régime de retraite du secteur des END dans le cadre de son activité professionnelle pour un employeur signataire;
- être couvert(e) par le Régime d'assurance-maladie du secteur des END au moment du départ à la retraite (ce qui inclut la couverture autofinancée);
- être âgé(e) de 60 ans ou plus; et
- être membre en règle du Conseil du contrôle de la qualité du Canada (CCQC) au moment du départ à la retraite et le demeurer, selon le jugement du CCQC, et ne se livrer à aucune forme d'activité relevant du domaine ou de la compétence du CCQC pour un employeur non signataire.

Les membres qui recevaient des prestations d'invalidité de longue durée ou d'indemnisation des accidents du travail immédiatement avant leur retraite seront admissibles à la couverture si les exigences suivantes sont respectées. L'Adhérent(e) doit :

- prendre sa retraite et choisir une option dans le cadre du Régime de retraite du secteur des END;

- avoir accumulé au minimum 10 000 heures et, au cours des cinq ans précédant immédiatement la date de départ à la retraite, avoir cotisé 3 750 heures au Régime de retraite du secteur des END dans le cadre de son activité professionnelle pour un employeur signataire;
- être couvert(e) par le Régime d'assurance-maladie du secteur des END au moment du départ à la retraite (ce qui inclut la couverture autofinancée);
- être âgé(e) de 60 ans ou plus; et
- être membre en règle du CCQC au moment du départ à la retraite et le demeurer, selon le jugement du CCQC, et ne se livrer à aucune forme d'activité relevant du domaine ou de la compétence du CCQC pour un employeur non signataire.

Les Adhérents prenant une retraite anticipée et qui sont âgés de 55 ans ou plus peuvent également bénéficier de la couverture en finançant eux-mêmes les primes jusqu'à l'âge de 60 ans - l'Adhérent(e) doit communiquer avec l'Administrateur pour obtenir des précisions. Le financement de la couverture par l'Adhérent(e) doit être continu.

Adhérents souhaitant passer à un poste de gestion

Les Adhérents qui souhaitent passer à un poste de gestion et continuer à bénéficier des prestations après avoir pris leur retraite doivent, au moment de prendre leurs nouvelles fonctions, contacter l'Administrateur pour l'informer qu'ils souhaitent cotiser au Régime lorsqu'ils partiront en retraite. L'Administrateur vérifiera qu'ils remplissent les critères suivants et le consignera dans le système à cet effet.

Critères d'admissibilité :

Au moment de passer à un poste de gestion, ces Adhérents doivent

- avoir accumulé au minimum 10 000 heures dans régime de retraite du secteur des END;

- avoir mené pendant dix ans une activité professionnelle ininterrompue immédiatement avant de prendre leurs nouvelles fonctions;
- être membres du Régime d'Assurance-maladie du secteur de END et continuer à y adhérer;
- être membres en règle du CCQC et le demeurer, et ne se livrer à aucune forme d'activité relevant du domaine ou de la compétence du CCQC pour un employeur non signataire; et
- ils doivent continuer à accumuler en leur nom un minimum de 173 heures par mois au Régime de retraite du secteur des END et au Régime de prestations complémentaires de retraite.

Admissibilité des Personnes à charge

Les Personnes à charge admissibles seront couvertes à partir de la date d'entrée en vigueur des prestations de l'Adhérent(e) retraité(e), à condition d'en avoir fait la demande. Les Personnes à charge récemment déclarées doivent être inscrites dans les 31 jours suivant la date à laquelle elles sont devenues admissibles.

Les Personnes à charge admissibles sont :

- votre Conjoint(e) légal(e)
- votre conjoint(e) de fait (le [la] conjoint[e] de fait est une personne avec laquelle vous vivez depuis une période interrompue d'au moins 12 mois; cette situation doit être reconnue comme une relation conjugale au sein de la communauté dans laquelle le couple réside. Seulement une personne à la fois peut être considérée comme conjoint[e]. Une Demande d'adhésion au Régime de prestations complémentaires de retraite et un Formulaire de désignation des bénéficiaires doivent être remplis et soumis à l'Administrateur du régime).
- vos enfants non mariés, âgés de 21 ans ou moins, qui sont à votre charge

- vos enfants célibataires âgés de 21 ans ou plus, qui fréquentent à plein temps un collège ou une université reconnus et qui dépendent entièrement de vous pour leur soutien et leur subsistance.

La couverture d'un enfant incapable de subvenir à ses besoins en raison d'un handicap mental ou physique et qui est à votre charge ne prend pas fin lorsqu'il atteint l'âge maximal, à condition de demander à l'Administrateur du régime de prolonger cette couverture et de fournir des preuves satisfaisantes à l'appui.

Résiliation de la couverture en raison de l'âge

La couverture prend fin à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 80 ans pour la prestation d'Assurance-vie, la prestation de renvoi pour soins médicaux et la prestation d'Assurance-voyage pour urgence médicale hors de la province/du Canada, sauf indication contraire dans la police. Il n'y a pas de résiliation en raison de l'âge pour les prestations d'Assurance-maladie complémentaire et de Soins dentaires

La couverture d'un Enfant à charge (non étudiant) prend fin lorsqu'il atteint l'âge de 21 ans. La couverture d'un enfant (étudiant à temps plein âgé de 21 ans ou plus) prend fin lorsque le statut d'étudiant à temps plein et/ou de Personne à charge prend fin.

Prestations au survivant

En cas de décès de l'Adhérent(e) retraité(e), la couverture des Personnes à charge au titre de ce Régime est maintenue jusqu'à la première des éventualités suivantes :

- 24 mois après la date du décès de l'Adhérent(e)
- à la date à laquelle la personne cesse d'être une Personne à charge pour une raison autre que le décès de l'Adhérent(e); ou
- à la date de résiliation du Régime.

