

GUIDE DU RÉGIME BÉNÉFICES DGC

DÉTAILS SUR LE RÉGIME

1er janvier au 31 décembre 2027

beneficesdgc.ca

Mis à jour le 26 octobre 2026

Anjali Nayar, *réalisatrice, GCR Québec*
Sur un plateau de tournage
Crédit photo : *Jared Abe*

DGC
BÉNÉFICES

Table des matières

Fonctionnement du régime *Bénéfices* DGC 3
Coup d'œil sur votre protection 4
Rudiments du régime *Bénéfices DGC* 9
Réserve en dollars 14
Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) 17
Soins de santé 21
Soins dentaires 31
Soins d'urgence à l'étranger/hors de la province 37
Assurance invalidité de courte durée 40
Assurance vie 47
Assurance en cas de décès et mutilation accidentels (DMA) 49
Assurance maladies graves 53
Experts médicaux de Teladoc 63
Soins de santé virtuels Consult+ 65
Programme d'aide aux membres et à la famille (PAM) et plus encore 67
Déposer vos demandes de règlement 71
Pour en savoir plus 77
Rôles et responsabilités 78
Confidentialité 79
Le mot de la fin 79

VEUILLEZ NOTER : Le présent document a été conçu dans le but de vous présenter un survol suffisamment complet et facile à comprendre du régime *Bénéfices DGC*, le programme d'avantages sociaux que vous procure la Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde canadienne des réalisateurs. Ce document ne confère aucune obligation ni aucun droit contractuel. On peut trouver toutes les dispositions des régimes individuels dans les contrats d'assurance et les documents de police officiels. Si le contenu du présent document diverge du libellé des contrats officiels, les clauses des contrats prévalent dans tous les cas.

Fonctionnement du régime Bénéfices DGC

Coup d'oeil sur le fonctionnement du régime.

CONTRIBUTIONS DES PRODUCTEUR·TRICES

Les producteur·trices versent des contributions au régime *Bénéfices DGC* en fonction des taux négociés par la Guilde et de vos heures de travail.

VOTRE NIVEAU DE COUVERTURE AUTOMATIQUE

Déterminé en fonction de vos contributions des producteur·trices des 24 mois précédents (au 30 juin) ou du statut de Membre à vie. Si vos contributions des producteur·trices s'élèvent à :

- >=1 230 $ au cours des 5 années antérieures — **COUVERTURE DE BASE**
- 1 340 $ - 3 559,99 $ — **NIVEAU I**
- 3 560 $ - 5 899,99 $ — **NIVEAU II**
- 5 900 $ ou plus — **NIVEAU III**
- 65 ans ou + et membre depuis au moins 10 années consécutives* — **MEMBRE À VIE**
  - **MEMBRE À VIE**
  - **COUVERTURE MEMBRE À VIE AMÉLIORÉE**

VOTRE RÉSERVE EN DOLLARS – VOUS CHOISISSEZ COMMENT ET QUAND LA DÉPENSER!

Pour connaître le fonctionnement de la réserve en dollars, consultez la page 14.

- **CONSERVER POUR DES ANNÉES FUTURES**
- **COMPTE DE GESTION DES DÉPENSES SANTÉ (CGDS)**
- **PASSER À UN NIVEAU DE COUVERTURE SUPÉRIEUR**

*NOTE: Pour obtenir la couverture Membre à vie, vous devez être reconnu·e Membre à vie par la Guilde. (Être un·e membre actif·ve et en règle depuis au moins 10 années consécutives à la date de votre 65e anniversaire, ou accumuler au moins 10 années consécutives d'adhésion en règle à tout âge par la suite.)

Coup d'œil sur votre protection

Les tableaux suivants présentent un sommaire des garanties seulement. Veuillez consulter la section applicable dans le guide pour obtenir des renseignements plus détaillés.

	COUVERTURE DE BASE	NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III	MEMBRE À VIE*	COUVERTURE MEMBRE À VIE AMÉLIORÉE
Assurance vie	**Membre seulement :** 10 000 $	**Membre seulement :** 50 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans	**Membre** : 75 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans **Conjoint·e** : 10 000 $ **Enfant** : 5 000 $	**Membre** : 125 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans **Conjoint·e** : 20 000 $ **Enfant** : 10 000 $	**Membre seulement** : 50 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans	**Membre seulement** : 50 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans
Assurance maladies graves	s.o.	s.o.	**Membre** : 25 000 $ **Conjoint·e** : 5 000 $ **Enfant** : 2 500 $ La protection prend fin à 70 ans	**Membre** : 50 000 $ **Conjoint·e** : 10 000 $ **Enfant** : 5 000 $ La protection prend fin à 70 ans	s.o.	s.o.
Invalidité de courte durée La garantie est en fonction du niveau de couverture automatique et ne s'applique pas si la couverture est améliorée.	s.o.	s.o.	**Membre seulement** : Jusqu'à 26 semaines à 320 $/semaine; La protection prend fin à 75 ans	**Membre seulement** : Maximum de 1 400 $/sem. Jusqu'à 26 semaines La protection prend fin à 75 ans	s.o.	s.o.
Assurance accident (DMA)	**Membre seulement :** 10 000 $	**Membre seulement** : Maximum de 50 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans	**Membre seulement** : Maximum de 75 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans	**Membre seulement** : Maximum de 125 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans	**Membre seulement** : 50 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans	**Membre seulement** : 50 000 $ Ramenée à 20 000 $ à 80 ans

*Si vous êtes un·e Membre à vie et que vous habitez à l'extérieur du Canada (autrement dit, vous êtes un·e Membre à vie International·e), vous avez droit à l'assurance vie seulement. Vous n'êtes pas admissible à l'assurance maladies graves, à l'assurance invalidité de courte durée, à l'assurance DMA, à la couverture pour soins médicaux d'urgence à l'étranger, aux services Teladoc et Consult+ ou au Programme d'aide aux membres et à la famille.

	COUVERTURE DE BASE	NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III	MEMBRE À VIE	COUVERTURE MEMBRE À VIE AMÉLIORÉE
Soins médicaux d'urgence à l'étranger	s.o.	s.o.	Voyage d'une durée maximale de **90** jours	Voyage d'une durée maximale de **90** jours	Voyage d'une durée maximale de **90** jours	Voyage d'une durée maximale de **90** jours
			100 % – Maximum viager de 5 M $ par personne (jusqu'à 1 M $ entre 70 et 79 ans) La protection prend fin à 80 ans		Même couverture que pour les Niveaux II et III ←	Même couverture que pour les Niveaux II et III ←
Experts médicaux de Teladoc	s.o.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Soins de santé virtuels Consult+	s.o.	Oui – Prévoit un accès sécurisé en ligne, jour et nuit et sur demande, à des professionnel·les de la santé au Canada pour l'obtention de diagnostics et de conseils, de médicaments (nouvelles ordonnances et renouvellements), de réquisitions de laboratoire et d'imagerie et de renvoi vers des spécialistes.				
Programme d'aide aux membres et à la famille	Oui – Comprend les services de counseling et d'aiguillage pour les membres et leur famille, ainsi qu'une couverture pouvant atteindre 10 000 $ pour le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie, que ce soit en établissement ou à titre ambulatoire, pour les membres seulement (maximum viager).					

*Si vous êtes un·e Membre à vie et que vous habitez à l'extérieur du Canada (autrement dit, vous êtes un·e Membre à vie International·e), vous avez droit à l'assurance vie seulement. Vous n'êtes pas admissible à l'assurance maladies graves, à l'assurance invalidité de courte durée, à l'assurance DMA, à la couverture pour soins médicaux d'urgence à l'étranger, aux services Teladoc et Consult+ ou au Programme d'aide aux membres et à la famille.

	COUVERTURE DE BASE	NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III	MEMBRE À VIE	COUVERTURE MEMBRE À VIE AMÉLIORÉE
SOINS DENTAIRES						
Qui est assuré·e	s.o.	**Membre**	**Membre et famille**	**Membre et famille**	**s.o.**	**Membre et famille**
Plafond annuel combiné	s.o.	s.o.	1 500 $ par personne par année pour tous les services dentaires combinés	s.o.	s.o.	1 500 $ par personne par année pour tous les services dentaires combinés
Soins dentaires de base	s.o.	100 % d'un examen par année civile Détails à la p. 31	70 %	90 %; maximum de 2 500 $ par personne par année, combinés avec les traitements parondontaux et endodontiques	s.o.	70 %
Restaurations majeures	s.o.	s.o.	50 %	50 %; maximum de 2 500 $ par personne par année	s.o.	50 %
Traitements parodontaux et endodontiques	s.o.	s.o.	70 %	90 %; maximum de 2 500 $ par personne par année, combinés avec les soins dentaires de base	s.o.	70 %
Traitements orthodontiques	s.o.	s.o.	s.o.	50 %; plafond viager de 2 500 $ par personne	s.o.	s.o.

	COUVERTURE DE BASE	NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III	MEMBRE À VIE	COUVERTURE MEMBRE À VIE AMÉLIORÉE
SOINS DE SANTÉ						
Qui est assuré·e	s.o.	**Membre**	**Membre et famille**	**Membre et famille**	**Membre et famille**	**Membre et famille**
Remboursement (à moins d'indication contraire ci-dessous)	s.o.	70 % Plafond de 250 000 $ par année	75 % Plafond de 250 000 $ par personne/année	90 % Plafond de 250 000 $ par personne/année	100 % Jusqu'à 100,000 $ par personne/année	75 % Jusqu'à 100,000 $ par personne/année
Médicaments sur ordonnance (carte-médicaments fournie) Des règles différentes s'appliquent aux résident·es du Québec (voir la page 22)	s.o.	70 % du médicament de rechange le moins coûteux	75 % du médicament de rechange le moins coûteux 100 % après avoir payé 1 000 $ par personne/année	80 % du médicament de rechange le moins coûteux 100 % après avoir payé 1 000 $ par personne/année	s.o.	75 % du médicament de rechange le moins coûteux 100 % après avoir payé 1 000 $ par personne/année
Service d'ambulance	s.o.	70 %	70 %	80 %	70 %	70 %
Hôpital	s.o.	70 % chambre à deux lits	75 % chambre à deux lits	100 % chambre à deux lits	100 % chambre à deux lits	100 % chambre à deux lits
Soins infirmiers à domicile	s.o.	Maximum de 10 000 $ par année	Maximum de 10 000 $ par personne/année	Maximum de 10 000 $ par personne/année	Maximum de 10 000 $ par personne/année	Maximum de 10 000 $ par personne/année
Fournitures médicales	s.o.	70 %	75 %	90 %	s.o.	75 %

*Une option « médicaments seulement » est offerte pour les membres du Québec qui ne sont pas admissibles à la garantie de médicaments sur ordonnance en vertu de leur niveau de couverture automatique et qui ne veulent pas passer à un niveau de couverture supérieur pour l'obtenir. Pour plus de détails, voir *Assurance médicaments pour les membres du Québec* à la page 22.

	COUVERTURE DE BASE	NIVEAU I	NIVEAU II	NIVEAU III	MEMBRE À VIE	COUVERTURE MEMBRE À VIE AMÉLIORÉE
Soins de la vue Examens de la vue	s.o.	100 % jusqu'à 100 $ par 24 mois	100 % jusqu'à 100 $ par personne/24 mois	100 % jusqu'à 100 $ par personne/24 mois	100 % jusqu'à 100 $ par personne/24 mois	100 % jusqu'à 100 $ par personne/24 mois
Lunettes, lentilles cornéennes	s.o.	100 % jusqu'à 400 $ par 24 mois	100 % jusqu'à 400 $ par personne/24 mois	100 % jusqu'à 500 $ par personne/24 mois	100 % jusqu'à 400 $ par personne/24 mois	100 % jusqu'à 400 $ par personne/24 mois
Chirurgie oculaire au laser	s.o.	s.o.	s.o.	Maximum viager de 2 000 $	s.o.	s.o.
Soins de psychologues	s.o.	70 % Jusqu'à 3 000 $ par année	70 % Jusqu'à 3 000 $ par personne par année	75 % Jusqu'à 3 000 $ par personne par année	s.o.	70 % Jusqu'à 3 000 $ par personne par année
Services paramédicaux	s.o.	s.o.	65% jusqu'à 1 500 $ par personne par année pour tous les services combinés	75 % jusqu'à 1 500 $ par personne par année pour tous les services combinés	s.o.	65% jusqu'à 1 500 $ par personne par année pour tous les services combinés
Prothèses auditives	s.o.	1 000 $ par période de 5 ans	1 000 $ par personne, par période de 5 ans	1 000 $ par personne, par période de 5 ans	1 000 $ par personne par période de 5 ans	1 000 $ par personne par période de 5 ans

Rudiments du régime *Bénéfices DGC*

- Admissibilité
- Maintien de votre couverture
- Contributions des producteur·trices
- Déterminer les niveaux de couverture
- Couverture Membre à vie
- Changements de situation personnelle
- Amélioration de ma couverture
- Personnes à charge admissibles

ADMISSIBILITÉ

Les protections du régime *Bénéfices DGC* sont offertes à tous et toutes les membres de la Guilde canadienne des réalisateurs (GCR) qui :

- sont des membres actif·ves et en règle ou des membres à vie;
- peuvent fournir à la GCR une adresse résidentielle canadienne principale; et
- sont admissibles à leur régime d'assurance-maladie provincial ou y ont accès.

La protection est assujettie à des limites d'âge, qui sont décrites dans cette brochure, et aux dispositions des sections *Amélioration de votre couverture* et *Coûts applicables pour améliorer votre couverture si vous n'êtes pas admissibles aux couvertures mentionnées ci-dessus*. (Reportez-vous aux pages 12 et 13 pour plus de détails.)

Si vous êtes un·e nouveau·elle membre de la Guilde – ou un·e membre qui est redevenu·e en règle – votre protection en vertu du régime Bénéfices DGC prendra effet à la date où vous devenez un·e membre en règle. (Pour les membres qui améliorent leur couverture, l'assurance maladies graves prend effet à la date où vous en faites la demande à AGA Assurances collectives et payez pour la couverture.)

MAINTIEN DE VOTRE COUVERTURE

Si vous êtes en congé parental, votre couverture sera maintenue selon le niveau de votre couverture par défaut au moment de:

- la date de naissance de votre enfant, pour les parents biologiques;
- la date de la tutelle légale, pour les parents adoptifs.

Ce niveau de couverture restera en vigueur pendant deux cycles d'inscription à l'assurance à compter du 1er janvier suivant la date de naissance de votre enfant ou la date de la tutelle légale.

Si votre demande de prestations d'invalidité a été approuvée pour une période supérieure à trois mois, votre couverture sera maintenue selon le niveau de votre couverture par défaut à la date de l'invalidité. Ce niveau de couverture restera en vigueur pendant deux cycles d'inscription à l'assurance à compter du 1er janvier suivant la date du début de votre congé d'invalidité.

Si vous recevez des prestations d'un régime provincial de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail depuis plus de trois mois en raison d'une blessure survenue pendant que vous travailliez dans le cadre d'un contrat d'engagement de la Guilde, votre couverture sera maintenue selon le niveau de votre couverture par défaut à la date de votre blessure. Ce niveau de couverture demeurera en vigueur pendant un maximum de deux cycles d'inscription à l'assurance à compter du 1er janvier suivant la date du début de votre congé d'invalidité.

Critères d'admissibilité :

- la blessure doit être survenue pendant que vous travailliez dans le cadre d'un contrat d'engagement de la Guilde;
- vous devez recevoir des prestations d'un régime provincial de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail depuis plus de trois mois; et
- après avoir reçu ces prestations pendant au moins trois mois, vous devez en faire parvenir la preuve (sous forme, par exemple, d'un relevé du régime provincial de sécurité professionnelle et d'assurance contre les accidents du travail) à AGA Assurances collectives (dgc@aga.ca).

CONTRIBUTIONS DES PRODUCTEUR·TRICES

Le régime *Bénéfices DGC* est financé à l'aide des contributions des producteur·trices (et des contributions de certain·es membres du Québec qui sont tenu·es d'en verser en vertu de certaines conventions collectives applicables), ainsi que de toute prime que vous payez pour améliorer votre couverture. Les producteur·trices contribuent au régime *Bénéfices DGC* selon les taux de contribution négociés par la Guilde.

DÉTERMINER LES NIVEAUX DE COUVERTURE

Chaque année, vous recevrez un niveau de couverture « automatique » en fonction des contributions des producteur·trices qui ont été versées en votre nom au cours des 24 mois précédents (se terminant le 30 juin). Pour l'année du régime 2027, nous utiliserons donc vos contributions des producteur·trices pour la période du 1er juillet 2024 au 30 juin 2026 (y compris les contributions versées au cours des deux années précédant le début de votre adhésion en tant que membre de la Guilde).

Bien entendu, si vous venez de vous inscrire à la Guilde et que vous n'avez pas d'antécédents de contributions, votre niveau de couverture automatique sera déterminé différemment. Il sera établi en fonction des contributions reçues jusqu'au 30 juin de votre année d'adhésion.

Les nouveaux et nouvelles membres obtiennent au moins la Couverture de base pour l'année où ils et elles s'inscrivent à l'assurance et pour l'année suivante.

Il y a trois niveaux de couverture automatiques. Plus vos contributions des producteur·trices sont élevées, plus votre niveau de couverture l'est aussi (tout en étant aussi plus généreux).

Le tableau ci-dessous fait état du niveau auquel vous êtes admissible en fonction de vos contributions des producteur·trices.

Si vos contributions des producteur·trices pour la période de 2024-2025 et 2025-2026 totalisent…	Pour 2027, vous détiendrez la couverture automatique…
1 340,00 à 3 559,99 $	Niveau I
3 560,00 à 5 899,99 $	Niveau II
5 900,00 $ ou plus	Niveau III

Si vous avez moins de 1 340 $ de contributions des producteur·trices au cours des deux dernières années, les contributions des cinq dernières années seront prises en compte et, si ces contributions s'élèvent à au moins 1 230 $, vous obtiendrez la Couverture de base.

Il importe de signaler que les contributions des producteur·trices utilisées pour déterminer votre niveau de couverture automatique ne reflètent pas nécessairement le coût véritable de votre niveau de couverture.

COUVERTURE MEMBRE À VIE

Vous êtes admissible à la couverture Membre à vie si vous êtes reconnu·e Membre à vie par la Guilde. Pour ce faire, vous devez être un·e membre actif·ve et en règle depuis au moins 10 années consécutives à la date de votre 65e anniversaire, ou accumuler au moins 10 années consécutives d'adhésion en règle à tout âge par la suite. Les Membres à vie ne sont pas tenu·es d'accumuler des contributions des producteur·trices, et ils et elles peuvent choisir d'utiliser leur réserve en dollars pour améliorer leur couverture, si désiré, y compris pour obtenir la couverture Membre à vie améliorée.

Si vous êtes un·e Membre à vie qui travaille toujours, vous êtes, bien entendu, admissible au niveau de couverture automatique en fonction de vos contributions des producteur·trices. Si vous obtenez le Niveau I à titre de couverture automatique, vous obtiendrez, par défaut, la couverture Membre à vie avec l'option de passer sans frais additionnels au Niveau I.

AMÉLIORATION DE VOTRE COUVERTURE

Il y a deux moments où vous pouvez améliorer votre couverture.

1. Chaque année, au moment de renouveler votre inscription à l'assurance.
2. Si vous subissez un changement de situation personnelle admissible. Vous devez en faire la demande dans les 31 jours suivant votre changement de situation. Si vous ne faites pas de demande avant la fin de ce délai de 31 jours, vous devrez attendre la période de renouvellement suivante pour améliorer votre couverture.

Le tableau ci-dessous montre ce qu'il en coûte pour améliorer votre couverture, selon le niveau de couverture automatique auquel vous avez droit et celui auquel vous souhaitez passer.

Si vous êtes admissible à la couverture :	Niveau I	Niveau II	Niveau III	Membre à vie améliorée	Ass. méd du Québec seul. (moins de 65 ans)	Ass. méd. du Québec seul. (65 ans ou plus)
De base	1 880 $	5 100 $*	8 400 $*	–	Indiv. : 840 $ Famille :1 680$	Indiv. : 1 050 $ Famille : 2 300$ (1 680 $ pour famille si le ou la conjoint·e a moins de 65 ans)
Niveau I	–	3 210 $	6 510 $	–	Famille : 1 000 $	Famille : 1 260 $
Niveau II	–	–	3 310 $	–	–	–
Membre à vie	–	3 970 $	6 960 $	2 210 $	Famille:1 840 $	Indiv. : 1 050 $ Famille : 2 300 $

*Les crédits de la réserve en dollars doivent être suffisants pour couvrir le coût total de l'amélioration de la couverture. Si vous détenez la Couverture de base, vous ne pouvez pas effectuer de paiement personnel pour passer au Niveau II ou III.

Les coûts liés à l'amélioration de la couverture sont assujettis à la taxe de vente provinciale applicable au Manitoba, en Ontario et au Québec.

En cas de paiements personnels, vous pouvez les effectuer en une fois ou sur une base trimestrielle. Les paiements peuvent être effectués à l'aide d'une carte de crédit reconnue. L'amélioration de votre couverture ne prendra pas effet tant que le paiement par carte de crédit n'aura pas été traité.

COÛTS APPLICABLES POUR AMÉLIORER VOTRE COUVERTURE SI VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE AUX COUVERTURES MENTIONNÉES CI-DESSUS

Si vous n'êtes admissible à aucune des couvertures mentionnées ci-dessus, le tableau suivant fait état des coûts applicables pour améliorer votre couverture, mais seulement si vous détenez des crédits suffisants dans votre réserve en dollars :

Niveau I	Niveau II	Niveau III	Assurance médicament du Québec seul. (moins de 65 ans)	Assurance médicaments du Québec seul. (65 ans ou plus)
2 210 $*	5 410 $*	8 720 $*	Indiv. : 840 $* Famille : 1 840 $ *	Indiv. : 1 050 $* Famille : 2 300 $*

*Les crédits de la réserve en dollars doivent être suffisants pour couvrir le coût total de l'amélioration de la couverture.

Les coûts liés à l'amélioration de la couverture sont assujettis à la taxe provinciale applicable au Manitoba, en Ontario et au Québec.

CHANGEMENTS DE SITUATION PERSONNELLE

Les changements de situation personnelle incluent :

- mariage, séparation ou divorce
- naissance ou adoption d'un·e enfant
- décès du ou de la conjoint·e ou d'un·e enfant
- enfant(s) cessant d'être admissible(s) à titre de personne(s) à charge
- perte de couverture imposée dans le cadre du régime du ou de la conjoint·e

Si vous souhaitez améliorer votre couverture, vous devez en informer AGA Assurances collectives, l'administrateur du régime *Bénéfices DGC*, dans les 31 jours suivant le changement de votre situation personnelle. Aucune prime additionnelle n'est requise pour ajouter des personnes à charge si vous détenez déjà les Niveaux II ou III, qui prévoient une couverture familiale.

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

Aux fins du régime *Bénéfices DGC*, les personnes à charge admissibles sont les suivantes :

Enfant à charge – Tout·e enfant naturel·le ou adopté·e, pupille ou beau-fils ou belle-fille célibataire, qu'il ou elle soit sous votre garde et/ou celle de votre conjoint·e, qui est :

- âgé·e de moins de 21 ans et travaille moins de 30 heures par semaine (à moins d'être un·e étudiant·e à temps plein);
- âgé·e de moins de 26 ans et étudiant·e à temps plein (assistant à des cours ou à des laboratoires au moins 15 heures par semaine); ou
- incapable de subvenir à ses besoins, peu importe son âge, en raison d'un handicap physique ou d'un trouble psychologique (sous réserve que cet·te enfant ait été admissible avant 21 ans ou, s'il ou elle étudiait à temps plein, avant 26 ans).

Conjoint·e – C'est la personne de même sexe ou de sexe opposé :

- avec qui vous êtes marié·e; ou
- avec qui vous vivez maritalement depuis au moins 12 mois, ou si vous vivez ensemble au Québec, depuis la naissance ou l'adoption d'un·e enfant, quand cela survient plus tôt.

Seul·es les membres admissibles de votre famille que vous avez ajouté·es à titre de personnes à charge au moment de votre inscription à l'assurance (ou du renouvellement de votre inscription) peuvent bénéficier des protections médicales et dentaires, de la garantie pour soins d'urgence à l'étranger, de l'assurance maladies graves et de l'assurance vie – à moins que vous subissiez un changement de situation personnelle admissible et en avisiez AGA Assurances collectives.

N'oubliez pas que si vous êtes admissible au Niveau II ou III ou à la couverture Membre à vie, ou que vous passez à la couverture Membre à vie améliorée, vous devez déclarer (énumérer) toutes vos personnes à charge admissibles au moment de votre inscription à l'assurance ou de renouvellement de votre inscription. Si vous ne déclarez pas vos personnes à charge à l'inscription, celles-ci ne seront pas ajoutées au régime et ne seront pas admissibles à l'assurance, à moins que vous ne subissiez un changement de situation personnelle admissible.

Réserve en dollars

La réserve en dollars est un compte spécial conçu pour optimiser la flexibilité et les avantages fiscaux de votre programme d'avantages sociaux.

Elle est considérée comme un « réservoir temporaire » pour les contributions excédentaires des producteur·trices – jusqu'à ce que vous décidiez d'améliorer votre couverture, d'acheminer des sommes à votre CGDS ou de les utiliser dans l'avenir si vous travaillez moins ou pas du tout.

- Fonctionnement de la réserve en dollars
- Trois options pour utiliser votre réserve en dollars
- Avantages fiscaux

FONCTIONNEMENT

Chaque année, les fiduciaires comparent l'ensemble des contributions des producteur·trices avec les coûts d'exploitation du régime. Les montants qui ne sont pas requis pour capitaliser les obligations futures sont répartis principalement entre les membres qui ont généré le plus de contributions des producteur·trices. Il s'agit là d'un processus discrétionnaire qui peut varier d'une année à l'autre. Pour l'année du régime 2027, aucune somme ne sera affectée à la réserve en dollars en raison du fait que les contributions des producteur·trices ont été inférieures à la normale. Ces contributions inférieures sont directement attribuables aux niveaux de travail de l'industrie depuis 2023.

Votre réserve en dollars est conçue pour vous aider à payer les protections dont vous avez besoin – maintenant ou dans l'avenir – et qui ne sont pas offertes en vertu de votre niveau de couverture automatique.

TROIS OPTIONS POUR L'UTILISER

Vous pouvez utiliser les crédits détenus dans votre réserve en dollars de trois façons :

1. **Améliorer votre couverture.** Si, par exemple, vous détenez le Niveau I à titre de couverture automatique, qui n'offre que des protections individuelles, mais que vous voulez des protections familiales, vous pouvez utiliser l'argent de votre réserve en dollars pour améliorer votre couverture. Vous pouvez seulement utiliser ces crédits pour améliorer votre couverture pendant la période du renouvellement annuel de l'inscription à l'assurance ou dans les 31 jours suivants un changement de situation personnelle admissible.
2. **En transférer la totalité ou une partie dans votre compte de gestion des dépenses santé (CGDS).** Les crédits déposés dans votre CGDS peuvent servir à régler des frais médicaux, dentaires ou de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas remboursés, ou qui ne le sont qu'en partie, aux termes de votre niveau de couverture. Le CGDS vous évite non seulement des déboursés, mais il comporte aussi certains avantages fiscaux importants.

   Vous pouvez seulement transférer des crédits dans votre CGDS pendant la période du renouvellement de l'inscription à l'assurance, ou si vous subissez un changement de situation personnelle admissible. Ces transferts ne sont toutefois pas permis à d'autres moments pendant l'année du régime.

3. **Les conserver dans votre réserve en dollars** afin de pouvoir les utiliser au cours de futures périodes de renouvellement de l'assurance. Ces crédits pourront vous servir pour acheter des protections :
    - pendant les périodes où vous êtes sans emploi; ou
    - lorsque vous prendrez votre retraite ou vous apprêterez à la prendre.

Bien que vous puissiez reporter les crédits détenus dans votre réserve en dollars aussi longtemps que vous le voulez, n'oubliez pas que :

- ces crédits ne rapportent aucun intérêt;
- vous ne pouvez pas les retirer – ils doivent servir à vous procurer des protections en vertu du régime *Bénéfices DGC*; et
- vous devez être un·e membre en règle pour les utiliser (ces crédits ne seront plus accessibles si vous cessez d'être membre).

AVANTAGES FISCAUX

Dans la majorité des provinces, les crédits déposés dans votre réserve en dollars sont versés à l'aide de dollars avant impôt. Autrement dit, aucun impôt sur le revenu n'est prélevé sur cet argent. Vous disposez donc de plus d'argent.

Si vous transférez les crédits détenus de votre réserve en dollars à votre CGDS, des règles fiscales différentes s'appliquent à ce dernier. Reportez-vous à la page 20 pour plus de détails.

PRESTATIONS DE SURVIVANT·E

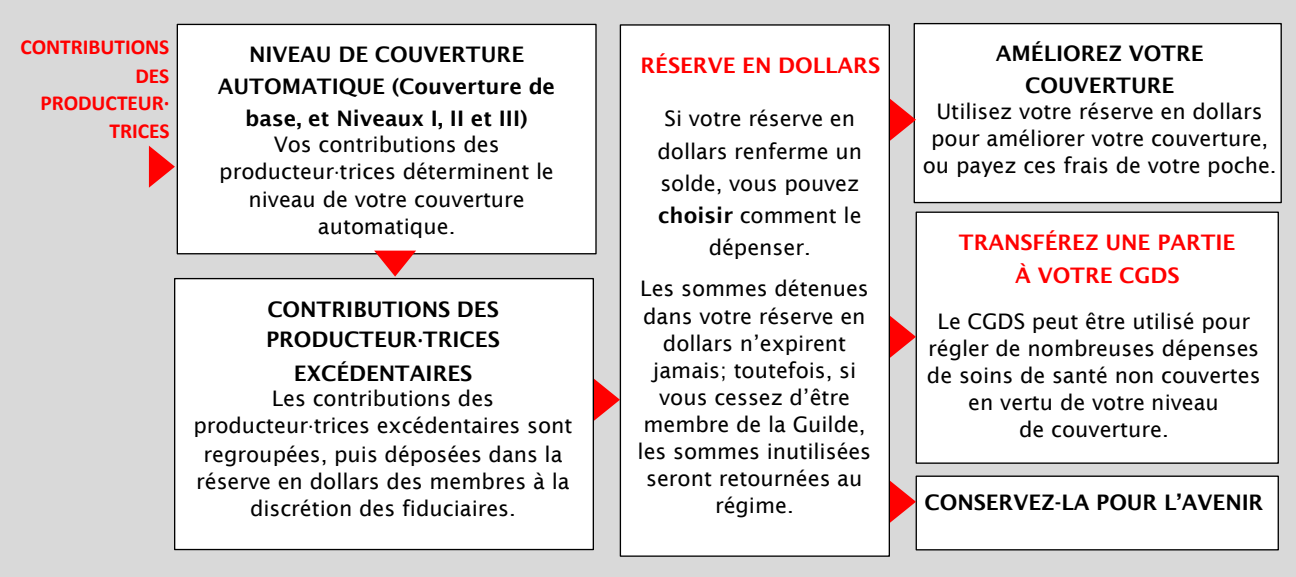
Si vous décédez et que vous êtes un·e membre actif·ve et en règle, votre conjoint·e peut transférer le solde de votre réserve en dollars, le cas échéant, à un compte de gestion des dépenses santé (CGDS) pour l'année suivante. Vos personnes à charge peuvent ensuite l'utiliser pendant la période de couverture continue applicable en matière de soins de santé et de soins dentaires. Les personnes à charge survivantes ne peuvent pas acheter un niveau de protection supérieur. (Voir plus de détails aux pages 30 et 36.)

VOTRE RÉSERVE EN DOLLARS ET VOTRE CGDS – ILS SE *COMPLÈTENT*

Considérez la **réserve en dollars** comme un portefeuille où vous rangez votre argent.

Le CGDS est une garantie additionnelle que vous pouvez utiliser pour dépenser le solde de votre réserve en dollars.

Voici un aperçu simplifié de leur fonctionnement.



Compte de gestion des dépenses santé (CGDS)

Le CGDS est un aspect important du régime *Bénéfices DGC*, car il s'apparente à un compte bancaire fiscalement avantageux. Vous décidez combien d'argent y transférer de votre réserve en dollars, puis l'utilisez pour régler des dépenses de soins de santé qui ne seraient pas autrement couvertes en vertu du régime *Bénéfices DGC*.

- Fonctionnement
- Personnes à charge admissibles
- Frais admissibles
- Demandes de règlement en vertu du CGDS
- Avantages fiscaux

FONCTIONNEMENT

Pendant chaque période du renouvellement de l'inscription au régime *Bénéfices DGC*, vous aurez l'occasion de transférer de l'argent de votre réserve en dollars à votre CGDS. Il vous revient de décider combien d'argent, s'il y a lieu, vous transférez chaque année – pourvu que votre réserve en dollars renferme un solde créditeur. N'oubliez pas, toutefois, que :

- Vous pouvez transférer de l'argent à votre CGDS seulement pendant la période du renouvellement de l'inscription à l'assurance annuelle ou si vous subissez un changement de situation personnelle admissible.
- L'argent déposé dans votre CGDS doit servir à régler des frais médicaux ou dentaires admissibles – il ne peut pas être retiré en espèces.
- Utilisez-les, sans quoi vous les perdrez. Les sommes transférées dans votre CGDS doivent être utilisées au sein d'une période de deux ans (règle de l'Agence du revenu du Canada). Vous devrez renoncer à tout montant inutilisé, qui sera retourné au régime *Bénéfices DGC*.

Vous pouvez dépenser cet argent comme bon vous semble. La seule exigence : que vous vous en serviez pour payer des frais médicaux, dentaires ou de médicaments sur ordonnance qui ne sont pas prévus dans le régime *Bénéfices DGC* (ou tout autre régime privé ou public d'assurance maladie), mais qui sont autorisés en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*.

Par exemple, si vous achetez des verres correcteurs d'une valeur de 500 $, et que le régime vous consent un remboursement de 400 $, vous pourriez régler le solde de 100 $ avec votre CGDS, à condition, évidemment, de disposer de ladite somme dans votre CGDS.

Au moment de décider du montant à transférer dans votre CGDS, gardez ceci en tête :

- **Votre CGDS peut servir à absorber le coût** de divers frais médicaux, dentaires et de médicaments qui ne vous sont pas remboursés (ou qui ne le sont qu'en partie) en vertu de votre niveau de couverture.
- **Il pourrait être plus économique d'utiliser votre CGDS pour régler des dépenses non couvertes** que de passer à un niveau de couverture supérieur, tout dépendant de vos besoins.

- **Vous pouvez utiliser votre CGDS pour régler des frais admissibles que vous et les personnes à votre charge engagez** – et ce, même si vous n'avez pas de couverture familiale. Encore mieux, quand il s'agit de votre CGDS, on assouplit la définition de personnes à charge admissibles.
- **Tout l'argent que vous déposez dans votre CGDS au début d'une année du régime donnée doit être dépensé avant la fin de l'année du régime suivante,** sinon vous devrez y renoncer. Par exemple, si vous transférez un montant de votre réserve en dollars vers votre CGDS pour l'année du régime 2027, vous devez dépenser cet argent au plus tard le 31 décembre 2028.
- **Vous ne pouvez pas reporter une dépense d'une année du régime à l'autre.** Autrement dit, si vous avez engagé une dépense une année, vous ne pouvez pas la régler à l'aide des sommes déposées dans votre CGDS pour l'année suivante.

Par exemple, si vous avez engagé une dépense en octobre 2026, mais que le solde de vos dépôts dans le CGDS en 2026 n'est pas suffisant pour la régler, vous ne pourrez pas utiliser l'argent déposé dans ce compte à cette fin en 2027.

Dates limites applicables à l'utilisation du solde de votre CGDS	
Toutes les sommes déposées dans le CGDS pendant l'année du régime…	**Doivent être utilisées d'ici le…**
2026	31 décembre 2027
2027	31 décembre 2028
2028	31 décembre 2029
2029	31 décembre 2030
Les sommes qui demeurent inutilisées à ces dates seront retirées de votre CGDS et utilisées pour régler des coûts généraux relatifs au régime. Cette règle « on s'en sert ou on le perd » est une exigence de l'Agence du revenu du Canada.	

PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

La définition des personnes à charge est plus élastique quand il est question du CGDS. Elle comprend votre conjoint·e et vos enfants à charge ainsi que toute personne que l'ARC reconnaît être à votre charge. Par exemple, vos petits-enfants, parents, grands-parents, frères, sœurs, tantes, oncles, nièces et neveux et ceux et celles de votre conjoint·e sont admissibles, sous réserve qu'ils et elles :

- dépendent de vous pour leur subsistance; et
- habitent normalement avec vous au Canada (à moins d'être à l'extérieur pour leurs études).