DESCRIPTION DES PRESTATIONS

D'ASSURANCE-VIE

Pour les Adhérents retraités uniquement

Chaque Adhérent(e) retraité(e) admissible bénéficie de l'Assurance-vie aux conditions spécifiées à la page 1.

Ce montant de l'assurance est payable au bénéficiaire que vous avez désigné en cas de décès, quelle qu'en soit la cause, tant que vous êtes assuré(e) au titre de la police collective.

Vous pouvez changer de bénéficiaire à tout moment en adressant un préavis écrit à l'Administrateur, accompagné d'une nouvelle Demande d'adhésion aux prestations complémentaires de retraite et d'un Formulaire de désignation des bénéficiaires.

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, le montant de l'assurance sera versé à votre succession.

La couverture d'Assurance-vie prend fin à la date à laquelle vous atteignez l'âge de 80 ans.

SOINS VIRTUELS TELUS SANTÉ

Pour les Adhérents retraités et leurs Personnes à charge

Les soins virtuels de TELUS Santé vous permettent, ainsi qu'à vos Personnes à charge admissibles, d'accéder à des soins médicaux axés avant tout sur le patient.

Le service de Soins virtuels TELUS Santé vous permet, à vous et à vos Personnes à charge admissibles, d'accéder aux soins de santé physique et mentale dont vous avez besoin dès que vous en avez besoin. Où que vous vous trouviez au Canada et quelle que soit l'heure, ce service peut être contacté directement par téléphone ou par ordinateur en utilisant un message chiffré ou une vidéo pour aborder vos questions et problèmes de santé avec des cliniciens aimables et compétents.

Vous bénéficiez ainsi d'un accès virtuel en ligne aux prestations suivantes :

Conseils médicaux

Diagnostic

Soutien en matière de santé mentale

Renvoi pour soins médicaux

Ordonnances et renouvellements

Demandes d'examens de laboratoire

Demandes d'imagerie

Consultations diététiques

Ces soins vous sont proposés pour votre commodité et n'ont pas vocation à se substituer aux soins d'urgence fournis par un hôpital ou une ambulance, ni à remplacer votre médecin de famille.

Vous pouvez demander qu'un exemplaire de votre compte-rendu de consultation soit envoyé à votre médecin de famille.

Si vous n'avez pas encore créé votre compte, rendez-vous sur

<http://virtualcare.telushealth.com/welcome/activation> et utilisez votre numéro de groupe 4242 et le numéro d'identifiant client indiqué sur votre carte-portefeuille.

Une fois que vous aurez créé votre compte, téléchargez l'application Soins virtuels TELUS Santé à partir de l'App Store ou de Google Play pour vous connecter.

ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Pour les Adhérents retraités et leurs Personnes à charge

Les dépenses admissibles au Canada seront remboursées à 90 %, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ au cours de la vie, sauf indication contraire.

L'Assurance-voyage pour urgence médicale hors de la province/du Canada et la prestation de renvoi pour soins médicaux sont proposées aux Adhérents retraités admissibles et à leurs Personnes à charge âgées de moins de 80 ans, jusqu'à un montant maximal de 5 000 000 \$ par période de couverture.

Les médicaments sur ordonnance sont remboursés à concurrence de 5 000 \$ par personne et par année civile.

Une franchise de 25 \$ par personne ou de 50 \$ par famille est prévue par année civile. Si le montant total de dépenses admissibles de 50 \$ est utilisé collectivement par les membres de la famille au cours de l'année civile, aucune autre franchise ne sera exigée de leur part pour le reste de l'année. Toutefois, les dépenses engagées par un seul individu ne peuvent être imputées à la franchise familiale que à hauteur de 25 \$.

Prestations :

L'Assurance-maladie complémentaire est conçue pour vous aider à payer des services et des fournitures spécifiques utilisés par vous-même et vos Personnes à charge, lorsqu'ils ne sont pas fournis dans le cadre d'un régime public d'assurance-maladie ou par un organisme bénéficiant d'une aide fiscale.

Les dépenses suivantes sont considérées comme admissibles lorsqu'elles sont engagées dans le cadre du traitement nécessaire d'une maladie ou d'une blessure et, le cas échéant, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.

- 1) Médicaments (contraceptifs oraux y compris) requérant une ordonnance en vertu de la loi et délivrés par un pharmacien autorisé, jusqu'à un montant maximal de 5 000 \$ par année civile.

Le remboursement des médicaments sur ordonnance est basé sur le coût du médicament générique équivalent le moins cher. La délivrance des médicaments est limitée à 60 jours (100 jours pour les médicaments de traitement à long terme). Les médicaments faisant l'objet d'un renouvellement d'ordonnance ne peuvent être délivrés plus tôt que ce qui est considéré comme raisonnable et habituel. La délivrance de médicaments pour les vacances, en dehors des limites habituelles, doit être préalablement autorisée par le Régime.

Les frais d'exécution supérieurs à 8,00 \$ par ordonnance ne sont pas couverts par le Régime. La différence entre les frais d'exécution d'ordonnance et le plafond de 8,00 \$ est à la charge de l'assuré(e).

- Les médicaments liés au mode de vie, notamment pour la perte de poids, la désaccoutumance au tabac ou la dysfonction érectile, ne sont pas des dépenses admissibles, sauf en cas de problème médical sous-jacent.
- Les médicaments pouvant normalement être achetés « en vente libre » sont exclus, qu'une ordonnance ait été délivrée ou non.

Les résidents de la Colombie-Britannique doivent s'inscrire à Fair PharmaCare. Fair PharmaCare englobe une liste exhaustive de médicaments et de fournitures médicales et, une fois l'inscription effectuée, tous les médicaments et fournitures admissibles prescrits et utilisés dans ce cadre par votre famille seront pris en compte dans le calcul de votre franchise annuelle familiale. Une fois que le montant de la franchise aura été atteint, Fair PharmaCare appliquera une réduction allant jusqu'à 70 % du coût des médicaments et des fournitures médicales admissibles utilisés par votre famille pour le reste de l'année. Un certain nombre de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas admissibles en vertu de la liste standard des médicaments de la province peuvent bénéficier d'une Autorisation spéciale pour un médicament déterminé. Le Régime peut demander à votre médecin de faire une demande d'Autorisation spéciale pour un ou plusieurs des médicaments vous ayant été prescrits. Si un régime provincial approuve la demande d'Autorisation spéciale, ces médicaments seront déduits de votre franchise provinciale annuelle.