FRAIS ADMISSIBLES

Le CGDS englobe une longue liste de frais admissibles, tels qu'ils sont définis en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Il existe littéralement des centaines de types de frais admissibles, dont :

- les traitements dentaires – des traitements de canal aux appareillages orthodontiques;
- les prothèses auditives;
- les services paramédicaux – y compris les services d'un·e massothérapeute, d'un·e chiropraticien·ne, d'un·e acupuncteur·trice et d'un·e physiothérapeute;
- les soins de la vue – comme les lentilles cornéennes, la chirurgie oculaire au laser et même les lunettes de soleil sur ordonnance;
- les franchises et toute forme de participation aux coûts exigées dans le cadre de votre couverture médicale et dentaire.

N'oubliez cependant pas que, pour être reconnu dans la catégorie des frais admissibles, le service, le traitement ou le matériel en question doit être fourni ou prescrit par un·e médecin autorisé·e à exercer en vertu de la législation de la province dans laquelle il ou elle est actif·ve.

Pour connaître la liste complète des frais admissibles, consultez le paragraphe 118.2(2) de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada. Vous trouverez aussi des renseignements additionnels sur bon nombre de ces frais dans le folio de l'impôt sur le revenu S1-F1-C1 : Crédit d'impôt pour frais médicaux.

Si vous pouvez réclamer la dépense en vertu d'un autre régime (comme *Bénéfices DGC*, le régime d'avantages sociaux de votre conjoint·e ou un régime d'assurance-médicaments gouvernemental), vous auriez peut-être intérêt à le faire avant de soumettre une demande en vertu du CGDS.

DEMANDES DE RÈGLEMENT EN VERTU DU CGDS

Les demandes soumises en vertu du CGDS doivent parvenir à la Canada Vie au plus tard 180 jours après la fin de l'année du régime où la dépense a été engagée (ou dans les 90 jours suivant la fin de votre protection en vertu du régime *Bénéfices DGC*, si cette date survient en premier). L'année du régime a cours du 1er janvier au 31 décembre.

Par exemple, si vous avez engagé une dépense admissible en octobre 2026, vous devez soumettre votre demande de règlement d'ici le 30 juin 2027. Seules les sommes déposées dans votre CGDS pour les années 2025 et 2026 du régime peuvent servir à régler cette demande – l'argent déposé pour l'année 2027 ne peut pas être utilisé.

Rappelez-vous que les dates limites relatives aux demandes de règlement du CGDS sont différentes (et plus courtes) de celles applicables aux demandes présentées en vertu des protections de soins de santé et de soins dentaires du régime *Bénéfices DGC*.

Année de la dépense	Cette dépense peut être réglée à l'aide des sommes déposées dans votre CGDS en…	La date limite pour soumettre cette dépense à la Canada Vie est le…
2026	2025 et 2026	30 juin 2027
2027	2026 et 2027	30 juin 2028
2028	2027 et 2028	30 juin 2029

AVANTAGES FISCAUX

En plus de réduire certaines dépenses de votre poche, l'utilisation du CGDS peut aussi alléger votre fardeau fiscal (voir l'exemple ci-après).

La raison en est que vous ne payez aucun impôt sur les sommes que vous déposez ou que vous réclamez de votre CGDS. Cela peut faire une énorme différence quant aux fonds dont vous disposerez pour régler des frais médicaux et dentaires.

Si vous habitez au Québec, les règles fiscales sont quelque peu différentes. Tous les montants réclamés de votre CGDS sont considérés comme des avantages imposables. Vous pourrez toujours éviter l'imposition au fédéral, mais l'impôt sur le revenu restera applicable au provincial.

Ce qu'il importe de retenir, c'est que le CGDS vous offre un avantage fiscal appréciable, quel que soit votre lieu de résidence au Canada.

Exemple : L'avantage fiscal du CGDS

Supposons que votre dentiste vous annonce que vous avez deux caries et que le traitement requis vous coûtera 500 $. Si vous êtes assuré·e selon la couverture du Niveau I, le coût de ces deux obturations n'est pas remboursé dans le cadre du régime. Vous avez alors deux options :

1. Vous pouvez payer ces 500 $ en dollars avant impôt grâce à l'argent déposé dans votre CGDS.
2. Vous pouvez payer votre dentiste de votre poche. Vous utilisez alors des dollars après impôt. Selon un taux d'imposition marginal de 22 %, vous devriez donc gagner 640 $ pour disposer d'assez d'argent après impôt pour régler cette facture de 500 $.



ASTUCES pour le CGDS

- Ciblez des dépenses spécifiques au moment de déterminer combien d'argent affecter à votre CGDS pendant la période de renouvellement de l'inscription à l'assurance chaque année.
- Au moment de soumettre d'autres demandes de règlement, cochez la case demandant d'utiliser le CGDS pour régler toute portion non couverte.
- *Vérifiez* toujours le montant inutilisé avant de transférer à nouveau de l'argent à votre CGDS l'année suivante, puis *utilisez-le* avant la date d'échéance.
- Assurez-vous de profiter de la coordination des prestations avant d'utiliser le CGDS.

Soins de santé

Peu de choses sont plus importantes dans la vie que la santé. Le régime *Bénéfices DGC* est conçu pour vous permettre d'obtenir les soins de santé requis… quand vous en avez besoin.

- Niveaux de couverture
- Plafonds
- Garanties maximales et franchises
- Assurance médicaments pour les membres du Québec
- Frais admissibles
- Exclusions
- Fin de la protection
- Prestations de survivant·e

NIVEAUX DE COUVERTURE

Le régime *Bénéfices DGC* offre trois couvertures distinctes, ainsi que les couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée, dont un aperçu est donné aux pages 7 et 8.

Chaque année, au moment de renouveler votre inscription à l'assurance, vous vous verrez automatiquement attribuer un niveau de couverture pour l'année du régime à venir, et ce, en fonction de vos contributions des producteur·trices. Si votre niveau de couverture automatique ne vous offre pas les protections dont vous avez besoin, vous pourriez avoir l'option d'améliorer votre couverture. Si vous passez à une couverture supérieure, n'oubliez pas que votre nouvelle couverture s'appliquera à toutes vos protections dans le cadre du régime *Bénéfices DGC.* Pour connaître les critères d'admissibilité applicables pour améliorer votre couverture, reportez-vous aux pages 11 et 12.

Rappelez-vous que vous pouvez utiliser votre compte de gestion des dépenses santé (CGDS) pour absorber le coût des services et traitements qui sont exclus, en tout ou en partie, de votre niveau de couverture.

PLAFONDS

Si vous détenez une couverture de Niveau I, II ou III, toutes les protections médicales (à l'exception de l'assurance médicale pour soins d'urgence à l'étranger) sont assujetties à un plafond de 250 000 $ par personne par année civile. Si vous détenez la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée, toutes les protections médicales (à l'exception de l'assurance médicale pour soins d'urgence à l'étranger) sont assujetties à un plafond de 100 000 $ par personne par année civile.

GARANTIES MAXIMALES ET FRANCHISES

Les garanties maximales et les franchises sont calculées en fonction d'une année civile (1er janvier au 31 décembre), sauf dans le cas des examens et soins de la vue, dont le cycle est de 24 mois, en fonction de la date de votre dernière demande de règlement.

ASSURANCE MÉDICAMENTS POUR LES MEMBRES DU QUÉBEC

Si vous détenez une carte d'assurance maladie délivrée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le gouvernement du Québec exige que vous déteniez une assurance médicaments de base, qui peut provenir :

- d'un régime privé; ou
- du régime public d'assurance médicaments du Québec (si vous n'êtes pas admissible à un régime privé).

La couverture du régime privé doit répondre aux exigences minimales de la RAMQ.

La protection « assurance médicaments du Québec seulement » du régime Bénéfices DGC rembourse 75 % des frais de médicaments sur ordonnance admissibles que vous ou les personnes à votre charge engagez. Une fois que vous avez payé 800 $ de votre poche, le régime vous rembourse 100 % des frais pendant le reste de l'année du régime. Une carte-médicaments est fournie. Vous ne pouvez vous procurer la protection « assurance médicaments du Québec seulement » que si vous êtes un·e résident·e du Québec, conformément à la législation provinciale. Cela dit, vous n'êtes pas tenu·e de vous doter de la protection « assurance médicaments du Québec seulement » ou d'améliorer votre couverture si vous bénéficiez d'une assurance médicaments ailleurs (p. ex., le régime de votre conjoint·e).

Si vous **n'êtes pas** admissible à une couverture en vertu du régime Bénéfices DGC, ***et*** que le solde de votre réserve en dollars n'est pas suffisant pour couvrir la totalité des coûts ***et*** que vous n'êtes pas admissible à une assurance médicaments en vertu d'un autre régime privé, vous devez vous inscrire au régime public d'assurance médicaments du Québec (RAMQ). Si vous êtes admissible à une couverture en vertu du régime Bénéfices DGC, voici ce que vous devez faire :

Si vous détenez la Couverture de base
Vous devez passer au Niveau I, ou aux Niveau II ou III (pour obtenir la couverture familiale pour médicaments si vous avez des personnes à charge), ou au moins ajouter la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour vous et vos personnes à charge. Si vous détenez la couverture de base, vous pouvez passer au Niveau II ou III seulement si le solde de votre réserve en dollars est suffisant. Les options d'amélioration de la couverture sont également assujetties aux règles applicables; reportez-vous aux pages 11 et 12 pour plus de détails.

Si vous détenez la couverture du Niveau I et que des personnes sont à votre charge
L'assurance médicaments individuelle est incluse dans la couverture de Niveau I. Si vous avez des personnes à votre charge, vous devez passer au Niveau II ou III (pour obtenir l'assurance médicaments familiale) ou ajouter minimalement la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour vos personnes à charge.

Si vous détenez la couverture Membre à vie et que votre conjoint·e a moins de 65 ans
Vous devez porter votre couverture au Niveau II, III ou passer à la couverture Membre à vie améliorée (pour obtenir l'assurance médicaments familiale), ou au moins ajouter la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour vous et vos personnes à charge.

Si vous détenez la couverture Membre à vie et que votre conjoint·e a 65 ans ou plus
Vous avez l'option de porter votre couverture au Niveau II, III ou de passer à la couverture Membre à vie améliorée (pour obtenir l'assurance médicaments familiale), ou d'ajouter la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour vous et vos personnes à charge ou vous pouvez continuer à bénéficier de la couverture Membre à vie et opter pour le régime public d'assurance médicaments (à partir de 65 ans, vous avez le choix).

À 65 ans, vous êtes automatiquement assuré·e en vertu du régime d'assurance-médicaments de la RAMQ, à moins que vous les avisiez que vous n'en avez pas besoin. La RAMQ exige une prime, que vous réglez par l'intermédiaire de votre déclaration de revenus. Vous avez l'option de souscrire à la protection « assurance médicaments Québec seulement » fournie dans le cadre du régime *Bénéfices DGC*, pour vous et votre famille en fonction des tarifs décrits à la page 11.

FRAIS ADMISSIBLES

Les services et fournitures ci-dessous sont *(en fonction de votre niveau de couverture et des franchises et taux de remboursement applicables),* à condition qu'ils soient :

- habituels et raisonnables;
- médicalement nécessaires; et
- d'une efficacité éprouvée.

Tous les services et toutes les fournitures couverts en vertu du régime *Bénéfices DGC* doivent représenter des traitements raisonnables, c'est-à-dire qu'ils doivent être acceptés par la profession médicale canadienne, avoir prouvé leur efficacité et être offerts sous une forme, une intensité, une fréquence et une durée qui sont essentielles au diagnostic ou à la gestion d'une maladie ou d'une blessure.

Les limites raisonnables et habituelles correspondent à la fourchette de frais normale qui est applicable aux services et aux fournitures au sein d'une région géographique donnée. Vous pouvez consulter la Canada Vie pour connaître les limites raisonnables et habituelles de votre région avant d'obtenir un service ou un traitement.

Blessures accidentelles aux dents (Niveaux I, II et III)

Une blessure accidentelle à des dents naturelles et saines est traitée à condition que :

- la blessure se produise alors que vous avez une assurance médicale aux termes du régime *Bénéfices DGC*;
- le traitement soit prodigué par un·e dentiste autorisé·e, un·e chirurgien·ne stomatologiste ou un·e denturologiste; et
- le traitement commence dans les 90 jours suivants l'accident (à moins que le traitement ne soit reporté en raison d'un état pathologique).

Une dent saine est une dent, quelle qu'elle soit, qui n'avait pas besoin de subir une quelconque restauration immédiatement avant l'accident. Une dent naturelle est une dent, quelle qu'elle soit, qui n'a pas été artificiellement remplacée.

Seuls les traitements effectués dans les 12 mois suivant votre blessure sont remboursés.

Services d'ambulance (Niveaux I, II, III, couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)

Le transport dans une ambulance agréée (y compris par ambulance aérienne) vers l'établissement sanitaire le plus proche, où des soins adéquats pourront être donnés. Si le ou la patient·e doit être transporté·e vers un établissement plus éloigné, une prestation additionnelle est fournie, selon ce qu'il en coûte pour assurer le transport vers le centre le plus proche où le traitement essentiel est offert.

Soins de convalescence (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)

Les frais de séjour dans un établissement de convalescence, lorsque des soins prolongés permettront de nettement améliorer l'état de santé du ou de la patient·e. Les soins de convalescence doivent commencer immédiatement après trois jours ou plus passés dans un établissement de soins pour maladies aiguës.

Tests de diagnostic et radiographies (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)

Les coûts des tests de diagnostic et des radiographies admissibles (à l'exclusion des frais d'administration) sont remboursés quand ils ne le sont pas en vertu du régime d'assurance maladie de votre province.

Médicaments et fournitures médicamenteuses (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)

Les médicaments sur ordonnance et fournitures médicamenteuses, comme décrit ci-dessous, qui sont prescrits par un·e médecin ou un·e autre professionnel·le de la santé diplômé·e (conformément à la loi), et qui sont offerts sur le marché canadien.

- Les médicaments exigeant une ordonnance écrite, dont les contraceptifs oraux.
- Les médicaments injectables, dont les vitamines, l'insuline et les préparations en cas de réaction à une injection de désensibilisation.
- Les préparations magistrales ou composés extemporanés, à condition qu'au moins un des ingrédients fasse partie de la liste des médicaments remboursés.
- Certains autres médicaments essentiels au maintien de la vie qui sont offerts en vente libre, à condition qu'ils soient prescrits.
- Fournitures pour personnes diabétiques :
    - insuline et seringues à insuline;
    - bandelettes réactives;
    - dispositifs de prélèvement de sang (y compris les plaques et les lancettes);
    - appareils de contrôle de la glycémie (une fois tous les quatre ans);
    - aiguilles jetables pour dispositifs d'injection d'insuline réutilisables;
    - trousses de perfusion d'insuline (à l'exclusion des pompes à perfusion).

Les remboursements seront calculés en fonction du prix du médicament de rechange le moins coûteux (habituellement, un médicament générique). Les équivalents génériques sont généralement **75-80 % moins** coûteux que les médicaments de marque comparables, et ce, même s'ils contiennent les mêmes ingrédients actifs et sont tout aussi efficaces.

- Si vous présentez une demande portant sur un médicament de marque et qu'un médicament de rechange moins coûteux est disponible, votre remboursement sera calculé en fonction du prix du médicament de rechange.
- Les médicaments de marque seront seulement remboursés en fonction de leur prix intégral s'il y a une raison médicale vous empêchant d'utiliser le médicament de rechange moins coûteux. Dans ce cas, votre médecin doit remplir le formulaire *Demande d'assurance pour les médicaments de marque déposée* (ce n'est pas suffisant pour lui ou elle d'écrire simplement « aucune substitution » sur votre ordonnance).
- Si vous prenez un médicament de marque, parlez à votre médecin ou à votre pharmacien·ne de la possibilité d'opter pour un équivalent générique, s'il en existe un.

Quand un médicament est remboursé aux termes d'une assurance médicaments provinciale, la protection offerte par le régime *Bénéfices DGC* se limite à la franchise et au montant de l'assurance partielle exigée en vertu du régime provincial.

La quantité de médicaments achetée ne doit pas excéder ce qui peut être raisonnablement consommé en 34 jours; les médicaments d'entretien font toutefois exception (p. ex., antiasthmatiques, anticoagulants, agents cardiaques, contraceptifs oraux, etc.). L'achat de médicaments d'entretien devrait se limiter à ce qui peut être raisonnablement consommé en 100 jours. Certains médicaments doivent être approuvés au préalable par le programme FACET. Vous serez informé·e si une autorisation préalable est requise au moment où vous présenterez votre ordonnance à la pharmacie. Vous pouvez aussi connaître quels médicaments exigent une approbation préalable en consultant l'outil Recherche de médicament de la Canada Vie ou en appelant FACET au 1-844-492-9105.

Cubic Health, organisation externe indépendante, gère l'autorisation préalable (ou approbation préalable) des médicaments par l'intermédiaire de son programme FACET. Son équipe de pharmacien·nes cliniques fait appel à une approche factuelle pour examiner les demandes d'autorisation préalable en portant une attention particulière aux soins des patient·es et aux résultats.

Prothèses auditives (Niveaux I, II, III, couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)

Les prothèses auditives (y compris les tubes et embouts auriculaires fournis à l'achat) prescrites par un·e médecin sont remboursées jusqu'à concurrence de 1000 $ par personne tous les cinq ans.

Soins infirmiers à domicile (Niveaux I, II, III, couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)

Les soins infirmiers fournis à domicile par un·e infirmier·ère autorisé·e ou un·e infirmier·ère auxiliaire autorisé·e ou immatriculé·e, en fonction du degré de compétence requis pour prodiguer des soins essentiels aigus, de convalescence ou palliatifs. L'infirmier·ère ne doit avoir aucun lien de parenté avec le ou la patient·e. La Canada Vie exige une évaluation préalable afin de déterminer quels soins sont requis. La garantie est limitée à 10 000 $ par personne par année civile.

Hospitalisation (en chambre à deux lits) (Niveaux I, II, III, couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)

L'écart entre les frais de séjour en salle commune établis par le régime d'assurance maladie provincial et les frais de séjour dans une chambre à deux lits est pris en charge, à condition que vous soyez hospitalisé·e dans un hôpital agréé.