- 2) Frais hospitaliers facturés par un hôpital général agréé dispensant de soins de courte durée dans votre province de résidence, pour la différence entre le coût d'un hébergement en salle d'hospitalisation et celui d'une chambre semi-privée. Dans le cas d'une chambre semi-privée,

les dépenses admissibles pour l'hébergement et les repas ne pourront pas dépasser le tarif normal de la chambre en question. Le coût des chambres privées ne sera couvert que si un hébergement privé est jugé médicalement nécessaire par un médecin (à l'exclusion de la location d'un téléphone, d'un téléviseur, etc.)

- 3) Frais d'hospitalisation en ambulatoire. Tous les frais d'hospitalisation facturés au titre de la coassurance ainsi que les frais de séjour de courte durée dans toute province où ils sont pris en charge et autorisés par la loi.
- 4) Services d'ambulance. Les frais de transport d'urgence à destination et en provenance d'un hôpital, à condition que le trajet se fasse dans une ambulance professionnelle jusqu'à l'établissement hospitalier le plus proche en mesure de fournir le traitement nécessaire.
- 5) Soins infirmiers privés dispensés par une infirmière diplômée agréée, une infirmière auxiliaire autorisée, une aide-soignante agréée ou une personne titulaire d'un permis similaire, à condition que les services soient rendus à l'extérieur d'un hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum de 25 000 \$ au cours de la vie.
- 6) Services d'un chiropraticien, d'un orthophoniste, d'un naturopathe autorisé, d'un massothérapeute, d'un ostéopathe, d'un podologue, d'un psychologue ou d'un physiothérapeute agréé - les dépenses admissibles ne devant pas dépasser 400 \$ par année civile et par type de praticien, à condition que celui-ci soit agréé et qu'il exerce légalement dans les limites de son permis. Les services de psychologie doivent être fournis par un psychologue agréé, un conseiller clinique agréé ou un travailleur social autorisé.
- 7) Coût des prothèses auditives, uniquement pour les Adhérents retraités, 6 jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de cinq ans. Les réparations, frais d'entretien, piles et autres accessoires ne sont pas considérés comme des dépenses admissibles.

- 8) Soins dentaires à la suite d'un accident - Les services dentaires suivants, réalisés dans les 24 mois suivant un accident, sont admissibles : traitement par un médecin, un dentiste ou un chirurgien-dentiste des dents naturelles endommagées, ce qui inclut le remplacement de ces dents, le traitement d'une fracture de la mâchoire et les radiographies connexes.
- 9) Vaccinations et immunisations pour la prévention des maladies transmissibles.
- 10) Traitement par rayons X ou substances radioactives.
- 11) Anesthésie.
- 12) Sang et plasma sanguin.
- 13) Membres et yeux artificiels et, sous certaines conditions, larynx artificiel.
- 14) Oxygène et location du matériel connexe.
- 15) Location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'un poumon d'acier.
- 16) Plâtres, attelles, appareils orthopédiques, bandages herniaires, béquilles, pansements chirurgicaux, stimulateur cardiaque électronique. Certains plafonds sont applicables. Veuillez contacter l'Administrateur de votre régime pour plus de précisions.
- 17) Fournitures orthopédiques : supports de voûte plantaire (limités à 400 \$ par an), lève-personnes, cales, attelles de Dennis Browne et chaussures achetées et utilisées pour leur utilisation.

Si des chaussures orthopédiques ne faisant pas partie intégrante d'un appareil orthopédique ou d'attelles sont prescrites par un médecin, elles seront remboursées à 50 %.

- 18) Soins de convalescence à domicile : frais d'hébergement et de repas pour un maximum de 120 jours au cours d'une période continue

d'hospitalisation dans une maison de convalescence, jusqu'à un montant maximal de 25 000 \$ au cours de la vie, à condition que cette hospitalisation :

- survienne dans les 48 heures suivant un séjour hospitalier d'au moins trois jours consécutifs,
- ait la ou les mêmes causes que le séjour hospitalier précédent,
- ait été recommandée et approuvée par écrit par un médecin, et
- soit principalement axée sur la réadaptation ou la convalescence, et non sur des soins de base.

On entend par « maison de convalescence » un établissement de soins de longue durée, tel qu'un sanatorium, un centre de soins infirmiers spécialisés ou un pavillon ou service hospitalier spécial, agréé par l'autorité compétente en matière de délivrance de permis et surveillé 24 heures sur 24 par des infirmières diplômées.

19) Examens radiologiques et autres services de laboratoire de diagnostic (en ce qui concerne les résidents de la province de Québec).

PRESTATIONS EXCLUES

- Services ou fournitures dans la mesure où ces prestations sont fournies au titre d'un régime provincial, d'un autre régime public ou d'une loi en vertu de laquelle la personne est ou pourrait être couverte, ou dans la mesure où ces prestations auraient été fournies si la personne avait satisfait aux exigences pour que les soins ou les services en question soient fournis au titre du régime ou de la loi.
- Frais de physiothérapie, de massothérapie ou de chiropraxie engagés à la suite d'un accident de la route.
- Marijuana médicale, sous toutes ses formes.
- Services ou fournitures pour lesquels les prestations d'assurance sont interdites par le

régime provincial, un autre régime public ou par la loi.