Fournitures médicales (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)

Les fournitures médicales suivantes sont remboursées quand elles sont prescrites par un·e médecin :

- Appareils respiratoires, y compris l'oxygène, équipement d'administration de l'oxygène, moniteurs d'apnée (arrêts respiratoires successifs plus ou moins longs), tentes à inhalation et nébuliseurs.
- Fournitures orthopédiques :
    - attelles et collets cervicaux;
    - orthèses du pied sur mesure (certaines règles sont applicables : veuillez communiquer avec la Canada Vie avant de commander des orthèses) et chaussures orthopédiques ajustées à vos pieds (jusqu'à 750 $ par année, en incluant les chaussures fixées à une attelle);
    - plâtres;
    - stimulateurs électrospinaux externes pour le traitement de la scoliose;
    - stimulateurs de consolidation de fracture;
    - appareils de verticalisation;
    - éclisses, dont les chaussures fixées à une attelle (jusqu'à 750 $ par année, en incluant les orthèses du pied et les chaussures orthopédiques).
- Prothèses :
    - yeux artificiels;
    - obturateurs de fissure palatine;
    - prothèses mammaires externes (une fois l'an);
    - bras myoélectriques, y compris les réparations (jusqu'à un plafond viager de 10 000 $);
    - membres artificiels standard, y compris les réparations, bonnets couvre-moignon et harnais;
    - soutiens-gorges chirurgicaux (deux fois l'an).
- Aides à la mobilité :
    - cannes, déambulateurs (marchettes), béquilles et parapodiums;
    - lève-malades mécaniques ou hydrauliques (une fois tous les cinq ans, jusqu'à 2 000 $ par lève-malade);
    - rampe d'accès extérieure pour fauteuils roulants (une seule fois dans la vie de l'assuré, maximum de 2 000 $);
    - fauteuils roulants, y compris les batteries rechargeables et les réparations.
- Autres :
    - cathéters et fournitures connexes;
    - fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie ou d'une iléostomie;

- supports à gradient de pression pour lymphoedème;
- sièges de toilette surélevés, bancs de douche, barres d'appui et chaises d'aisance;
- pompes d'extrémité pour lymphoedème ou syndrome post-phlébitique grave (une seule fois à vie, maximum de 1 500 $);
- substituts alimentaires devant être administrés par sondes et pompes;
- lits d'hôpital, barrières de lit, trapèzes, minerves et appareils de traction;
- dispositifs intra-utérins (jusqu'à deux par année);
- cristallins artificiels implantés après une chirurgie de la cataracte;
- lunettes ou lentilles cornéennes (une paire) à la suite d'une chirurgie oculaire réalisée pour traiter une affection non réfractive;
- neurostimulateurs percutanés nécessaires au contrôle de la douleur chronique (maximum viager de 700 $);
- perruques pour patient·es atteint·es du cancer qui suivent des traitements de chimiothérapie (maximum viager de 200 $).

Pour ce qui est des fournitures offertes en location, la Canada Vie peut, à son entière discrétion, ne régler que les frais de location.

Soins paramédicaux (Niveaux II, III et couverture Membre à vie améliorée)*

Plafond de 1 500 $ par personne, par année civile pour tous les services combinés. Les soins doivent être fournis par un·e praticien·ne dûment qualifié·e et autorisé·e. Les services couverts comprennent :

- acupuncteur·trice;
- massothérapeute;
- orthophoniste;
- chiropraticien·ne (comprend des radiodiagnostics);
- naturopathe;
- ostéopathe (comprend des radiodiagnostics);
- physiothérapeute;
- podiatre (comprend des radiodiagnostics).

Les frais engagés pour obtenir ces services ne sont remboursés qu'après que la garantie maximale annuelle a été atteinte en vertu du régime d'assurance maladie de votre province. Les traitements d'un·e podiatre admissibles ne sont pas remboursés quand ils sont couverts, en tout ou en partie, dans le cadre de votre régime d'assurance maladie provincial.

Soins de psychologues (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)*

Les dépenses pour la consultation d'un·e praticien·ne autorisé·e, y compris un·e psychologue et un·e travailleur·se social·e; un·e psychothérapeute en C.-B., en Ont. et au Qc seulement; et un·e conseiller·ère clinicien·ne agréé·e en C.-B. seulement, sont couvertes en fonction du taux de remboursement de votre niveau de couverture pour les soins de psychologue, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 3 000 $ par personne, par année.

- 70 % pour le Niveau I,
- 70 % pour le Niveau II,
- 75 % pour le Niveau III,
- 70 % pour Membre à vie améliorée.

**Si vous faites appel à un·e praticien·ne pour la première fois, communiquez avec la Canada Vie pour confirmer votre couverture. Pour être admissible à un remboursement, chacun·e des praticien·nes indiqué·es ci-dessus doit être enregistré·e auprès de l'organisme de règlementation provincial qui régit les services fournis. Les organismes de règlementation et les praticien·nes admissibles peuvent varier d'une province à l'autre.*

Cessation du tabagisme (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)

Les dépenses consacrées à des médicaments pour cessation du tabagisme prescrits par un·e professionnel·le de la santé autorisé·e sont couvertes jusqu'à concurrence de 500 $ par personne, à vie. Les médicaments vendus sans ordonnance ne sont pas couverts.

Vaccins (Niveaux I, II, III et couverture Membre à vie améliorée)

Seule la portion vaccin est couverte en vertu du régime. Les frais administratifs additionnels ou les frais de laboratoire y afférents ne le sont pas.

Soins de la vue

- *Examens de la vue (Niveaux I, II, III, couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)*

  Les examens de la vue (y compris les réfractions) sont couverts lorsqu'ils sont effectués par un·e ophtalmologiste ou un·e optométriste agréé·e et qu'ils ne sont pas couverts par votre régime provincial. Vous avez droit à jusqu'à 100 $ par personne tous les 24 mois pour les Niveaux I, II, III et pour les couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée.

- *Lunettes et lentilles cornéennes (Niveaux I, II, III, couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)*

  Les frais engagés pour des lunettes et des lentilles cornéennes prescrites sont couverts jusqu'à concurrence de 400 $ par personne par période de 24 mois dans le cadre des Niveaux I et II et des couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée et de 500 $ par personne par période de 24 mois dans le cadre du Niveau III.

- *Chirurgie oculaire au laser (Niveau III seulement)*

  Les dépenses pour une chirurgie oculaire au laser exécutée par un·e ophtalmologiste autorisé·e sont couvertes jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 000 $ par personne.

EXCLUSIONS

Peu importe votre niveau de couverture, le régime *Bénéfices DGC* ne verse aucune prestation et n'accepte aucune responsabilité à l'égard des demandes de règlement portant sur les dépenses suivantes, sans toutefois s'y restreindre :

- frais remboursés dans le cadre d'un régime d'assurance maladie public;
- frais remboursés au titre d'une autre police (p. ex., un autre régime collectif);
- dépenses qu'une compagnie d'assurance n'est pas autorisée à rembourser en vertu de la loi;
- services et fournitures auxquels vous avez droit gratuitement;
- frais facturés uniquement parce que vous êtes assuré·e;
- services ou fournitures qui ne sont pas jugés raisonnables;
- fournitures médicales additionnelles qui ne sont pas des articles de rechange ou de réserve;
- traitements donnés uniquement à des fins d'esthétique;
- frais engagés par suite d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation délibérée à une émeute;
- médicaments délivrés par un·e dentiste, une clinique ou une pharmacie hospitalière non agréée;
- médicaments délivrés par un hôpital en cours de traitement en tant que malade hospitalisé·e ou soigné·e en clinique externe;
- médicaments stimulateurs de la fertilité;
- préparations en cas de réaction à une injection de désensibilisation;
- médicaments utilisés à des fins d'esthétique (p. ex., écran solaire) ou pour le traitement de la dysérection;
- soins de la vue et fournitures oculaires exigées par un employeur pour occuper un emploi;
- dommages accidentels aux prothèses dentaires.

FIN DE LA PROTECTION

Vous demeurez assuré·e, pourvu que vous continuiez d'accumuler des contributions des producteur·trices suffisantes, que vous utilisiez les sommes détenues dans votre réserve en dollars ou que vous payiez de votre poche pour souscrire à cette protection (à condition d'être un·e membre actif·ve et en règle). Pour plus de renseignements sur le maintien de la couverture, voir *Amélioration de votre couverture* à la page 11.

Si vous êtes un·e Membre à vie, votre protection demeure en vigueur tant et aussi longtemps que vous demeurez un·e membre de la Guilde.

La protection de votre conjoint·e prend fin en même temps que la vôtre ou si vous passez au Niveau I, qui n'offre pas une couverture familiale. Celle d'un·e enfant à charge prend fin en même temps que la vôtre, si vous passez au Niveau I ou quand celui ou celle-ci n'est plus admissible comme personne à charge … selon la première éventualité.

PRESTATIONS DE SURVIVANT·E

Si vous décédez pendant que vous êtes membre actif·ve et en règle, vos personnes à charge survivantes continueront de bénéficier d'une couverture. Reportez-vous au tableau ci-dessous pour connaître le niveau de couverture qui leur sera offert.

Niveau de couverture au décès du ou de la membre	Niveau de couverture des survivant·es
Niveau I	Niveau II – indiv. ou famille
Niveau II	Niveau II – indiv. ou famille
Niveau III	Niveau III – indiv. ou famille
Membre à vie – indiv. ou famille	Membre à vie améliorée – indiv. ou famille
Membre à vie améliorée – indiv. ou famille	Membre à vie améliorée – indiv. ou famille

La durée de la couverture offerte à vos personnes à charge survivantes sera déterminée en fonction de vos années d'adhésion à la Guilde, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Années d'adhésion à la Guilde	Période de couverture continue
Moins de 25 années	2 ans
25 années et plus	3 ans

Soins dentaires

Nous avons tous et toutes besoin de soins dentaires, mais l'importance des soins requis peut varier énormément selon la qualité de notre dentition et nos antécédents dentaires. Cela dit, le régime *Bénéfices DGC* vous offre une gamme de traitements préventifs, courants et de restauration qui vous aideront, votre famille et vous, à garder le sourire.

- Niveaux de couverture
- Garanties maximales et franchises
- Frais admissibles
- Exclusions
- Fin de la protection
- Prestations de survivant·e

NIVEAUX DE COUVERTURE

Le régime *Bénéfices DGC* offre trois niveaux de couverture distincte, dont un aperçu est donné à la page 6.

Chaque année, au moment de renouveler votre inscription à l'assurance, vous vous verrez automatiquement attribuer un niveau de couverture pour l'année du régime à venir, et ce, selon vos contributions des producteur·trices. Si votre niveau de couverture automatique ne vous offre pas les protections dont vous avez besoin, vous pourriez avoir l'option d'améliorer votre couverture. Si vous passez à une couverture supérieure, n'oubliez pas que votre nouvelle couverture s'appliquera à toutes vos protections dans le cadre du régime *Bénéfices DGC*. Si vous désirez connaître les critères d'admissibilité applicables pour améliorer votre couverture, reportez-vous aux pages 11 et 12.

Les frais dentaires sont remboursés (selon votre niveau de couverture et les taux de remboursement applicables), à condition :

- qu'ils soient engagés pour des traitements habituels et raisonnables;
- que leur montant respecte le barème des honoraires courant du ou de la dentiste généraliste (approuvé dans votre province de résidence); et
- qu'ils portent sur des services rendus ou prescrits par un·e dentiste ou un·e denturologiste.

Les frais supérieurs à ceux figurant dans le barème des honoraires en vigueur ne sont pas remboursés. Quand aucun montant à rembourser n'est indiqué dans le barème des honoraires applicable, la compagnie d'assurance établira un montant jugé raisonnable.

GARANTIES MAXIMALES

Les garanties maximales sont calculées en fonction d'une année civile, sauf dans le cas des traitements orthodontiques, qui sont assujettis à un plafond viager.

N'oubliez pas que vous pouvez utiliser votre compte de gestion des dépenses santé (CGDS) pour absorber le coût des services et traitements qui sont exclus, en tout ou en partie, de votre niveau de couverture.

FRAIS ADMISSIBLES

Les fournitures et services suivants sont remboursés (selon votre niveau de couverture et les taux de remboursement applicables) :

Couverture de soins dentaires de base	NIVEAU I	NIVEAU II, III et couverture Membre à vie améliorée
Services diagnostiques couverts :		
• Examen buccal complet	-	1x tous les 3 ans
• Examens d'urgence, de pathologie buccale, parondontaux, de chirurgie buccale, prosthodontiques et endodontiques	-	Au besoin
• Examens buccaux limités	1x par année civile	2x par année civile, mais 1x au cours des années où vous subissez un examen buccal complet
• Examens parodontaux limités	1x par année civile	2x par année civile
• Série complète de radiographies	–	1x tous les 3 ans
• Radiographies intrabuccales – jusqu'à 15 images	–	1x tous les 3 ans
• Radiographies panoramiques	–	1x fois tous les 3 ans, sauf quand elle est obtenue au cours de la même année qu'une série complète
• Sialographies	–	√
• Radiographies extrabuccales (autres que les radiographies panoramiques et sialographies);	–	√
• Substances radio-opaques qui permettent de voir les lésions buccales	–	√
• Interprétation de radiographies	–	√
• Analyses microbiologiques, histologiques, cytologiques et de la vitalité pulpaire	–	√
• Rapports de laboratoire	–	√
Soins préventifs et courants couverts :		
• Détartrage préventif (une unité de temps = 15 minutes)	1unité par année civile	Unités de détartrage incluses dans les « examens parodontaux »
• Polissage	1x par année civile	2x par année civile
• Application topique de fluorure	1x tous les 12 mois	2x tous les 12 mois
• Radiographie interproximale	1x par année civile	–
• Présentation des principes de l'hygiène bucco-dentaire	1x à vie	
Soins préventifs et courants couverts :		
• Agents de scellement de puits et fissures sur prémolaires et molaires permanentes	–	1x tous les 5 ans
• Mainteneurs d'espace	–	Pour les dents centrales ou latérales manquantes
• Dispositifs servant à contrôler les mauvaises habitudes	–	√
• Finition d'obturations	–	√
• Meulage interproximal des dents	–	√
• Retouches aux contours des dents	–	√

- Soins de restaurations mineurs :
  - obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques (les obturations de remplacement ne sont remboursées que si les obturations existantes remontent à au moins deux ans ou n'étaient pas remboursées aux termes du présent régime);
  - traitement des caries et blessures, et soulagement de la douleur;
  - tenons dentinaires et tenons préfabriqués pour obturations;
  - couronnes préfabriquées pour dents de lait.
- Entretien des prothèses amovibles :
  - regarnissage des prothèses amovibles ayant au moins six mois, une fois tous les trois ans;
  - rebasage des prothèses amovibles ayant au moins deux ans, une fois tous les trois ans;
  - base élastique (au moins trois mois après la mise en place de la prothèse amovible), une fois tous les trois ans.
- Chirurgie buccale :
  - obturateurs palatins;
  - extraction de dents;
  - remodelage et retouches nécessaires aux contours des tissus buccaux (gingivoplastie, stomatoplastie et alvéoloplastie mineure);
  - exposition chirurgicale de dents;
  - excision chirurgicale de tumeurs, de kystes et de granulomes;
  - incisions chirurgicales;
  - traitement de fractures;
  - traitement de malformations maxillo-faciales.
- Soins complémentaires :
  - soulagement de la douleur (en cas d'urgence seulement);
  - injections thérapeutiques;
  - anesthésie nécessaire à la prestation des soins couverts.

Restaurations majeures

- Couronnes et incrustations de surface, à condition que la dent présente des dommages structurels trop importants pour être réparée correctement au moyen d'un autre acte dentaire (la protection relative aux couronnes sur les molaires se limite au coût des couronnes en métal; le coût des incrustations de surface composées de matériaux esthétiques sur les molaires se limite au coût des incrustations de surface en métal). Quand une couronne ou une incrustation de surface est exécutée, mais qu'une dent aurait pu être remise en état autrement, une prestation de remplacement est fournie.
- Couronnes et incrustations de surface de remplacement, à condition que la restauration existante remonte à au moins cinq ans et ne puisse être réparée.
- Prothèses amovibles complètes ou partielles standard destinées à remplacer une ou plusieurs dents extraites pendant que le ou la membre est assuré·e en vertu du présent régime.
- Implantologie.
- Prothèses complètes ou ponts amovibles pour remplacer des dents extraites pendant que le ou la membre est assuré·e en vertu du présent régime, lorsqu'une prothèse amovible complète ou partielle standard ne constitue pas une possibilité de traitement satisfaisante. La protection

relative aux appareils de rétention (crampons) et pontiques composés de matériaux esthétiques sur les molaires se limite au coût des appareils de rétention et pontiques en métal.

- emplacement de tout dentier ou pont :
    - de transition;
    - âgé d'au moins cinq ans et inutilisable;
    - ou âgé de moins de cinq ans, mais devenu inutilisable à la suite de la mise en place d'une prothèse antagoniste ou de l'extraction de dents additionnelles. Lorsque d'autres dents doivent être extraites et que l'appareil existant peut être adapté, la protection se limite au remplacement des dents additionnelles.
- Entretien des prothèses amovibles :
    - réfection de prothèses amovibles une fois tous les trois ans;
    - ajustement de prothèses amovibles une fois l'an;
    - réparations de prothèses amovibles et ajouts;
    - conditionnement des tissus;
    - repositionnement des dents d'une prothèse amovible;
    - enlèvement, réparation et recimentation de prothèses conjointes;
    - chirurgie liée au port d'une prothèse amovible pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux.

Traitements parodontaux

- Détartrage et surfaçage radiculaire, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de huit « unités de temps » par année civile. Une unité de temps dure 15 minutes.
- Chirurgie parodontale.
- Ajustement et équilibration occlusaux, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre « unités de temps » par année civile.
- Appareils parodontaux, y compris les ajustements, les regarnissages et les réparations.

Traitements endodontiques

- Traitement de la chambre pulpaire.
- Traitements radiculaires des dents permanentes – un traitement par dent (un traitement supplémentaire n'est remboursé que si le traitement initial n'a pas donné les résultats attendus dans les 18 mois suivants).
- Apexification.
- Soins périapicaux.

Traitements orthodontiques (Niveau III seulement)

- Services diagnostiques :
    - examens orthodontiques;
    - radiographies céphalométriques;
    - photographies diagnostiques;
    - modèles d'étude orthodontiques.
- Appareils orthodontiques fixes et amovibles, y compris les frais associés à l'observation, aux ajustements, aux réparations, aux modifications, à l'enlèvement et au mordençage.

PLAN DE TRAITEMENT

Sachez à quoi vous attendre en termes de remboursement, avant même que le traitement ne commence.

Pour tous les traitements autres que des soins dentaires de routine, nous vous recommandons fortement de demander à votre dentiste de fournir à la Canada Vie un plan de traitement avant le début du traitement en question. Un plan de traitement est simplement la description de la procédure proposée et des coûts afférents. La Canada Vie le passera en revue et vous fera part de la portion des coûts qui est couverte, le cas échéant.

EXCLUSIONS

Peu importe votre niveau de couverture, le régime *Bénéfices DGC* ne verse aucune prestation et n'accepte aucune responsabilité à l'égard des demandes de règlement pour soins dentaires portant sur les dépenses suivantes, sans toutefois s'y restreindre :

- radiographies en double;
- appareils sur mesure d'application topique de fluorure;
- présentation audiovisuelle des principes de l'hygiène bucco-dentaire et en matière de nutrition;
- traitement radiculaire des dents de lait;
- isolation de dent(s);
- élargissement des chambres pulpaires;
- implants intraosseux et intracoronaires;
- désensibilisation;
- application topique d'agents antimicrobiens;
- irrigation parodontale sous gingivale;
- frais de traitement post-chirurgical;
- réévaluations parodontales;
- obturateurs de fissure palatine;
- hypnose;
- interventions d'alvéoloplastie ou de gingivoplastie exécutées parallèlement à des extractions;
- acupuncture;
- facettes;
- retouches aux contours des couronnes;
- porcelaine résistant aux taches;
- incrustations (sauf quand elles sont offertes à titre de prestation de remplacement);
- couronnes ou incrustations de surface, lorsque la dent aurait pu être réparée correctement au moyen d'un autre acte dentaire;
- prothèses de recouvrement ou pont initial, lorsqu'une prothèse amovible complète ou partielle standard aurait constitué une possibilité de traitement satisfaisante;
- frais remboursés aux termes d'une autre police (c.-à-d. dans le cadre d'un autre régime collectif);
- dépenses qu'une compagnie d'assurance n'est pas autorisée à rembourser en vertu de la loi;
- services et fournitures auxquels vous avez droit gratuitement, en vertu de la loi;
- frais facturés uniquement parce que vous êtes assuré·e;
- services ou fournitures qui ne sont pas jugés raisonnables;
- traitements donnés uniquement à des fins d'esthétique;
- traitement de l'articulation temporomandibulaire (ATM);
- frais engagés par suite d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation délibérée à une émeute.

FIN DE LA PROTECTION

Vous demeurez assuré·e, pourvu que vous continuiez d'accumuler des contributions des producteur·trices suffisantes, que vous utilisiez les sommes détenues dans votre réserve en dollars ou que vous payiez de votre poche pour souscrire à cette protection (à condition d'être un·e membre actif·ve et en règle). Pour plus de renseignements sur le maintien de la couverture, voir *Amélioration de votre couverture* aux pages 11 et 12. La protection de votre conjoint·e prendra fin en même temps que la vôtre, ou si vous passez au Niveau I, qui n'offre aucune protection familiale. Celle d'un·e enfant à charge cessera en même temps que la vôtre, si vous passez au Niveau I ou lorsque l'enfant ne répondra plus à la définition de personne à charge, selon la première éventualité.

PRESTATIONS DE SURVIVANT·E

Si vous décédez pendant que vous êtes membre actif·ve et en règle, vos personnes à charge survivantes continueront de bénéficier d'une couverture. Reportez-vous au tableau ci-dessous pour connaître le niveau de couverture qui leur sera offert.

Niveau de couverture au décès du ou de la membre	Niveau de couverture des survivant·es
Niveau I	Niveau II – indiv. ou famille
Niveau II	Niveau II – indiv. ou famille
Niveau III	Niveau III – indiv. ou famille
Membre à vie – indiv. ou famille	Membre à vie améliorée – indiv. ou famille
Membre à vie améliorée – indiv. ou famille	Membre à vie améliorée – indiv. ou famille

La durée de la couverture offerte à vos personnes à charge survivantes sera déterminée en fonction de vos années d'adhésion à la Guilde, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Années d'adhésion à la Guilde	Période de couverture continue
Moins de 25 années	2 ans
25 années et plus	3 ans

Soins d'urgence à l'étranger/hors de la province

Une urgence médicale peut se produire n'importe où et n'importe quand. Pour vous prémunir contre ce genre d'imprévu, le régime *Bénéfices DGC* vous offre une assurance importante qui vous protège, vous et votre famille, lorsque vous séjournez à l'extérieur de votre province de résidence.

- Niveaux de couverture
- Frais admissibles
- Fin de la protection
- Prestations de survivant·e

NIVEAUX DE COUVERTURE

Votre protection pour soins d'urgence à l'étranger/hors de la province dépend de votre niveau de couverture, comme indiqué à la page 5.

FRAIS ADMISSIBLES

Outre le remboursement des frais afférents aux soins médicaux dispensés d'urgence, la protection pour soins d'urgence à l'étranger/hors de la province est également assortie d'une aide de voyage d'urgence.

Soins médicaux d'urgence

Le régime couvre le coût des soins requis si vous êtes affecté·e par une blessure ou une maladie aiguë soudaine et imprévue pendant un voyage à l'extérieur de votre province de résidence, que ce soit pour prendre des vacances, pour affaires ou à des fins de formation. Si vous êtes protégé·e dans le cadre du régime d'assurance maladie de votre province, le régime prévoit le remboursement des frais habituels et raisonnables engagés pour obtenir :

- un lit dans une chambre à deux lits;
- les services d'un·e médecin;
- des services diagnostiques;
- des services hospitaliers et les fournitures connexes;
- le traitement d'une blessure aux dents;
- et des soins en clinique externe.

Si vous détenez la couverture du Niveau II ou III et avez moins de 80 ans, le régime rembourse les frais engagés dans les 90 jours suivant votre départ du Canada, à moins que vous ne soyez toujours hospitalisé·e une fois ces 90 jours écoulés, en quel cas votre protection est prolongée jusqu'à ce que vous receviez votre congé de l'hôpital. La garantie maximale viagère est de cinq millions de dollars (5 M $), (jusqu'à 1 M $ entre 70 et 79 ans).

Les Membres à vie qui ont moins de 80 ans sont couvert·es pour des voyages d'une durée maximale de 90 jours. Les limites monétaires décrites ci-dessus sont applicables.

Si votre état de santé permet que vous rentriez au Canada, vous obtiendrez une protection fondée sur le moindre de ces deux montants :

- ce qu'il en coûterait pour poursuivre le traitement à l'extérieur du Canada; et
- ce qu'il en coûterait pour obtenir un traitement comparable au Canada, plus le coût du voyage de retour.

Limitations

Les exclusions indiquées pour la garantie de soins de santé sont aussi applicables aux soins médicaux d'urgence.

De plus, les services ou fournitures médicaux d'urgence qui sont fournis au Canada, mais hors de votre province de résidence, ne sont pas couverts, à moins :

- que la personne soit assurée en vertu du régime d'assurance-maladie de sa province ou en vertu d'un régime parrainé par le titulaire du régime qui remplace l'assurance gouvernementale; et
- que ce régime ait couvert les mêmes services ou fournitures si la personne les avait obtenus dans sa province de résidence.

Aide de voyage d'urgence

Quand vous, et les personnes à votre charge admissibles, êtes en voyage, que ce soit pour prendre des vacances, pour affaires ou à des fins de formation, vous avez accès à l'Assistance médicale globale (AMG), un réseau de communication mondial. Si une urgence médicale survenait à l'étranger (ou hors de votre province), l'AMG peut vous aider à trouver des services médicaux et à obtenir l'approbation de la Canada Vie relativement aux services couverts, et ce, en tout temps, jour et nuit.

Sous réserve de l'approbation préalable de la Canada Vie, les services couverts comprennent :

- l'évacuation sanitaire vers l'hôpital approprié le plus proche;
- le versement de toute somme exigée à l'arrivée à l'hôpital pour y être admis·e (jusqu'à concurrence de 1 000 $);
- l'évacuation sanitaire quand il n'est pas possible d'obtenir des soins adéquats sur place; si vous voyagez à l'intérieur du Canada, vous serez transporté·e vers l'hôpital approprié le plus proche; alors que si vous voyagez à l'extérieur du Canada, vous serez transporté·e vers l'hôpital le plus proche où se trouve l'équipement requis pour donner le traitement, ou à destination d'un hôpital canadien;
- l'hébergement, les frais et le voyage de retour, ainsi que les services de gardiennage, quand des enfants accompagnent le ou la voyageur·se et qu'ils ou elles se retrouvent seul·es en raison de l'hospitalisation ou du décès de la personne assurée;
- le transport aller-retour en classe économique et l'hébergement d'un·e membre de la famille de la personne assurée voyageant seule, qui vient la rejoindre après que la personne assurée a été hospitalisée plus de sept jours;
- l'hébergement et les frais d'un·e membre de la famille qui reste avec la personne assurée hospitalisée, et dont le voyage de retour a été retardé;
- le coût du voyage de retour, à un coût comparable, pour une personne assurée et un compagnon de voyage, lorsque les billets réservés et prépayés en vue du voyage de retour

ne peuvent être utilisés parce que la personne assurée est hospitalisée; un véhicule de location n'est pas considéré être un transport de retour réservé et prépayé;

- jusqu'à 1 000 $ pour assurer le retour du véhicule à votre lieu de résidence ou à l'agence de location la plus proche, en cas de décès ou d'hospitalisation de la personne assurée – cette prestation n'est pas payable quand le voyage de retour, à un coût comparable, est payé;
- la préparation et le transport de retour de la dépouille d'une personne décédée qui est assurée aux termes du régime.

Les prestations de logement se limitent à un hébergement de qualité modérée et à 1 500 $ par séjour. La protection offerte pour les déplacements au Canada se limite aux urgences survenant à plus de 500 kilomètres du lieu de résidence de la personne assurée.

Restrictions

La protection pour soins d'urgence à l'étranger/hors de la province ne comprend pas l'assurance annulation et/ou interruption de voyage, pas plus qu'une prestation pour bagages perdus ou volés.

FIN DE LA PROTECTION

Vous cessez de bénéficier de la protection pour soins d'urgence à l'étranger/hors de la province à votre 80e anniversaire ou lorsque vous n'êtes plus un·e membre actif·ve et en règle de la GCR, selon celui de ces deux scénarios à survenir le premier.

La couverture de votre conjoint·e est résiliée en même temps que la vôtre ou lorsque votre conjoint·e atteint 80 ans, selon celui de ces deux scénarios à survenir le premier.

La couverture d'un·e enfant à charge est résiliée en même temps que la vôtre ou lorsque l'enfant n'est plus admissible à titre de personne à charge, selon celui de ces deux scénarios à survenir le premier.

PRESTATIONS DE SURVIVANT·E

Si vous décédez pendant que vous êtes membre actif·ve et en règle, vos personnes à charge survivantes continueront de bénéficier d'une couverture. Reportez-vous au tableau ci-dessous pour connaître le niveau de couverture qui leur sera offert.

Niveau de couverture au décès du ou de la membre	Niveau de couverture des survivant·es
Niveau I	Niveau II – indiv. ou famille
Niveau II	Niveau II – indiv. ou famille
Niveau III	Niveau III – indiv. ou famille
Membre à vie – indiv. ou famille	Membre à vie améliorée – indiv. ou famille
Membre à vie améliorée – indiv. ou famille	Membre à vie améliorée – indiv. ou famille

La durée de la couverture offerte à vos personnes à charge survivantes sera déterminée en fonction de vos années d'adhésion à la Guilde, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Années d'adhésion à la Guilde	Période de couverture continue
Moins de 25 années	2 ans
25 années ou plus	3 ans

Assurance invalidité de courte durée

Si vous êtes incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure non liée au travail ou non causée par un accident de la route, le régime *Bénéfices DGC* pourrait vous offrir une précieuse protection financière.

- Admissibilité
- Prestations d'ICD
- Définition d'« invalidité »
- Processus de traitement des demandes de prestations
- Vos responsabilités
- Récidive ou nouvelle invalidité
- Confidentialité
- Vos options en cas de refus de votre demande
- Réduction des prestations
- Limitations et exclusions
- Fin des prestations d'invalidité
- Fin de la garantie d'invalidité

ADMISSIBILITÉ

À compter du 1er janvier 2027, pour être admissible aux prestations d'invalidité de courte durée (ICD) en vertu des Niveaux II et III, vous devrez avoir travaillé au moins 14 jours dans le cadre d'un ou plusieurs contrats Guilde ou d'ententes de participation, pour lesquels des contributions auront été versées en votre nom, et ce, dans les 12 mois précédant la date de votre invalidité.

Note sur l'admissibilité

Vous devez soumettre votre demande dans les 90 jours suivant la date de la maladie ou de la blessure.

Lors de chaque période de renouvellement de l'assurance, votre admissibilité et votre couverture sont déterminées en fonction de vos contributions des producteur·trices des deux années précédentes. **Vous ne pouvez pas améliorer votre couverture pour être admissible à l'ICD,** ou accroître le montant de vos prestations.

Exemples :

- Si vous êtes admissible au Niveau II, puis êtes passé·e au Niveau III en améliorant votre couverture, vous serez couvert·e en vertu du Niveau II de l'assurance invalidité.
- Si vous êtes admissible au Niveau I, puis êtes passé·e au Niveau II ou III en améliorant votre couverture, vous n'êtes pas admissible à l'ICD.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles :

- Les membres détenant la Couverture de base ou le Niveau I
- Les membres détenant la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée, et les membres de plus de 75 ans
- Les membres en retrait honorable
- Les personnes à charge des membres, peu importe le niveau de couverture.

Pour être admissible à des prestations d'invalidité, la Canada Vie doit considérer que vous êtes en état d'invalidité totale (selon la définition indiquée ci-après). Vous devez aussi participer à :

- un programme de traitement et de soins approprié qui est prescrit ou exécuté par un·e médecin agréé·e (y compris un·e spécialiste autorisé·e, le cas échéant);

- un programme de traitement des dépendances approuvé qui est supervisé par un·e spécialiste médical·e qualifié·e (si l'abus d'alcool, de drogues, de substances ou autre contribue à votre invalidité); ou
- un programme de réadaptation recommandé par la Canada Vie.

Voir « *Limitations et exclusions* » à la page 44 pour plus de détails.

PRESTATIONS D'ICD

Après une période d'attente de 14 jours civils, le régime vous fournira les prestations suivantes pendant un maximum de 26 semaines :

- **Niveau II :** 320 $ par semaine
- **Niveau III :** Minimum de 320 $, *jusqu'à* 1 400 $ par semaine

Les prestations d'invalidité hebdomadaires versées aux membres de Niveau III atteint d'une incapacité se limiteront à 100 % du salaire hebdomadaire moyen du ou de la membre avant le début de son invalidité, sous réserve d'un minimum de 320 $. Toutes les prestations d'invalidité sont assujetties à l'impôt sur le revenu.

Exemple:

Si vous avez été blessé·e le 1er janvier 2027, votre revenu brut du 1er juillet 2024 au 30 juin 2026 serait utilisé. (Même période utilisée pour calculer la couverture par défaut.)

Scénario 1 Votre revenu brut : 59 000 $
Calcul des prestations : 59 000 $/104 semaines = **567,31 $ par semaine**

Scénario 2 Votre revenu brut : 146 000 $ ou plus
Calcul des prestations : 146 000 $/104 semaines = 1 403,85 $ par semaine.
Dans ce cas, vous recevriez le maximum de **1 400 $ par semaine**

Si vous présentez une demande de prestations tard au cours d'une année et que votre période d'invalidité se prolonge pendant l'année du régime suivante, le même niveau de couverture demeurera en vigueur jusqu'à la fin de votre période d'invalidité, et ce, même si ce niveau change pour la nouvelle année du régime.

Revenu hebdomadaire moyen avant l'invalidité

=

Revenu pendant la période de 24 mois terminée le 30 juin précédant l'année de votre invalidité, divisé par le nombre de semaines de cette période (c.-à-d., 104 semaines).

DÉFINITION D'« INVALIDITÉ »

Vous êtes considéré·e comme étant en invalidité si :

- en raison d'une blessure ou d'une maladie, vous êtes incapable d'accomplir les tâches essentielles de votre poste habituel; et

- vous n'occupez pas un poste qui vous verse un revenu équivalent ou supérieur aux prestations payables en vertu du régime (sauf s'il s'agit d'emploi occupé en vertu d'un programme de réadaptation approuvé).

PROCESSUS DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE PRESTATIONS

Si vous subissez une invalidité, AGA Assurances collectives et la Canada Vie vous appuieront pendant le traitement de votre demande de prestations. Voici comment ce processus se déroule.

1. AGA Assurances collectives vous indiquera comment vous procurer les formulaires de demande de prestations nécessaires, y compris une *Déclaration du salarié*, qui comprend une *Autorisation du salarié*, ainsi qu'une *Déclaration du médecin traitant* devant être remplie par votre médecin. Veuillez vous reporter à la section « *Déposer vos demandes de règlement* » à la page 71.
2. AGA Assurances collectives fournira séparément un formulaire rempli à la Canada Vie, pour les aider à évaluer votre demande et à déterminer votre admissibilité à des prestations d'invalidité.
3. Les formulaires fournissent les renseignements nécessaires au ou à la gestionnaire de cas de la Canada Vie pour déterminer votre admissibilité à un soutien financier et la meilleure façon d'aborder votre état de santé.
4. Le ou la gestionnaire de cas communiquera avec vous et AGA Assurances collectives pour discuter du processus de gestion de l'invalidité et obtenir les renseignements additionnels dont la Canada Vie a besoin pour effectuer son évaluation.
5. Si votre demande est approuvée, votre gestionnaire de cas restera en contact avec vous et votre médecin pour préciser la date prévue de retour au travail et déterminer si vous avez besoin d'aide additionnelle pour vous rétablir et vous préparer à reprendre le travail.
6. L'aide additionnelle en question pourrait prendre l'une des formes suivantes :
    - consultations avec le ou la médecin traitant·e;
    - évaluations indépendantes visant à mieux comprendre votre état de santé;
    - obtention d'un soutien au traitement par l'intermédiaire d'un·e coordonnateur·trice médical·e;
    - obtention d'un soutien pour le retour au travail par l'intermédiaire d'un·e conseiller·ère en réadaptation.

VOS RESPONSABILITÉS

Pendant une période d'invalidité, vous serez appelé·e à déployer des efforts raisonnables pour :

- fournir une preuve acceptable de votre invalidité dans les 90 jours suivant la date où elle a débuté;
- participer pleinement au processus de gestion de l'incapacité, en obtenant notamment un traitement et des soins appropriés;
- vous rétablir et être prêt·e à reprendre le travail;
- maintenir des communications courantes avec le ou la gestionnaire de cas de la Canada Vie et avec AGA Assurances collectives, au besoin;

- informer le ou la gestionnaire de cas si vous retournez au travail;
- informer le ou la gestionnaire de cas de tout changement de votre état de santé; et
- participer activement à vos plans de préparation au retour au travail.

Si vous ne déployez pas ces efforts raisonnables, vos prestations pourraient être modifiées, retardées, retenues ou résiliées.