- Frais encourus en rapport avec une blessure ou une maladie liée à l'activité professionnelle.
- Certains frais, tels que décrits dans la police collective, encourus pour des soins ou des traitements fournis par le gouvernement.
- Tout ce qui n'est pas prescrit par un médecin ou nécessaire pour les soins médicaux ou de la vue.
- Le montant excédant les frais raisonnables et habituels (frais habituels en l'absence d'assurance) ne doit pas dépasser celui des frais pratiqués dans la région pour un service comparable par une personne de formation et d'expérience similaires, ou pour une fourniture comparable.
- Frais de chirurgie esthétique, sauf s'ils sont liés à un accident survenu pendant la période de couverture.
- Traitement des maladies parodontales ou périapicales ou de toute affection dentaire, des tissus ou structures environnantes, à l'exception de ce qui est décrit dans la section « Soins dentaires à la suite d'un accident ».
- Examens concernant les lunettes, sauf dans les cas décrits dans la rubrique « Soins de la vue ».
- Frais de « bilan de santé » (notamment dépistage, examens physiques de routine et études de recherche), sauf dans le cadre d'une maladie, d'une blessure ou d'une grossesse (soins prénatals et postnatals y compris).
- Consultations téléphoniques.
- Soins infirmiers, d'orthophonie ou de physiothérapie dispensés par vous-même, votre conjoint(e) ou un enfant, un frère, une sœur ou par l'un des membres de votre famille ou de celle de votre conjoint(e).

- Vitamines, minéraux, aliments et compléments alimentaires, qu'ils soient ou non prescrits pour une raison médicale.
- Services d'acupuncture.
- Services/fournitures dispensés à la suite de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- Services/fournitures dispensés à la suite de la perpétration, ou tentative de perpétration, d'une infraction criminelle ou de la provocation d'une agression, à l'exclusion des accusations liées à des infractions relatives à la conduite d'un véhicule à moteur avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la province de résidence de la personne assurée.
- Services et fournitures fournis en raison d'une blessure que la personne s'est infligée intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
- Frais pour lesquels le prestataire n'est pas tenu d'effectuer le paiement ou lorsque le paiement est reçu à la suite d'une action en justice ou d'un règlement.
- Médicaments sur ordonnance, tests médicaux, interventions chirurgicales et appareils considérés par le Régime comme expérimentaux et non reconnus par Santé Canada comme un traitement standard établi pour le traitement du problème médical.
- Frais de services reçus ou dispensés hors du Canada, en raison ou en relation à (i) une grossesse (y compris accouchement, fausse couche ou toute complication liée à une grossesse) et reçus ou dispensés après la 32e semaine de gestation ou (ii) la provocation délibérée d'une fausse couche.

Prestation de renvoi pour soins médicaux

(Résiliation : 80 ans)

La Prestation de renvoi pour soins médicaux couvre les frais médicaux et de transport raisonnables et habituels excédant les dépenses couvertes par le régime public d'assurance-maladie, le régime d'Assurance-maladie ou d'Assurance-maladie complémentaire de la personne couverte, pour cette dernière et pour une personne approuvée l'accompagnant, jusqu'à un montant maximal au cours de la vie de 75 000 \$ par personne, à la suite d'un renvoi pour soins médicaux en vue d'un traitement, et aux conditions suivantes :

- a) il ne doit pas y avoir de traitement disponible dans un périmètre de 500 kilomètres de votre domicile; et
- b) s'il est proposé, ce service d'aiguillage doit être fourni au Canada, indépendamment de toutes listes d'attente; et
- c) le traitement doit être recommandé par votre médecin traitant et par un spécialiste médical qualifié au Canada, dans un domaine médical connexe pertinent; et
- d) le service d'aiguillage doit pouvoir être remboursé et payé en tout ou en partie par votre régime public d'assurance-maladie ou votre régime d'Assurance-maladie (dans un cas comme dans l'autre, une autorisation écrite préalable décrivant les responsabilités du régime est exigée) ; et
- e) si votre régime public d'assurance-maladie, votre régime d'Assurance-maladie ou d'Assurance-maladie complémentaire couvre et rembourse l'intégralité des dépenses d'aiguillage médical, aucune prestation ne sera payable; et
- f) il ne doit pas s'agir d'un traitement à caractère expérimental ou d'investigation; et

- g) les services médicaux et le transport doivent avoir lieu dans les 30 jours suivant l'approbation de votre régime public d'assurance-maladie ou de votre régime d'Assurance-maladie, sauf si la date de traitement la plus proche possible dépasse 30 jours à compter de la date d'approbation; et
- h) l'aiguillage médical doit être préalablement approuvé, à la suite d'une demande de pré-approbation soumise par écrit à Global Excel, accompagnée des documents justificatifs.

Assurance-voyage pour urgence médicale hors de la province/du Canada

L'Assurance-voyage pour urgence médicale couvre les Adhérents retraités admissibles et leurs Personnes à charge admissibles pour certaines dépenses engagées à la suite d'une urgence lors d'un voyage en dehors de leur province. Cette Assurance-voyage est souscrite par la Compagnie d'assurance-vie Manufacturers (Manuvie). Manuvie a chargé Global Excel Management (Global Excel) de fournir tous les services d'assistance et de réclamation dans le cadre de la présente police.

Résiliation : 80 ans

Période de stabilité pour une maladie préexistante : 180 jours

Période de couverture : 60 jours par voyage

Numéro de police : DAT00013354

Le montant maximal de la couverture de l'Assurance-voyage pour urgence médicale hors de la province/du Canada s'élève à 5 millions de dollars par période couverte.

EN CAS D'URGENCE, VOUS DEVEZ APPELER IMMÉDIATEMENT GLOBAL EXCEL AVANT DE RECEVOIR DES SOINS. GLOBAL EXCEL EST DISPONIBLE 24 HEURES PAR JOUR, 7 JOURS PAR SEMAINE ET PEUT ÊTRE CONTACTÉ EN APPELANT :

Depuis le Canada et les États-Unis, appelez SANS FRAIS le 1 833 685-2790

Partout ailleurs dans le monde, appelez À FRAIS VIRÉS le + 519 735-9448

Avant d’obtenir des soins d’urgence, vous devez informer Global Excel pour :

- confirmer votre couverture
- obtenir l’approbation préalable des soins

S’il vous est médicalement impossible d’appeler avant de recevoir des soins d’urgence, faites-le dès que possible ou demandez à quelqu’un de le faire à votre place.

Si vous n’appellez pas Global Excel, l’Assureur se réserve le droit de restreindre vos prestations comme suit :

- l’Assureur ne paiera pas les dépenses se rapportant aux prestations qui ne sont pas approuvées par Global Excel, si une approbation préalable est requise; et
- en cas d’hospitalisation, il paiera 80 % des dépenses admissibles, en se basant sur les frais raisonnables et habituels, jusqu’à un montant maximal de 25 000 \$; et
- en cas de consultation médicale pour un patient non hospitalisé, il paiera un maximum d’une visite par maladie ou par blessure.

Vous aurez la responsabilité de payer le reste des frais.

Certains traitements nécessitent une autorisation préalable pour être couverts (pour plus de précisions, voir le livret complet de l’Assurance-voyage pour urgence médicale). Demandez-en un exemplaire à l’Administrateur du régime, ou téléchargez-le depuis le site Web du Régime à **www.ndtbenefits.org**

Si vous ne contactez pas Global Excel avant d'obtenir des soins, le traitement médical que vous recevrez pourrait ne pas être couvert par cette assurance.

Global Excel peut vous orienter vers un établissement médical ou un médecin dans la région où vous voyagez. Si vous contactez Global Excel au moment de l'urgence, vos dépenses couvertes seront payées directement à l'hôpital ou l'établissement médical, lorsque cela est possible.

L'Assurance-voyage est conçue pour couvrir les pertes survenues lors de circonstances soudaines et imprévisibles. Il est important de lire et de comprendre votre couverture avant de voyager, car elle est soumise à certaines restrictions et exclusions.

Des exclusions relatives aux problèmes de santé préexistants pourraient être applicables à certains troubles et/ou symptômes médicaux que vous présentiez avant de voyager. Reportez-vous au Tableau des prestations figurant en haut de votre carte-portefeuille d'assistance Manuvie/Global Excel pour savoir quelles sont les exclusions affectant votre couverture et dans quelle mesure elles concernent votre date de départ.

En cas de réclamation, vos antécédents médicaux seront examinés après que la demande aura été faite. Votre assurance fournit une assistance-voyage. Vous devez contacter Global Excel avant tout traitement. Ne pas le faire aura pour conséquence de limiter vos prestations.

La couverture est valable pour un nombre illimité de déplacements pendant la période couverte pour chaque voyage (60 jours par voyage); cependant, vous devez revenir dans votre province entre chaque voyage.

La couverture doit être en vigueur avant que vous ne quittiez votre province. Il n'est pas nécessaire de nous informer à l'avance de vos dates de départ et de retour pour chaque voyage. Cependant, en cas de réclamation, il vous sera demandé de fournir des preuves attestant ces dates, telles qu'un billet d'avion ou une carte d'embarquement.

Durant le voyage, l'Assuré(e) devrait porter sur lui (elle) la carte-portefeuille d'assistance Manuvie/Global Excel indiquant les numéros à appeler dans le monde pour bénéficier de la couverture d'Assurance-voyage pour urgence médicale. Ces cartes, ainsi que le Tableau des prestations et le livret complet de l'Assurance-voyage pour urgence médicale peuvent être obtenus auprès de l'Administrateur ou téléchargés à partir du site Web du Régime. **www.ndtbenefits.org**

Procédures de réclamation

(Urgence hors de la province/du Canada)

Il vous incombe de fournir tous les documents indiqués ci-dessous et de vous acquitter des frais éventuels liés à ces documents : Pour faire une réclamation :

Depuis le Canada ou les États-Unis, appelez sans frais le : 1 833 685-2790.

Partout ailleurs dans le monde, appelez à frais virés le : + 519 735 9448.

Durant votre appel, toutes les informations nécessaires pour faire une réclamation vous seront fournies.

Il vous sera demandé d'étayer votre réclamation en fournissant tous les documents requis. Si vous ne le faites pas, votre réclamation pourrait ne pas être payée. L'Assureur n'est pas responsable des honoraires facturés en rapport avec lesdits documents. Les réclamations incomplètes vous seront retournées afin d'être complétées.

Lorsque vous faites une réclamation, vous pourriez avoir à remplir un Formulaire de réclamation et autorisation, et à fournir des documents justificatifs, tels que :

- tous les billets et tickets de transport originaux non utilisés, en case de recours à la prestation de transport aérien d'urgence ou de retour du compagnon de voyage.

- toutes les factures détaillées originales du (des) fournisseur(s) de soins médicaux, indiquant le nom du patient, son diagnostic, tous les types et dates de traitement, ainsi que le nom de l'hôpital ou établissement médical et/du médecin.
- tous les reçus originaux des médicaments sur ordonnance (pas de reçus pour encaissement en espèces) obtenus d'un pharmacien, d'un médecin, d'un hôpital indiquant le nom du médecin délivrant l'ordonnance, le numéro d'ordonnance, le nom de la préparation, la date, la quantité et le coût total.
- les documents prouvant vos dates de départ et de retour. Les cartes d'embarquement sont préférables, mais les billets d'avion ou autres documents prouvant la date de départ de votre province sont acceptables, à condition d'indiquer votre nom, ainsi que le lieu et la date d'achat.
- tout autre document supplémentaire pertinent dans le cadre de votre réclamation et requis par Global Excel.

Ne pas remplir entièrement le Formulaire de réclamation et autorisation risque de retarder l'évaluation de votre demande.

Sauf indication contraire, toutes les sommes mentionnées dans le présent Régime font référence à la monnaie canadienne. Si vous payez une dépense couverte dans une devise autre que la monnaie canadienne, vous serez remboursé(e) en monnaie canadienne selon le taux de change à la date où la demande de paiement est présentée. La présente assurance ne versera pas d'intérêt.