RÉCIDIVE OU NOUVELLE INVALIDITÉ

Les exemples figurant ci-dessous décrivent le processus de demande de prestations dans le cas d'une récidive ou d'une nouvelle invalidité qui survient après que vous avez reçu des prestations en vertu d'une demande initiale. Les exemples reposent sur les facteurs suivants :

1. si vous avez reçu des prestations pendant la période maximale de 26 semaines pour votre demande initiale; et
2. si, après la demande initiale, votre invalidité récidive ou vous subissez une nouvelle invalidité dans les 30 jours suivant la clôture de la demande précédente ou suivant votre retour au travail (ou suivant la date où vous êtes considéré·e, par la Canada Vie, comme étant prêt·e à reprendre le travail, même si aucun travail n'est disponible).

Exemples :

a) Vous avez demandé des prestations d'invalidité et en avez reçu pendant six semaines. Vous vous rétablissez (vous reprenez ou non le travail, mais cessez d'être en état d'invalidité), mais subissez une nouvelle incapacité en raison de la *même cause ou d'une cause connexe dans les 30 jours* suivant la clôture de la demande précédente. Ce dossier peut alors être ouvert de nouveau, sans période d'attente, après quoi vous pourriez continuer de recevoir des prestations pendant les 20 semaines qui restent (jusqu'à concurrence du maximum de 26 semaines).

b) Vous avez demandé des prestations d'invalidité et en avez reçu pendant six semaines. Vous vous rétablissez, mais subissez une nouvelle incapacité *plus de 30 jours* après la clôture de la demande précédente. Peu importe si votre maladie ou blessure est attribuable à la même cause que la première demande ou à une cause connexe, vous pouvez seulement présenter une nouvelle demande après avoir travaillé pendant au moins 14 jours au cours de la période de 12 mois suivant la clôture de votre première demande (en supposant que vous demeuriez admissible). Si votre demande est approuvée, vous devrez satisfaire à une nouvelle période d'attente de 14 jours et vous pourriez avoir droit à des prestations jusqu'à 26 semaines.

c) Vous avez demandé des prestations d'invalidité et en avez reçu pendant la période maximale de 26 semaines. Vous vous rétablissez, mais subissez une nouvelle incapacité – en raison de la *même cause ou d'une cause connexe – dans les 30 jours* suivant la clôture de votre demande précédente. Bien que la période de récidive *de 30 jours* n'ait pas encore pris fin, vous n'êtes pas admissible à un prolongement de la demande antérieure, puisque les prestations ont été versées pendant la période intégrale de 26 semaines. Vous pourrez présenter une nouvelle demande après avoir travaillé au moins 14 jours pendant la période de 12 mois suivant la clôture de votre première demande.

d) Vous avez demandé des prestations d'invalidité et en avez reçu pendant la période maximale de 26 semaines. Vous vous rétablissez, mais subissez une nouvelle incapacité *plus de 30 jours* après la clôture de la demande précédente. Peu importe si votre maladie ou blessure est attribuable à la même cause que la première demande ou à une cause connexe, vous pouvez seulement présenter une nouvelle demande après avoir travaillé pendant au moins 14 jours au

cours de la période de 12 mois suivant la clôture de votre première demande (en supposant que vous demeuriez admissible). Si votre demande est approuvée, vous devrez satisfaire à une nouvelle période d'attente de 14 jours et vous pourriez avoir droit à des prestations jusqu'à 26 semaines.

VOS RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SONT CONFIDENTIELS

Vos renseignements médicaux sont toujours considérés comme étant confidentiels et ne seront pas transmis à la Guilde. Tout au long du processus de traitement de votre demande de prestations d'invalidité, la Canada Vie fournira à AGA Assurances collectives des rapports d'étape concernant vos limitations et votre capacité de reprendre le travail – sans partager les détails médicaux.

La Canada Vie utilise seulement vos renseignements médicaux pour s'assurer de comprendre pleinement votre état de santé. Elle vous demande de fournir une autorisation écrite (à l'aide du formulaire *Autorisation du salarié*) pour commencer à évaluer votre demande, contacter votre médecin ou fournir des rapports d'étape à AGA Assurances collectives, au besoin.

VOS OPTIONS EN CAS DE REFUS DE VOTRE DEMANDE

Vous avez le droit de porter en appel le refus de votre demande de prestations avec la Canada Vie. La lettre de refus fera état des renseignements requis pour examiner votre demande d'appel. Nous vous recommandons de faire parvenir ces renseignements à la Canada Vie sans tarder pour assurer une décision rapide. Pour obtenir de l'aide, communiquez avec AGA Assurances collectives.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

Vos prestations d'invalidité seront réduites en fonction :

- de toutes prestations auxquelles vous avez droit en votre propre nom (pour le même état d'invalidité) de la part du Régime de pensions du Canada/Régime de rentes du Québec, du régime d'assurance-emploi ou d'autres régimes d'État comparables;
- de toutes prestations de retraite auxquelles vous avez droit de la part du Régime de rentes du Québec étant donné que vous recevez déjà des prestations d'invalidité de ce régime; ou
- des prestations prévues en vertu d'un régime émanant d'un autre pays ayant conclu une entente de réciprocité avec le Régime de pensions du Canada ou le Régime de rentes du Québec.

Si aucune réduction n'a été appliquée à vos prestations d'invalidité, la Canada Vie aura le droit d'en calculer une estimation conformément aux modalités des régimes en question ou de la législation applicable.

Vos prestations d'invalidité sont aussi réduites en fonction du revenu que vous recevez d'un régime de réadaptation approuvé.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Aucune prestation d'invalidité ne sera versée pour toute période précédant le début d'un traitement par un·e médecin autorisé·e, ou pour toute période d'emploi, sauf si cet emploi est occupé en vertu d'un programme ou plan de réadaptation autorisé.

Aucune prestation ne sera versée non plus si :

- votre invalidité est le résultat d'un accident de la route;
- vous ne participez ou ne coopérez pas à un programme de traitement raisonnable et habituel;
- vous recevez des prestations de chômage, de maternité, parentales ou de soignant·e en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* (sauf si les règlements provinciaux l'exigent ou si votre invalidité a été causée par les complications d'une grossesse);
- votre invalidité est le résultat d'une blessure ou d'une maladie qui est couverte par un programme d'indemnisation des travailleur·ses;
- vous êtes légalement emprisonné·e;
- vous recevez des prestations d'invalidité d'un autre régime en raison d'une invalidité récidivante;
- votre invalidité est le résultat d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute;
- votre absence est attribuable à une chirurgie plastique pratiquée à des fins purement esthétiques; ou
- votre invalidité survient alors que vous commettez ou tentez de commettre un acte criminel.

FIN DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Les prestations d'invalidité cesseront d'être versées lors de la première des éventualités suivantes :

- votre rétablissement (c.-à-d. que vous n'êtes plus considéré·e comme souffrant·e d'une invalidité totale, tel que ce terme est défini plus haut);
- la fin de la période de prestations maximale de 26 semaines;
- vous ne participez ou ne coopérez pas au programme de coordination médicale ou à un plan ou programme de réadaptation que la Canada Vie a recommandé ou approuvé;
- si vous recevez des prestations d'invalidité et travaillez ne serait-ce qu'une journée – à moins que ce travail ne s'inscrive dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par la Canada Vie;
- la résiliation de votre adhésion à la Guilde; ou
- votre décès.

FIN DE LA GARANTIE D'INVALIDITÉ

La garantie d'invalidité prend fin lors de la première des éventualités suivantes :

- si vous n'avez pas accumulé suffisamment de contributions pour détenir le Niveau de couverture II ou III pendant l'année du régime;
- la résiliation de votre adhésion à la Guilde;
- votre 75e anniversaire de naissance; ou
- votre décès.

Rappelez-vous :

- Les prestations d'invalidité ne sont pas payables pendant un congé autorisé (sauf si la loi provinciale l'exige).
- Si vous êtes en congé d'invalidité depuis plus de trois mois, votre protection en vertu du régime *Bénéfices DGC* restera en vigueur en fonction du niveau minimal de votre couverture par défaut pendant un maximum de deux cycles de renouvellement de l'assurance.

  Toutefois: la couverture ICD ne sera pas incluse dans votre couverture garantie, à moins que vous n'ayez travaillé et gagné suffisamment de contributions pour avoir droit au Niveau II ou au Niveau III.

Assurance vie

Le régime *Bénéfices DGC* prévoit une assurance vie pour contribuer à veiller à la protection financière de votre famille.

- Niveaux de couverture
- Bénéficiaires
- En cas de modification du niveau de couverture
- Réduction de la protection à 80 ans
- Fin de la protection

NIVEAUX DE COUVERTURE

La protection d'assurance vie dont vous bénéficierez pour vous et votre famille dépend de votre niveau de couverture et des limites d'âge, comme indiqué à la page 4.

On n'exige aucune preuve d'assurabilité pour obtenir la protection dans le cadre du régime *Bénéfices DGC*. Autrement dit, vous ne serez pas tenu·e de fournir une preuve de bonne santé, de remplir un questionnaire médical ou de subir un examen médical.

BÉNÉFICIAIRES

Vous serez automatiquement le ou la bénéficiaire de toute prestation de décès liée à la mort de votre conjoint·e ou d'un·e enfant à charge admissible. Vous pouvez désigner un·e ou plusieurs bénéficiaires relativement aux prestations qui seraient versées à la suite de votre propre décès. Au moment de choisir un·e bénéficiaire (ou des bénéficiaires), veuillez garder les points suivants à l'esprit :

Bénéficiaires multiples – Si vous désignez plus d'un·e bénéficiaire, chaque bénéficiaire reçoit le même montant, à moins d'indications contraires.

Bénéficiaires mineur·es – Si vous désignez un·e bénéficiaire d'âge mineur, cette personne ne peut toucher un quelconque paiement d'assurance avant d'avoir atteint l'âge de la majorité, à moins que vous ne preniez les mesures légales nécessaires. Ces mesures varient d'une province à l'autre. Avant de désigner un·e mineur·e à titre de bénéficiaire, nous vous recommandons de demander conseil à un avocat.

Si vous êtes un·e résident·e du Québec – Si vous désignez votre conjoint·e avec qui vous êtes marié·e ou vivez en union libre, à titre de bénéficiaire, vous devez cocher la case « révocable » pour conserver la possibilité de changer de bénéficiaire sans le consentement de votre conjoint·e par la suite. Pour modifier une désignation « irrévocable », vous devez d'abord obtenir le consentement de votre conjoint·e.

Si vous ne désignez aucun·e bénéficiaire – Les prestations de décès seront versées à votre succession.

EN CAS DE MODIFICATION DU NIVEAU DE COUVERTURE

N'oubliez pas que les montants d'assurance vie établis pour vous et les personnes à votre charge peuvent changer quand votre niveau de couverture est modifié. Par exemple, si vous passez d'une couverture du Niveau III à une couverture du Niveau II, votre protection d'assurance vie est réduite. Si vous passez au Niveau I ou à la Couverture de base, votre couverture d'assurance vie sera réduite et celle de vos personnes à charge prendra fin.

RÉDUCTION DE LA PROTECTION À 80 ANS

Si vous détenez une couverture de Niveau I, II, III, ou la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée, ou si vous êtes un·e Membre à vie International·e, celle-ci sera automatiquement ramenée à 20 000 $ lorsque vous atteindrez l'âge de 80 ans. Si vous détenez la Couverture de base, elle continuera de s'élever à 10 000 $ quand vous aurez 80 ans.

FIN DE LA PROTECTION

Votre protection est résiliée lorsque vous n'êtes plus un·e membre actif·ve et en règle de la Guilde.

La protection de votre conjoint·e est résiliée si vous perdez la couverture en vertu du Niveau II ou III.

La protection d'un·e enfant à charge est résiliée si vous perdez la couverture en vertu du Niveau II ou III, ou lorsque cet·te enfant n'est plus à votre charge, selon la première éventualité

Si vous êtes un·e Membre à vie – que ce soit au Canada ou à l'étranger – votre protection demeurera en vigueur tant et aussi longtemps que vous demeurerez un·e membre de la Guilde.

Assurance en cas de décès et mutilation accidentels (DMA)

Pour la plupart d'entre nous, rester hors de danger représente une priorité de premier plan. Or, malgré nos efforts les plus diligents, des accidents peuvent arriver. Et, quand ils surviennent, c'est rassurant de savoir qu'on détient une protection additionnelle.

L'assurance accident du régime *Bénéfices DGC* prévoit le versement de prestations en cas de blessure ou de décès causé par un accident, que ce soit au travail ou ailleurs. Ces prestations libres d'impôt sont versées à votre bénéficiaire et s'ajoutent à votre assurance vie.

- Niveaux de couverture
- Ce qui est couvert
- Ce qui n'est pas couvert
- Réduction de la protection à 80 ans
- Fin de la protection

NIVEAUX DE COUVERTURE

L'assurance en cas de décès et mutilation accidentels (DMA) est en fonction de votre niveau de couverture et des limites d'âge, tel qu'il est décrit à la page 4.

Elle n'exige aucune preuve d'assurabilité en vertu du régime *Bénéfices DGC*. Autrement dit, vous ne serez pas tenu·e de fournir une preuve de bonne santé, de remplir un questionnaire médical ou de subir des examens médicaux.

CE QUI EST COUVERT

La compagnie d'assurance versera les prestations énumérées ci-dessous si vous subissez une blessure qui entraîne l'une des pertes spécifiques au cours de la période d'un an suivant la date de l'accident. Un seul montant (le plus élevé) sera versé pour une perte, peu importe le nombre de blessures subies pendant le même accident.

Perte …		% du capital assuré
• Du pouce et de l'index de la même main • De l'ouïe d'une oreille	• De l'usage du pouce et de l'index de la même main • De tous les orteils d'un même pied	50 %
• D'une main ou d'un pied • De l'usage d'une main ou d'un pied	• De la vue complète d'un œil • De quatre doigts de la même main	75 %
• D'un bras ou d'une jambe	• De l'usage d'un bras ou d'une jambe	80 %
• De la vie • De la vue complète des deux yeux • D'une main et d'un pied • D'une main et de la vue complète d'un œil	• D'un pied et de la vue complète d'un œil • De la parole et de l'ouïe des deux oreilles • Mort cérébrale • Coma	100 %

Perte …	% du capital assuré
• Des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds • De l'usage des deux bras, des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds • Quadriplégie • Paraplégie • Hémiplégie	200 %

Autres prestations d'accident

Outre les versements en espèces, l'assurance accident du régime *Bénéfices DGC* peut également contribuer au règlement de certains des coûts suivants. Veuillez communiquer avec AGA Assurances collectives pour plus de détails concernant cette protection.

- Transport d'urgence
- Soins de santé à domicile
- Réadaptation professionnelle
- Formation professionnelle du conjoint ou de la conjointe
- Rapatriement
- Réadaptation
- Transport de membres de la famille
- Transports de remplacement
- Thérapie psychologique
- Modification du domicile et du véhicule
- Indemnité pour centre de jour
- Indemnité pour études postsecondaires
- Deuil
- Rente mensuelle en cas d'hospitalisation
- Modification du milieu de travail et mesures d'adaptation
- Conditionnement physique lié à l'invalidité
- Mobilité personnelle
- Atteintes esthétiques
- Port de la ceinture de sécurité et coussin gonflable
- VIH d'origine professionnelle
- Hépatite d'origine professionnelle
- Maladie grave
- Funérailles et inhumation
- Cotisation au REEE
- Soins parentaux
- Agression criminelle

- Transporteur public
- Identification
- Exposition aux éléments et disparition

CE QUI N'EST PAS COUVERT

Le régime ne couvre pas toute perte causée par l'un ou plusieurs des scénarios suivants, sans toutefois s'y restreindre, ou en résultant :

a) suicide ou tentative de suicide, ou toute blessure que l'assuré·e s'inflige volontairement;

b) guerre, déclarée ou non;

c) sinistres survenant pendant que l'assuré·e est en service actif à temps plein dans les forces armées ou les corps de réserve organisés d'un pays ou d'une autorité internationale;

d) décès de causes naturelles;

e) maladie ou infirmité corporelle, que la perte ou la réclamation découle, directement ou indirectement, de l'une ou l'autre de celles-ci, sauf disposition expresse contraire concernant la prestation pour maladies critiques, VIH d'origine professionnelle ou hépatite d'origine professionnelle.

En ce qui a trait au transport aérien, cette police comprend les blessures subies pendant que la personne assurée voyage comme passager à bord d'un aéronef, y monte ou en descend, si cet aéronef n'appartient pas à l'assuré·e, au titulaire de la police ni à un membre du ménage de l'assuré·e et n'est pas loué par l'un d'eux. Le transport aérien est exclu dans les circonstances suivantes :

a) si l'assuré·e agit à titre de pilote, d'exploitant ou de membre d'équipage d'un aéronef, ou apprend à piloter;

b) si l'appareil est utilisé à des fins d'épreuves ou d'essais; ou

c) si l'assuré·e est la personne qui pilote l'aéronef, apprend à le piloter ou est membre de son équipage; ou

d) si l'appareil est piloté par une autorité militaire ou sous sa tutelle, autre qu'un aéronef de type « transport » piloté par le Groupe transport aérien des Forces armées canadiennes ou par le service de transport comparable d'un autre pays; ou

e) si l'appareil est utilisé pour combattre les incendies, inspecter les lignes de transport d'électricité, inspecter les pipelines, effectuer de la photographie aérienne ou faire de l'exploration.

RÉDUCTION DE LA PROTECTION À 80 ANS

Si vous détenez une couverture de Niveau I, II ou III, ou la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée, celle-ci sera automatiquement ramenée à 20 000 $ lorsque vous atteindrez l'âge de 80 ans. Si vous détenez la Couverture de base, elle continuera de s'élever à 10 000 $ quand vous aurez 80 ans.

FIN DE LA PROTECTION

Votre protection est résiliée lorsque vous n'êtes plus un·e membre actif·ve et en règle de la Guilde.

Si vous êtes un·e Membre à vie, votre protection demeurera en vigueur tant et aussi longtemps que vous demeurerez un·e membre de la Guilde.

Assurance maladies graves

L'assurance maladies graves contribue à vous soulager du fardeau financier d'une maladie grave qui change le cours de votre vie. Si vous recevez le diagnostic d'une maladie grave couverte, vous pouvez demander des prestations, qui seront versées en une somme forfaitaire et que vous pourrez ensuite utiliser comme bon vous semble.

Ces prestations peuvent vous aider à régler des dépenses liées à la perte de revenu, aux frais et soins médicaux, aux modifications résidentielles, aux changements de carrière, au remboursement de l'hypothèque et des marges de crédit, aux congés que doit prendre votre conjoint·e pendant le traitement ou aux frais de déplacement exigibles pour vous rendre à vos traitements.