Tous les documents pertinents doivent être adressés à :

Global Excel Management Inc.
73 Queen St., Sherbrooke, Québec J1M 0C9

Envoi de réclamations en ligne :

Visitez **<https://manulife.acmtravel.ca>** pour soumettre votre réclamation en ligne. Pour

soumettre vos réclamations plus rapidement et facilement, veuillez à avoir sous la main tous vos documents sous format électronique, PDF ou JPEG.

SOINS DE LA VUE

Pour les Adhérents retraités et leurs Personnes à charge

350 \$ pour une paire de lunettes par période de 24 mois consécutifs, y compris les frais d'examen (lorsqu'ils ne sont pas couverts par votre régime provincial), les montures, les lentilles et les frais d'exécution d'ordonnance. Cette limite s'applique également aux lentilles de contact achetées au lieu de lunettes, à moins qu'elles ne soient la seule solution disponible pour rétablir l'acuité visuelle du meilleur œil à au moins 20/70, ou si elles sont achetées à la suite d'une opération de la cataracte.

Veuillez noter que les frais liés à l'achat de lunettes de soleil (avec ou sans ordonnance) ou de lunettes de sécurité ne sont pas couverts. Toutefois, les lunettes de sécurité prescrites sur ordonnance font partie des dépenses admissibles.

SOINS DENTAIRES

Pour les Adhérents retraités et leurs Personnes à charge

Vous et vos Personnes à charge admissibles serez couverts par le régime de Soins dentaires. Vous devez être en mesure de prouver que les individus désignés comme Personnes à charge dépendent effectivement de vous.

Pourcentage payable :

100 % pour les services de base

100 % pour les restaurations majeures

Franchise : néant

Maximum combiné par année civile : 2 000 \$/famille

Définition d'un dentiste

Le terme « Dentiste » désigne un dentiste légalement qualifié, exerçant dans le cadre de son permis. Aux fins du présent Régime, le terme « Dentiste » fait également référence à un médecin légalement qualifié et autorisé à fournir le service en question, à un prothésiste dentaire, à un denturologue, à un hygiéniste ou à un mécanicien dentaire autorisé, exerçant dans les limites de son permis.

Un grand nombre d'affections dentaires peuvent être traitées de plusieurs manières. Le présent Régime est conçu pour aider à payer les dépenses dentaires; toutefois, le traitement ne doit pas être plus coûteux que nécessaire pour des soins dentaires de qualité.

Par conséquent, si pour traiter une affection, deux services ou plus figurant dans le tableau sont appropriés dans le cadre des pratiques dentaires habituelles, la prestation versée par le Régime sera calculée en fonction du service le moins onéreux.

Estimation préalable des frais pour restauration majeure

Avant le début du traitement, le dentiste doit fournir un récapitulatif des frais pour les soins dentaires proposés. Le Régime fournira alors une estimation écrite du montant maximal pour lequel le paiement sera effectué.

Le « Plan de traitement » est constitué par le rapport du dentiste qui (a) détaille les services recommandés, (b) indique le tarif de chaque service, et (c) est accompagné des radiographies justificatives.

Définition des « Frais admissibles »

Les « Frais admissibles » sont ceux facturés par le dentiste à l'Assuré(e) pour un service dentaire de base ou une restauration majeure couverts, fournis à un Adhérent(e) retraité (de) ou à une Personne à charge couverte, à condition que le service :

- figure dans le Barème d'honoraires applicable;

- fasse partie d'un « Plan de traitement » tel que décrit ci-dessus, et
- ne soit pas exclu en vertu de la rubrique « Limites » ci-dessous.

Le montant des frais admissibles pour un service couvert, à l'exception de l'orthodontie, est égal au montant facturé par le dentiste, mais ne doit pas dépasser le montant prévu pour le service en question dans le Barème d'honoraires applicable.

Les frais sont considérés comme encourus à la date où le service est effectué, plutôt qu'à la date de facturation.

SERVICES DE BASE - remboursés à 100 % (à hauteur du montant maximal prévu par le Régime)

Consultations et examens

- Examens standard ou de rappel (limités à un par année civile, et à deux par année civile pour les enfants jusqu'à leur treizième anniversaire)
- Visite pendant les heures ouvrables pour soigner des blessures (autres que pour des procédures opératoires de routine)
- Prophylaxie - détartrage et polissage y compris (limité à deux fois par an)
- Application topique de fluorures (limitée à deux fois par an)
- Traitement palliatif d'urgence
- Consultation d'un spécialiste lorsque le diagnostic a été formulé par un dentiste généraliste

X- Radiographies et pathologie

- Cliché unique
- Clichés supplémentaires (jusqu'à 12)
- Série complète - 14 clichés ou plus (limité à une fois tous les 3 ans)

- Radiographies interproximales (limités à deux fois par an)
- Biopsie et examen du tissu buccal
- Examen microscopique
- Restaurations

Restaurations en amalgame et en composite uniquement si elles s'avèrent nécessaires en raison d'une carie ou d'une lésion traumatique

Chirurgie buccale (*anesthésie locale et soins postopératoires inclus*)

- Extractions
- Sans complication
- Extraction chirurgicale de dents sorties et incluses
- Visites postopératoires (sutures et complications) après extractions multiples et rétention dentaire

Autres interventions de chirurgie buccale

- Incision et drainage d'abcès
- Ablation d'un kyste ou d'une tumeur
- Exposition chirurgicale d'une dent
- Alvéoloplastie
- Gingivoplastie et/ou stomatoplastie
- Ostéoplastie
- Frénectomie
- Alvéoplastie
- Sinusotomie maxillaire pour extraction d'un fragment de dent ou d'un corps étranger
- Suture, lésion des tissus mous

Parodontie

- Curetage sous-gingival, surfaçage radiculaire (limité à 16 unités par an)
- Gingivectomie
- Endodontie
- Coiffage pulpaire
- Canaux radiculaires (radiographies et cultures nécessaires y comprises)
- Apicoectomie
Réparation de prothèses dentaires (acrylique)
- Rebasage et remarginage des prothèses dentaires (limité à une fois tous les deux ans)
- Ajout de dents à une prothèse partielle pour remplacer des dents naturelles extraites, uniquement si celles-ci ont été retirées alors que l'Assuré(e) bénéficiait de la couverture de ce Régime.

Appareil de maintien en position - fixe (type bande)
limité aux enfants de moins de 21 ans.

Anesthésie générale (seulement en cas de chirurgie buccale)

Restaurations majeures - remboursées à 100 % à l'exception de (a), (b) et (c) ci-dessous (montant maximal prévu par le Régime)

Exceptionnellement, un remboursement maximal ne dépassant pas 70 % du montant indiqué dans le Barème d'honoraires peut être applicable si :

- (a) le remplacement est rendu nécessaire par la mise en place initiale d'une prothèse complète opposée à la suite de l'extraction d'une ou de plusieurs dents naturelles;
- (b) la prothèse est une plaque de maintien et est remplacée par une prothèse permanente, ou ;

(c) la prothèse, lorsqu'elle se trouve dans la cavité buccale, a été endommagée au point d'être irréparable à la suite d'une blessure survenue pendant la période d'assurance.

Incrustations et couronnes (non couvertes si les dents peuvent être restaurées avec un matériau d'obturation)

- Incrustations intrinsèques et extrinsèques
- Couronnes - Acrylique, acrylique avec métal, porcelaine, porcelaine avec métal, or, goujon en or, facettes et tenon et âme en métal.

Pontiques (dents artificielles)

- Or coulé, porcelaine fusionnée à l'or, plastique mélangé à l'or.

Pont amovible (unilatéral)

- Coulé en une seule pièce, pièce d'adjonction à crochet en or ou en alliage de chrome-cobalt (tous les types).

Prothèses dentaires (techniques spécialisées non admissibles)

- Complète supérieure ou inférieure
- Prothèses partielles
- La réparation des prothèses partielles est limitée à deux fois par année civile

Le maximum payable pour les services de base et les restaurations majeures (combinés) s'élève à 2 000 \$ par famille et par année civile.

LIMITES

Veillez noter les exclusions suivantes :

- Tout ce qui n'est pas fourni par le dentiste, à l'exception des radiographies prescrites par celui-ci. Tout ce qui n'est pas nécessaire ou

habituellement fourni dans le cadre de soins dentaires.

- Services (a) fournis par ou pour un gouvernement, à moins que le paiement ne soit légalement requis, ou (b) dans la mesure où ils sont fournis dans le cadre d'un programme public ou d'une loi en vertu de laquelle l'individu est, ou pourrait être, couvert.
- Prothèse dentaire ou pont fixe impliquant le remplacement de dents extraites avant que la personne ne soit couverte, à moins que ce ne soit pour remplacer également une dent extraite alors que cette personne bénéficiait de la couverture et à condition que cette dent ne serve pas de pilier à une prothèse dentaire ou à pont fixe posé au cours des cinq années précédentes.
- Services à la suite d'un accident dans le cadre de l'activité professionnelle ou d'une maladie couverte par la Loi sur les accidents du travail (Workers' Compensation) ou une loi similaire.
- Remplacement d'appareils volés ou perdus ou restaurations servant à la pose d'une attelle dentaire, à l'augmentation de la dimension verticale ou au rétablissement de l'occlusion dentaire.
- Toute partie du coût d'un service dépassant le Barème d'honoraires applicable de l'organisme provincial de réglementation des soins dentaires.
- Services esthétiques, sauf s'ils s'avèrent nécessaires à la suite d'un accident survenu pendant la période de couverture. (Les revêtements des couronnes ou des pontiques postérieurs à la deuxième prémolaire sont toujours considérés comme cosmétiques, tout comme le plastique, la porcelaine ou d'autres matériaux fusionnés à l'or sur les couronnes ou les pontiques des molaires).
- Services effectués à la suite d'une guerre, d'une insurrection, de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire, de la perpétration ou

tentative de perpétration d'un acte criminel ou de la provocation d'une agression, à l'exclusion des accusations liées à la conduite d'un véhicule à moteur avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise dans la province de résidence de l'Assuré(e), ou d'une blessure auto-infligée.

- Duplication récente des services par le même dentiste ou par un dentiste différent.
- Endodontie et adaptation des prothèses hybrides.
- Traitement fourni ou débuté avant la date d'assurance du Régime.
- Si des frais particuliers sont couverts dans le cadre des Soins dentaires ainsi que par une autre partie du Régime, le paiement effectué par l'assurance dentaire se limitera à l'excédent éventuel du montant normalement payé par cette assurance par rapport au montant payé en vertu de l'autre prestation.

COMMENT FAIRE UNE RÉCLAMATION

Les reçus des dépenses d'Assurance-maladie complémentaire ou de Soins de la vue peuvent être directement soumis pour remboursement (à l'exception des réclamations pour Soins dentaires) via GreenSheild+

Autrement, les formulaires de réclamations pour les prestations d'Assurance-maladie complémentaire peuvent être obtenus auprès de l'Administrateur ou sur le site Web du Régime. www.ndtbenefits.org

Les formulaires standard de réclamation de Soins dentaires sont habituellement fournis par votre dentiste, mais si vous en avez besoin, ils peuvent aussi être obtenus auprès de l'Administrateur du régime.

Toutes les réclamations doivent être reçues par l'Administrateur du régime dans les 24 mois suivant la date d'achat/de prestation pour être prises en considération dans le cadre du remboursement.