- Niveaux de protection
- Maladies couvertes
- Maladies additionnelles couvertes pour les enfants à charge
- Prestations partiellement payables pour certaines maladies
- Période d'attente
- Prestations du ou de la vivant·e
- Conditions préexistantes
- Garanties en cas de récidive du cancer
- Couverture pour occurrences multiples
- Ce qui n'est pas couvert
- Fin de la protection
- Droit de transformation
- Limitations géographiques

NIVEAUX DE PROTECTION

Le montant de l'assurance maladies graves qui vous est offerte, ainsi qu'à votre famille, sera déterminé en fonction de votre niveau de couverture, tel qu'il est décrit ci-dessous. Seuls les Niveaux II et III y sont admissibles. Les titulaires de la Couverture de base, du Niveau I et des couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée ne sont pas couvert·es.

Niveau II	Niveau III
Membre 25 000 $ Conjoint·e 5 000 $ | Enfants à charge 2 500 $	Membre 50 000 $ Conjoint·e 10 000 $ | Enfants à charge 5 000 $

MALADIES COUVERTES

Les maladies graves suivantes sont couvertes – sous réserve des limites, exclusions et définitions énoncées dans le contrat. Veuillez communiquer avec AGA Assurances collectives pour obtenir des détails spécifiques sur la police.

Chaque maladie doit répondre à certains critères avant que les prestations soient versées.

Par exemple, si vous subissez une perte d'ouïe, aucune prestation ne sera payable à moins que cette perte soit totale et irréversible et touche les deux oreilles, avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Les règles visant à déterminer si une maladie donnée est couverte sont strictement mises en application par la compagnie d'assurance, Desjardins Assurances, qui prendra dans tous les cas la décision finale d'approuver ou non le paiement de la demande. Si vous subissez une maladie grave et que vous avez des questions sur votre état de santé ou désirez obtenir une deuxième opinion, n'oubliez pas que le régime *Bénéfices DGC* vous donne accès au service *Experts médicaux de Teladoc* pour obtenir ces conseils (voir la page 63 pour plus de détails).

Ces 31 maladies sont couvertes en vertu des Niveaux II et III (membre, conjoint·e et enfant(s))		
Accident vasculaire cérébral	Hypertension artérielle pulmonaire primitive	Perte d'autonomie
Anémie aplasique	Infection au VIH dans le cadre de l'activité professionnelle	Perte de membres
Brûlures sévères	Insuffisance hépatique à un stade avancé	Perte de la parole
Cancer (mettant la vie en danger)	Insuffisance rénale	Pontage aortocoronarien
Cardiomyopathie dilatée	Maladie d'Alzheimer	Remplacement des valves du cœur
Cécité	Maladie du neurone moteur	Sclérose généralisée évolutive
Chirurgie de l'aorte	Maladie de Parkinson	Sclérose en plaques
Coma	Méningite bactérienne	Surdité
Crise cardiaque	Paralysie	Défaillance d'un organe vital (sur liste d'attente)
Dystrophie musculaire		Transplantation d'un organe vital
Hépatite virale fulminante		Tumeur cérébrale bénigne
Le Niveau III couvre 7 maladies de plus pour les enfants à charge Déficience mentale grave, fibrose kystique, lésion cérébrale grave, maladie congénitale du cœur nécessitant une chirurgie, paralysie cérébrale, spina bifida et syndrome de Down		
Le régime offre également : Un paiement de 10 % du capital assuré (maximum de 25 000 $) en cas d'angioplastie coronarienne, de cancer de la prostate, de cancer de la peau ou de cancer du sein Une garantie en cas de récidive du cancer Une couverture pour occurrences multiples Un privilège de transformation		

Accident vasculaire cérébral – accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- l'apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
- de nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique et persistent pendant plus de 30 jours suivants la date du diagnostic.

Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostiques.

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants : attaques ischémiques cérébrales transitoires; accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; infarctus lacunaire, qui ne correspond pas à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.

Anémie aplasique – défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse, confirmée par biopsie, qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants : stimulation de la moelle osseuse; immunosuppresseurs; ou greffe de la moelle osseuse.

Brûlures sévères – brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Cancer (mettant la vie en danger) – tumeur caractérisée par la croissance et la prolifération

anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. L'information médicale requise doit être transmise à la compagnie d'assurance dans les six mois suivant la date du diagnostic.

Cardiomyopathie dilatée – condition affaiblie de la fonction ventriculaire entraînant une déficience physique significative. La déficience signifie que le ou la patient·e est bien au repos et présente des symptômes dans les activités exigeant de moins grands efforts que les activités normales et quotidiennes, malgré la consommation de médicaments et les ajustements diététiques, avec des preuves d'anormalité de fonctions ventriculaires mise en évidence par un examen physique et des analyses de laboratoire.

Cécité – diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux.

Chirurgie de l'aorte – intervention chirurgicale qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.

Coma – état d'inconscience avec absence de réaction aux stimulus externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins quatre jours.

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants : un coma médicalement provoqué; un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue; ou un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque – nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine entraînant l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- symptômes de crise cardiaque;
- nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent une crise cardiaque;
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Dystrophie musculaire – affections héréditaires des muscles pour lesquelles une lente et progressive dégénérescence se produit, entraînant une faiblesse croissante et un état d'invalidité. Le diagnostic doit être confirmé par une analyse d'ADN, une électromyographie et une biopsie des muscles.

Hépatite virale fulminante – désigne le diagnostic définitif de nécrose submassive à massive du foie causée par un virus qui entraîne précipitamment une insuffisance hépatocellulaire.

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas suivants : une hépatite chronique; une insuffisance hépatocellulaire causée par l'alcool, les toxines ou les drogues.

Hypertension artérielle pulmonaire primitive – hypertension artérielle pulmonaire primitive avec un élargissement substantiel du ventricule droit confirmé par des analyses (incluant un cathétérisme cardiaque), entraînant une déficience physique irréversible et permanente de classe IV ou plus selon la *New York Heart Association Classification (NYHA)* des déficiences cardiaques. La classe IV rend impossible l'accomplissement d'une activité physique sans inconfort, et les symptômes pourraient être présents même au repos.

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans tous les cas d'autres types d'hypertension artérielle pulmonaire.

Infection au VIH dans le cadre de l'activité professionnelle – infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'activité professionnelle de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de l'assurance ou après la date de la prise d'effet de la dernière remise en vigueur de l'assurance.

Les prestations ne seront payables que si tous les critères suivants sont satisfaits :

1. la blessure accidentelle doit être déclarée à la compagnie d'assurance dans les 14 jours suivant l'accident;
2. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et le résultat doit être négatif;
3. une sérologie du VIH doit être effectuée de 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et le résultat doit être positif;
4. tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire reconnu au Canada ou aux États-Unis;
5. la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis.

Aucune prestation ne sera payable si la personne assurée a refusé de recevoir tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH; un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était devenu disponible avant la blessure accidentelle; ou l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogue intraveineuse).

Insuffisance hépatique à un stade avancé – insuffisance hépatique due à une cirrhose et entraînant un ictère permanent, une ascite et l'encéphalopathie.

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'insuffisance hépatique attribuable à l'usage d'alcool ou de drogues.

Insuffisance rénale – insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou une greffe rénale.

Maladie d'Alzheimer – affection dégénérative progressive du cerveau entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social, qui se manifeste dans :

- la perte de la capacité intellectuelle et du fonctionnement cognitif;
- la détérioration de la mémoire et du jugement;
- la nécessité de faire l'objet d'une surveillance pendant au moins huit heures par jour.

Maladie de Parkinson – maladie de Parkinson idiopathique et dégénérative diagnostiquée par un·e neurologue dûment qualifié·e. Le diagnostic est fondé sur deux des caractéristiques suivantes ou plus : rigidité, tremblements ou bradykinésie.

Maladie du neurone moteur – désigne le diagnostic d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primaire, atrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies.

Méningite bactérienne – diagnostic définitif de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture et qui entraîne

un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic.

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie – perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte d'autonomie – incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne décrites ci-dessous, ou déficience cognitive, telles que définies ci-après, pour une période continue de plus de 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Activités de la vie quotidienne

1. se laver – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
2. se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris appareils orthopédiques, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
3. faire sa toilette – capacité de s'asseoir sur le siège des toilettes et de se relever, et d'assurer son hygiène personnelle complète;
4. être continent·e – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
5. se mouvoir – capacité de se mettre au lit ou d'en sortir, de s'asseoir ou de se relever d'un siège ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
6. se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

La déficience cognitive désigne la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un·e spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance quotidienne d'au moins huit heures. L'établissement de la déficience cognitive est fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des déficiences.

Perte de la parole – perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique depuis une période d'au moins 180 jours.

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans tout cas étant relié à une cause psychiatrique.

Perte de membres – séparation irréversible et complète d'au moins deux membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Pontage aortocoronarien – chirurgie du cœur visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire par pontage aortocoronarien.

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas d'interventions non chirurgicales ou par cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction.

Remplacement des valves du cœur – remplacement, par intervention chirurgicale, de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.

Aucune prestation n'est payable pour cette condition dans les cas de réparation d'une valve cardiaque.

Sclérose en plaques – désigne le diagnostic d'au moins une des conditions suivantes :

1. au moins deux épisodes distincts, confirmés par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
2. des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins six mois, confirmées par une imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
3. un seul épisode, confirmé par plusieurs imageries par résonance magnétique (IRM) du système nerveux démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Sclérose généralisée évolutive – sclérodermie généralisée évolutive avec atteinte systémique du cœur, des poumons ou des reins. Le diagnostic doit être confirmé catégoriquement par une biopsie et des signes sérologiques.

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette condition pour la sclérodermie localisée (sclérodermie ou morphée linéaire), la fasciite éosinophilique ou le syndrome de CREST.

Surdité – perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.

Défaillance d'un organe vital (sur une liste d'attente) – insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse exigeant une transplantation médicalement nécessaire.

Pour se qualifier, la personne assurée doit être inscrite comme receveur·se dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la période de survie, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation.

Transplantation d'un organe vital – insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse exigeant une transplantation médicalement nécessaire. Pour se qualifier, la personne admissible doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse.

Tumeur cérébrale bénigne – tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation, ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. L'information médicale requise doit être transmise à la compagnie d'assurance dans les six mois suivant la date du diagnostic.

MALADIES ADDITIONNELLES COUVERTES POUR LES ENFANTS À CHARGE

Si vous détenez la protection du Niveau III, vos enfants à charge sont couvert·es pour la liste complète des maladies graves décrites ci-dessus, ainsi que pour les sept maladies additionnelles suivantes.

Déficience mentale grave – déficience montrant, lors de l'évaluation à l'aide d'examens standardisés, une performance de quotient intellectuel inférieure à 70.

Fibrose kystique – maladie héréditaire affectant les poumons et le système digestif par le biais des glandes muqueuses et caractérisée par l'hypersécrétion d'un mucus très visqueux provoquant une maladie respiratoire chronique et progressive ainsi que des problèmes de nutrition.

Lésion cérébrale grave – lésion caractérisée par un trouble envahissant du développement ou d'une déficience intellectuelle grave qui empêche la personne assurée d'accomplir les activités de base de la vie quotidienne et qui nécessite quotidiennement l'utilisation de ressources professionnelles spécialisées en matière de traitement, de réadaptation, de rééducation ou de scolarisation.

Maladie congénitale du cœur exigeant une chirurgie – toute malformation cardiaque grave présente à la naissance, pour laquelle une chirurgie corrective a été effectuée.

Paralysie cérébrale – maladie chronique qui survient dans les premières années de la vie, causée par des lésions aux centres moteurs cérébraux et caractérisée à différents degrés par une faiblesse des membres, une incoordination de motricité et des troubles de la parole.

Spina bifida – malformation congénitale, diagnostiquée par un·e spécialiste agréé·e, causée par une absence de fermeture de l'arc vertébral qui fait en sorte que la moelle épinière et ses membranes (les méninges) saillent à travers la peau, et caractérisée à différents degrés par l'hydrocéphalie, la paralysie et des problèmes de vessie et d'intestins.

Aucune prestation ne sera payable pour cette condition dans les cas de spina bifida occulta.

Syndrome de Down – état congénital dû à la présence d'un chromosome surnuméraire sur la 21e paire de chromosomes, principalement caractérisé à différents degrés par un handicap mental, bien que d'autres malformations puissent être présentes, plus particulièrement une maladie cardiaque congénitale.

PRESTATIONS PARTIELLES POUR CERTAINES MALADIES

Si vous recevez le diagnostic de l'une des quatre maladies suivantes, vous pourriez avoir droit à des prestations représentant 10 % du capital assuré indiqué dans le Tableau des garanties, jusqu'à concurrence de 25 000 $.

1. **Angioplastie coronarienne** – intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre la circulation ininterrompue du sang. Un·e spécialiste doit confirmer que cette chirurgie est médicalement nécessaire.
2. **Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)** – tumeur maligne, cliniquement non apparente, à la prostate, qui n'est ni palpable ni visible par imagerie. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'un examen pathologique du tissu prostatique.
3. **Carcinome canalaire in situ (cancer du sein)** – cancer du sein non invasif prenant naissance dans les canaux galactophores. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.
4. **Mélanome malin au stade 1A** – mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V. Le diagnostic doit être confirmé au moyen d'une biopsie.

PÉRIODE D'ATTENTE

Aucune prestation n'est payable si vous décédez dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une maladie grave.

PRESTATIONS DU OU DE LA VIVANT·E

Des prestations vous seront versées si des preuves médicales satisfaisantes sont fournies dans les 365 jours suivant la fin de la période d'attente de 30 jours. Elles seront versées une seule fois pour les états de santé couverts résultant de la même maladie ou d'une maladie connexe. Reportez-vous aussi à la section « Couverture pour occurrences multiples ».

CONDITIONS PRÉEXISTANTES

Une condition préexistante désigne l'existence, dans les 24 mois précédant la date de prise d'effet de votre assurance ou la date de prise d'effet de sa remise en vigueur, de symptômes ou d'une condition pour lesquels :

- des frais médicaux ont été engagés, des soins médicaux ont été reçus, des médicaments d'ordonnance ont été pris, ou un·e médecin ou praticien·ne de la santé a été consulté·e; ou
- une personne normalement prudente chercherait à obtenir un diagnostic, des soins ou un traitement.

Si vous avez été malade en raison d'une condition préexistante dans les 24 mois précédant la date d'effet de votre assurance, aucune prestation ne sera payable. De plus, si vous passez au Niveau I ou à la Couverture de base après être devenu·e admissible à la couverture en vertu d'une condition préexistante et que vous regagnez par la suite le Niveau II ou III, vous devrez attendre pendant une nouvelle période de deux ans avant d'être de nouveau admissible à la protection en vertu d'une condition préexistante.

RÉCIDIVE DU CANCER

Si vous subissez une récidive du cancer, le plein montant des prestations pourrait être versé de nouveau. En effet, si, pendant que vous êtes assuré·e, vous recevez un diagnostic de cancer (mettant votre vie en danger) après la réception d'un autre diagnostic de cancer, vous pourriez avoir droit à des prestations additionnelles si :

- plus de 60 mois se sont écoulés depuis le diagnostic de cancer précédent; et
- aucun traitement relié directement ou indirectement au cancer n'a été reçu durant cette période de 60 mois (les traitements n'incluent pas les médicaments préventifs et les visites de suivi chez le ou la médecin).

COUVERTURE POUR OCCURRENCES MULTIPLES

En vertu de la couverture pour occurrences multiples, si vous subissez une maladie couverte et recevez, par la suite, le diagnostic d'une autre maladie grave couverte, vous pourriez avoir droit à un autre versement de prestations. Communiquez avec AGA Assurances collectives pour connaître les détails et les exclusions.

Exemple des prestations payables pour une police de 50 000 $	
Maladie grave Philippe subit une crise cardiaque grave	**Paiement** 50 000 $
Il reçoit plus tard un diagnostic de cancer de la peau	Paiement viager unique de 5 000 $
Peu de temps après, il découvre qu'il a la maladie de Parkinson	50 000 $
Philippe subit ensuite un accident vasculaire cérébral	0 $ Non admissible étant donné que l'accident vasculaire cérébral est considéré comme étant lié à la crise cardiaque (comme d'autres maladies le sont aussi).

CE QUI N'EST PAS COUVERT

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

1. une maladie grave résultant directement ou indirectement;
   - de dommages corporels auto-infligés intentionnellement, d'une exposition volontaire à une maladie ou d'une tentative de suicide, que le ou la membre soit sain·e d'esprit ou non;
   - d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
   - d'une infraction ou d'une tentative d'infraction criminelle;
   - d'un abus d'alcool;
   - de l'usage de tout médicament, de tout narcotique, de toute substance intoxicante ou de toute autre substance nocive, sauf s'ils sont utilisés conformément à l'ordonnance ou à la recommandation d'un·e médecin.
2. Un cancer qui se manifeste avant la date de prise d'effet de l'assurance, si ce cancer récidive ou se métastase après la prise d'effet de l'assurance, sauf si toutes les conditions stipulées dans la section « Récidive du cancer » sont respectées;
3. Une maladie grave résultant directement ou indirectement d'une condition préexistante.

PÉRIODE D'EXCLUSION POUR CERTAINES MALADIES

Aucune prestation ne sera versée pour certaines maladies si le diagnostic est posé dans les 90 premiers jours suivant le début de la couverture d'assurance ou la dernière remise en vigueur de l'assurance. Veuillez communiquer avec AGA Assurances collectives pour obtenir de plus amples renseignements.

Note: Vous pouvez obtenir plus de détails sur les exclusions et les limitations auprès d'AGA Assurances collectives.

FIN DE LA PROTECTION

Votre protection prend fin lorsque vous atteignez 70 ans ou que vous cessez d'être un·e membre actif·ve et en règle de la Guilde, selon la première éventualité.

La protection de votre conjoint·e se termine lorsque la vôtre prend fin ou que votre conjoint·e atteint 70 ans, selon la première éventualité.

La protection d'un·e enfant à charge se termine lorsque la vôtre prend fin ou que l'enfant cesse d'être admissible à titre de personne à charge, selon la première éventualité.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si vous n'avez pas atteint 70 ans et que vous perdez votre protection d'assurance maladies graves en vertu de cette garantie parce que vous n'êtes plus un·e membre en règle de la Guilde, ou si vous êtes passé·e au Niveau I ou à la Couverture de base, vous pouvez demander, dans les 31 jours suivant la cessation de votre assurance, que celle-ci soit transformée en une police individuelle d'assurance maladies graves, et ce, sans preuves d'assurabilité. Ce droit n'est pas offert dans le cas de la résiliation de la police ou de la garantie.

LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES

Si une maladie grave est diagnostiquée à l'extérieur du Canada à la suite d'un accident ou d'une maladie, la compagnie d'assurance n'étudiera la demande de règlement que lorsque vous (ou votre personne à charge admissible) êtes de retour au Canada et avez obtenu une évaluation médicale du diagnostic posé antérieurement.