COORDINATION DES PRESTATIONS :

- 1) Lors de l'organisation des paiements de prestations, l'administrateur respectera les critères établis dans les directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP) en vigueur à la date où la dépense admissible a été engagée.
- 2) Si l'Adhérent(e) retraité(e) ou la Personne à charge est également couvert(e) par le régime de son (de sa) conjoint(e) ou par tout autre régime collectif offrant des prestations similaires, le paiement sera coordonné et/ou réduit dans la mesure où les prestations payables par les deux régimes ne dépassent pas 100 % des dépenses admissibles (pour les soins dentaires, le Guide d'honoraires est applicable).
- 3) Le régime déterminant les prestations en premier (l'assureur principal) calculera ces dernières comme s'il n'y avait pas de double couverture.
- 4) Le régime déterminant les prestations en second lieu (l'assureur secondaire) limitera ses prestations au moindre des deux montants suivants :
 - a) le montant qui aurait été payable s'il avait été l'assureur principal, ou
 - b) 100 % de toutes les dépenses admissibles, déduction faite de toutes les autres prestations payables pour les mêmes frais par l'assureur principal.
- 5) Si l'autre régime ne prévoit pas de clause de coordination des prestations, le paiement au titre de ce régime devra être effectué avant que le présent Régime ne réalise le paiement au titre de la présente disposition.
- 6) Les régimes d'Assurance-maladie complémentaire avec couverture des accidents dentaires déterminent les prestations avant les régimes de Soins dentaires.

- 7) Si l'ordre de priorité ne peut être établi de la manière indiquée ci-dessus, les prestations seront calculées au prorata des montants qui auraient été versés s'il n'y avait eu que cette couverture.
- 8) Lorsque les prestations ont été versées à l'Adhérent(e) retraité(e) jusqu'à concurrence de la franchise du régime provincial, le Régime s'acquittera de sa part des dépenses admissibles en fonction du pourcentage de remboursement prévu.
- 9) L'Adhérent(e) retraité(e) fournira les renseignements nécessaires à l'application de cette disposition. Il incombe à l'Adhérent(e) retraité(e) de produire une copie du formulaire de réclamation original et du relevé de versement ou du talon de chèque au moment de présenter une autre demande de remboursement en vertu de cette disposition.

Au moment d'envoyer vos réclamations admissibles, veuillez vous assurer d'indiquer :

- Votre nom (en caractères d'imprimerie)
- Votre adresse
- Votre numéro d'identifiant client (figurant sur votre carte-portefeuille)

Toutes les réclamations doivent être adressées, ainsi que les reçus pertinents, à GreenShield+.

DÉPÔT DIRECT

Vous pouvez maintenant demander à ce que vos remboursements de réclamations soient directement déposés sur votre compte bancaire en remplissant le Formulaire d'Inscription au Dépôt direct, disponible sur le site www.ndtbenefits.org.

Vous pouvez également mettre à jour vos informations de dépôt direct sur GreenShield+.

GREENSHIELD+

Si vous avez besoin d'aide pour utiliser GreenShield+, consultez ndtbenefits.org/gsc/. Sur cette page, vous trouverez des tutoriels vidéo sur :

- l'inscription à un compte ;
- la soumission d'une réclamation ;
- la vérification de la couverture ;
- la consultation de l'historique des réclamations.

Si vous avez besoin d'aide pour utiliser le site web ou l'application GreenShield+, vous pouvez appeler GreenShield Canada au 1-888-711-1119.

Pour télécharger l'application mobile GreenShield+ :

[Lien vers l'App Store d'Apple](#)

[Lien vers Google Play](#)

DROIT À UN EXEMPLAIRE DES INFORMATIONS

En vertu de la réglementation sur les normes d'assurance, comme l'Insurance Act (BC), les employés ont le droit de demander certains renseignements concernant les prestations assurées (assurance-vie et assurance voyage pour soins médicaux d'urgence), y incluant une copie de la police d'assurance.

La premier exemplaire sera fourni gratuitement à l'employé, et des frais pourront être exigés pour toute copie supplémentaire. Toute demande de copie de documents doit être adressée par écrit au Bureau d'administration du régime.

LIMITES DE TEMPS

Les demandes de certaines prestations doivent être déposées dans les heures indiquées dans ce livret ou dans les politiques et contrats d'assurance concernés. Le défaut de déposer une réclamation dans ces délais pourraient causer votre réclamation d'être refusée. Toute action ou procédure contre le Régime pour le paiement des prestations doit être commencé dans les délais de prescription prévus par les polices ou les contrats d'assurance concernés, le statut de prescription applicable (par exemple, Limitations Act (BC)) ou la législation sur les normes d'assurance (par exemple, Insurance Act (BC)). Chaque employé est responsable d'obtenir des conseils juridiques indépendants à l'égard de ces délais de prescription.

CONFLIT

Dans la mesure où il existe un conflit entre le contenu de ce livret et une disposition de la convention de fiducie, d'une police d'assurance ou d'un contrat de prestations applicable, ou d'une législation applicable, la disposition de la convention de fiducie, d'une police d'assurance, d'un contrat de prestations ou de la législation applicable (selon le cas) prévaudra.

PAS UN CONTRAT D'ASSURANCE

Ce livret ne doit pas être considéré comme un contrat ou une police d'assurance. Les modalités complètes de toute prestation assurée sont énoncées dans les polices d'assurance collective émises aux fiduciaires.

Prestations assurées par :

**Assurance-vie
Canada Vie
n° 177272**

**Régime d'assurance-maladie du
secteur des END n° 52567**

Assurance-maladie
complémentaire pour les
Soins de la vue
Soins dentaires

**Assurance-voyage Groupe
Manuvie n° DAT00013354**

Global Excel Management Inc.
Assurance-voyage pour urgence médicale
hors de la province/du Canada - Prestation
de renvoi pour soins médicaux

TELUS Santé n° 4242

L'ADMINISTRATEUR

The McAteer Group of Companies

45 McIntosh Drive
Markham, Ontario
L3R 8C7

Téléphone : 1-888-278-9003

Télécopie : 905-946-2535

Courriel : questions@ndtbenefits.org

www.ndtbenefits.org