Experts médicaux de Teladoc

Le service *Experts médicaux de Teladoc* (précédemment appelé Best Doctors) vous permet à vous et à votre médecin, de consulter des spécialistes médicaux·ales de réputation internationale pour confirmer un diagnostic et un programme de traitement si une maladie grave vous affectait ou touchait votre conjoint·e ou un·e enfant à charge admissible, ou frappait vos parents ou vos beaux-parents s'ils ou elles sont placé·es sous vos soins.

- Services
- Affections couvertes
- Fin de la protection

SERVICES

Grâce à ce service exceptionnel, vous pouvez :

- obtenir des explications détaillées sur votre problème de santé;
- obtenir des réponses à vos questions;
- vérifier un diagnostic;
- confirmer les meilleures options de traitement;
- identifier les spécialistes et les établissements de santé les plus aptes à répondre à vos besoins médicaux; et
- vous assurer que votre traitement est suivi par des expert·es.

Pour obtenir de plus amples renseignements, vous ou votre médecin pouvez visiter le site Web du service *Experts médicaux de Teladoc* à l'adresse www.teladoc.ca/canadalife/fr/ ou composez le 1-877-419-2378. **La police porte le numéro 159947.**

QUAND DOIS-JE AVOIR RECOURS AUX CONSEILS DU SERVICE *EXPERTS MÉDICAUX DE TELADOC*?

- Je vois peu d'amélioration dans mon traitement actuel
- Ma douleur ne disparaît pas
- Je cherche un·e spécialiste local·e
- Mes tests sont revenus, que faire maintenant?
- J'envisage une intervention chirurgicale
- Mon diagnostic ou ma douleur chronique affecte ma santé mentale
- J'ai des questions d'ordre médical et j'ai besoin de réponses

Notez que ce service n'est pas assuré et qu'il est limité aux personnes dont le ou la médecin a posé un diagnostic de maladie ou d'affection physique ou mentale, soit avec des preuves objectives, soit lorsqu'elle est suspectée. Le voyage et le traitement ne sont pas couverts par ce service.

FIN DE LA PROTECTION

Vous cessez de bénéficier de la protection lorsque vous n'êtes plus un·e membre du régime ***Bénéfices DGC*** ou n'êtes plus un·e membre actif·ve et en règle de la Guilde.

La couverture de votre conjoint·e, de vos parents ou de vos beaux-parents est résiliée en même temps que la vôtre. La couverture d'un·e enfant à charge est résiliée en même temps que la vôtre ou lorsque l'enfant n'est plus admissible à titre de personne à charge, selon celui de ces deux scénarios à survenir le premier.

Soins de santé virtuels Consult+

Consult+ est un service virtuel de soins de santé physique et mentale qui est offert sans frais supplémentaires aux membres actif·ves et en règle du régime *Bénéfices DGC* (Niveaux I, II III, et couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée), ainsi qu'à leur conjoint·e et à leurs enfants à charge.

Consult+ vous propose un accès en ligne sécurisé, jour et nuit et sur demande, à des spécialistes de la santé du Canada. **Vous pouvez y accéder à l'aide de votre appareil mobile ou d'un ordinateur – quand et où vous en avez besoin.**

Ces services sont particulièrement utiles à ceux et celles qui voyagent beaucoup et qui, en raison de leurs longues heures de travail, ont de la difficulté à prendre – ou à respecter – un rendez-vous chez leur fournisseur de soins principal. Ils s'inscrivent dans le cadre de tous les efforts déployés pour favoriser votre mieux-être et celui de votre famille.

- Services
- Accès à Consult+
- Maintien en vigueur de la couverture

SERVICES

Vous et les membres admissibles de votre famille, pourrez vous inscrire à Consult+ et y avoir un **accès illimité** afin d'obtenir bon nombre des services pour lesquels vous consulteriez habituellement votre fournisseur de soins principal, dont :

- les allergies, le rhume et la grippe
- la dépression et l'anxiété
- des problèmes de la peau et de la vue
- …et plus encore

Les clinicien·nes de Consult+ peuvent fournir :

- des diagnostics et des conseils
- des médicaments (nouvelles ordonnances et renouvellements)
- des demandes de tests de laboratoire
- des renvois vers des spécialistes

Plus d'info > Présentation de Consult+

Consult+ peut représenter un excellent ajout à votre équipe habituelle de soins de santé. Avec votre consentement, les notes médicales issues de vos consultations virtuelles peuvent être transmises à votre médecin de famille. Bien entendu, vos renseignements médicaux ne seront jamais communiqués au régime *Bénéfices DGC* ni à la Canada Vie.

ACCÈS À CONSULT+

Vous pouvez vous inscrire à **Consult+** et y ajouter toutes vos personnes à charge admissibles, ce qui n'exigera que quelques minutes.

Pour créer un compte, assurez-vous d'avoir votre carte d'assurance à portée de la main, car vous aurez besoin de vos numéros de régime et de membre.

- Il suffit d'ouvrir une session dans *Ma Canada Vie au travail*, d'aller à *Garanties* puis *Protection et soldes,* de choisir *Soins médicaux* puis de vous rendre à *Autres prestations*.
- Dans *Soins de santé virtuels*, cliquez sur Consult+, puis sur *Créez votre compte* pour démarrer.

Nous vous suggérons aussi de **télécharger l'application Consult+** dans **Google Play** ou l'**App Store** afin de pouvoir y accéder facilement en tout temps.

Si vous avez des personnes à charge, utilisez la case déroulante près de votre nom pour choisir *Famille* et ajouter à votre compte vos personnes à charge de moins de 14 ans. Vous pouvez aussi envoyer un courriel à votre conjoint·e et à vos personnes à charge admissibles de plus de 14 ans pour les inviter à créer leur propre compte.

MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Votre couverture reste en vigueur tant et aussi longtemps que vous demeurez membre du régime *Bénéfices DGC* (sauf si vous détenez la Couverture de base) et membre actif·ve et en règle de la Guilde.

Si vous détenez la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée – votre couverture demeure en vigueur tant que vous demeurez membre de la Guilde.

La couverture de votre conjoint·e prend fin en même temps que la vôtre. Celle des enfants à charge prend aussi fin en même temps que la vôtre, ou quand les enfants ne sont plus considéré·es comme des personnes à charge, selon la première éventualité.

Programme d'aide aux membres et à la famille (PAM) et plus encore

Le programme d'aide aux membres et à la famille (PAM), fourni par TELUS Santé, est un service de counseling et d'aiguillage confidentiel qui est offert aux personnes qui sont admissibles à la Couverture de base, au Niveau I, II, III, à la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée. Votre conjoint·e et vos enfants à charge sont aussi admissibles aux services et au soutien du PAM.

Le soutien professionnel et confidentiel et les ressources personnalisées de TELUS Santé sont disponibles pour vous aider à faire face à un large éventail de problèmes personnels et professionnels... avant qu'ils ne deviennent incontrôlables.

En plus de fournir votre programme d'aide aux membres et à la famille, TELUS Santé vous donne accès à des ressources en ligne et à une application, qui offrent de nombreux outils de bien-être et des avantages pour vous motiver, vous donner de l'énergie et vous inciter à être en bonne santé et heureux·se.

- Services
- Façon d'accéder aux ressources de TELUS Santé
- Maintien en vigueur de la couverture

SERVICES

Counseling professionnel

Vous pouvez avoir accès à des services de counseling professionnel confidentiels à court terme pour vous aider à gérer:

- **Votre bien-être personnel** – comme le stress, la dépression, le deuil, la colère, l'anxiété, les enjeux de vieillissement, les risques de suicide, l'abus et le stress post-traumatique.
- **Les problèmes relationnels** – comme les conflits, la séparation, le divorce, la violence conjugale, les communications, les problèmes d'intimité et la planification familiale.
- **Les problèmes familiaux** – comme le parentage, les familles reconstituées, les relations avec la famille élargie, la monoparentalité, les soins aux aîné·es et les soins aux enfants.
- **Les problèmes de dépendance** – comme de dépendance à l'alcool, aux drogues, au tabac, aux jeux de hasard et autres.
- **Les problèmes en milieu de travail** – comme les conflits de travail, le stress professionnel, le rendement, la planification de la carrière, la planification de la retraite, la violence ou le harcèlement au travail et l'équilibre vie-travail.

Soutien vie-travail

Une aide professionnelle vous est offerte pour gérer les nombreuses complexités de la vie.

- **Services de soutien juridique** – aide et soutien avec les litiges civils, le droit criminel, l'information sur la consommation, la séparation, le divorce, la garde et le soutien des enfants, les problèmes entre propriétaires et locataires, le droit de biens, l'immobilier, les testaments et la planification successorale.
- **Services de soutien à la famille** – aide et soutien avec l'adoption, les services de garde d'enfant, les besoins spéciaux, les soins aux aîné·es, les programmes communautaires, les options de soins à domicile, les services aux nouveaux parents et à ceux et celles qui attendent un bébé et les ressources de parentage.
- **Services de soutien financier** – aide et soutien avec les problèmes de faillite, de crédit et de gestion des dettes, l'assurance, la planification des placements, l'immobilier, les hypothèques, la transition d'emploi, la retraite et les impôts.
- **Soutien en nutrition** – renseignements sur la gestion de la maladie, l'alimentation saine, le gain ou la perte de poids, la conception d'une alimentation végétarienne bien équilibrée, la gestion du diabète, l'accommodement du travail par quart et la prévention des maladies du cœur.
- **Encadrement de santé** – aide et soutien avec la gestion de l'état de santé, la réduction des risques de santé, la gestion du poids, l'alimentation saine, la consommation responsable d'alcool et la gestion du stress.
- **Services naturopathiques** – renseignements sur la physiologie, l'alimentation, le mode de vie et le bien-être mental et émotionnel.

Traitement des dépendances

Lorsqu'un·e conseiller·ère de TELUS Santé recommande un programme en établissement ou en services externes pour le traitement de l'alcoolisme et/ou la toxicomanie, le régime *Bénéfices DGC* offre, outre les autres services et programmes de soutien accessibles en vertu du PAM, une aide financière sous forme de couverture pouvant atteindre un **maximum viager de 10 000 $** pour les dépenses admissibles. Cette garantie est offerte aux membres du régime seulement; les membres de leur famille n'y sont pas admissibles.

Si vous avez besoin d'aide, vous devez commencer par communiquer avec le Centre d'accès aux services de TELUS Santé au 1-833-366-1602 (sans frais), ou à l'aide des autres options d'accès.

Ressources en ligne sur le bien-être

Obtenez des conseils et des outils pour la vie quotidienne. Grâce aux ressources en ligne de TELUS Santé, il est facile de trouver des réponses à des questions difficiles. Parcourez des centaines d'articles, de boîtes à outils, d'enregistrements audio et plus encore, en fonction de vos intérêts. Vous trouverez du contenu spécialisé sur le bien-être qui couvre des domaines liés à la famille, à la santé, à la vie, à l'argent et au travail.

> Ouvrez une session dans one.telushealth.com. Si vous accédez à ce site pour la première fois, vous aurez besoin d'une invitation pour ouvrir une session. Veuillez envoyer un message à beneficesdgc@dgc.ca pour demander un courriel d'invitation et un code d'accès.

Le mieux-être au quotidien

Obtenez chaque jour du contenu personnalisé provenant d'expert·es, qui vous est transmis directement dans le fil d'actualités quand vous ouvrez une session dans one.telushealth.com ou accédez à l'application TELUS Santé Intégrale. Personnalisez votre contenu en fonction de vos intérêts, dans les domaines suivants : corps, esprit, finances personnelles, relations et travail. Si vous accédez au site pour la première fois, vous aurez besoin d'une invitation pour ouvrir une session. Veuillez envoyer un message à beneficesdgc@dgc.ca pour demander un courriel d'invitation et un code d'accès.

Soins immédiats

Bénéficiez de la flexibilité dont vous avez besoin pour choisir votre propre voie en matière de soins – de la participation à des exercices et des évaluations, à l'écoute de podcasts et au visionnage de vidéos – tous axés sur un changement de comportement positif. Vous avez accès à une gamme de programmes conçus pour vous aider à lutter contre l'anxiété, la dépression, le stress et plus encore.

> Ouvrez une session dans one.telushealth.com, cliquez sur *Parcours de soins* et allez à la section *Programmes Soins immédia*ts. Si vous accédez à ce site pour la première fois, vous aurez besoin d'une invitation pour ouvrir une session. Veuillez envoyer un message à beneficesdgc@dgc.ca pour demander un courriel d'invitation et un code d'accès.

Évaluation du mieux-être global

Cette évaluation facile à utiliser vous aide à comprendre vos points forts et vos possibilités d'amélioration à travers les quatre piliers du bien-être : mental, physique, social et financier.

- Comprenez votre état de santé actuel à travers les quatre piliers.
- Améliorez votre santé grâce à des contenus et des conseils de bien-être personnalisés.
- Visualisez votre score total de santé, puis apportez des améliorations.

> Ouvrez une session dans one.telushealth.com, cliquez sur *Parcours de soins* et allez à la section *Évaluations*. Si vous accédez à ce site pour la première fois, vous aurez besoin d'une invitation pour ouvrir une session. Veuillez envoyer un message à beneficesdgc@dgc.ca pour demander un courriel d'invitation et un code d'accès.

Avantages et économies

Grâce à TELUS Santé, vous pouvez économiser de l'argent sur vos achats quotidiens et sur d'autres choses importantes de la vie. Vous planifiez des vacances en famille, de faire des achats ou vous déménagez? Les avantages exclusifs peuvent vous aider à économiser dans tous les domaines de votre vie et à étirer votre budget en profitant d'offres exclusives et en obtenant des remises et des cartes-cadeaux.

> Ouvrez une session dans one.telushealth.com, cliquez sur *Avantages* et allez aux sections *Remise* ou *Cartes-cadeaux*. Si vous accédez à ce site pour la première fois, vous aurez besoin d'une invitation pour ouvrir une session. Veuillez envoyer un message à beneficesdgc@dgc.ca pour demander un courriel d'invitation et un code d'accès.

ACCÉDER AUX RESSOURCES DE TELUS SANTÉ

Choisissez l'option avec laquelle vous vous sentez le plus à l'aise pour obtenir de l'aide et accédez au soutien et aux ressources dont vous avez besoin.

VEUILLEZ NOTER : Les membres qui accèdent pour la première fois aux ressources de TELUS Santé doivent recevoir une invitation de la Guilde pour créer un compte TELUS Santé.

Si vous ne trouvez pas l'invitation qui vous a été envoyée, veuillez faire parvenir un courriel à beneficesdgc@dgc.ca, et vous recevrez une nouvelle invitation dans un délai d'un jour ouvrable.

- **Téléphone sans frais** – Il suffit d'appeler le centre d'accès aux soins confidentiel de TELUS Santé au 1-800-387-4765, à tout moment, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Des expert·es sont à votre disposition pour vous fournir des conseils en cas de crise et évaluer les risques, et pour vous guider vers les services et ressources approprié·es. Ils et elles parlent couramment le français et l'anglais.
- **Rencontre en personne** – Vous pouvez rencontrer un·e conseiller·ère en personne. Pour fixer un rendez-vous confidentiel, composez le numéro sans frais.
- **En ligne** – Vous avez accès au site Web one.telushealth.com avec tous les services énumérés ci-dessus, et plus encore.
- **Application pour appareils mobiles** – Vous pouvez télécharger l'application TELUS Santé Intégrale pour un accès rapide et facile à toute la gamme de soutien et de renseignements. Pour télécharger gratuitement l'application, rendez-vous dans l'App Store, ou dans Google Play.

MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Votre accès aux services, aux ressources en ligne et à l'application de TELUS Santé restera en vigueur aussi longtemps que vous êtes un·e membre actif·ve et en règle de la Guilde et membre du régime *Bénéfices DGC*. La protection de votre conjoint·e prendra fin en même temps que la vôtre. Celle d'un·e enfant à charge cessera en même temps que la vôtre ou lorsque l'enfant ne répondra plus à la définition de personne à charge, selon la première de ces deux éventualités.

La confidentialité est essentielle Toutes vos communications avec un·e conseiller·ère de TELUS Santé sont entièrement confidentielles (dans les limites de la loi).

Déposer vos demandes de règlement

C'est bon de savoir que le régime *Bénéfices DGC* offre des garanties avantageuses, mais pour tirer pleinement parti de celles-ci, vous devez soumettre vos demandes de règlement – de façon à obtenir votre remboursement rapidement et efficacement. Voici comment…

- Demandes de règlement de frais d'hospitalisation
- Demandes de règlement de médicaments sur ordonnance
- Autres demandes de règlement pour frais médicaux et dentaires
- Demandes de règlement de frais médicaux engagés à l'étranger/hors de la province
- Présentation d'une demande en vertu du CGDS
- Demandes de prestations d'invalidité de courte durée
- Demandes de règlement d'assurance vie
- Demandes de règlement liées à l'assurance maladies graves
- Coordination des demandes de règlement

DEMANDES DE RÈGLEMENT DE FRAIS D'HOSPITALISATION

Quand vous êtes admis·e à l'hôpital, vous devez aviser le ou la préposé·e à l'admission que vous êtes assuré·e auprès de la Canada Vie (**police d'assurance collective numéro 50553**). L'hôpital devrait facturer directement la Canada Vie.

DEMANDES DE RÈGLEMENT DE MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Présentez votre carte-médicaments à votre pharmacien·ne lorsque vous faites exécuter vos ordonnances. Le ou la pharmacien·ne peut ainsi traiter immédiatement vos demandes de règlement de médicaments sur ordonnance. Tout ce que vous avez alors à payer est la portion du coût qui n'est pas remboursée aux termes du régime.

Le saviez-vous? Si vous avez de l'argent dans votre CGDS, vous pouvez soumettre une demande de remboursement à votre CGDS pour la partie non couverte par le plan.

Si vous oubliez ou égarez votre carte, présentez votre demande en ligne ou sur papier, à l'aide du Relevé des frais médicaux. Pour plus de détails, consultez la section « Autres demandes de règlement pour frais médicaux et dentaires » ci-dessous.

Numéro de régime
Quand vous déposez une demande de règlement, vous devez indiquer le numéro de régime, 50553, et votre numéro d'identification (soit votre numéro de membre de la Guilde).

Ces numéros figurent sur votre carte du régime *Bénéfices DGC,* que vous avez reçue de la Canada Vie. Une version numérique de cette carte est accessible dans l'application mobile *Ma Canada Vie au travail*. Vous pouvez aussi réimprimer la carte en tout temps en allant sur le site *https://ma.canadavie.com/acceder*.

AUTRES DEMANDES DE RÈGLEMENT POUR FRAIS MÉDICAUX et DENTAIRES

Présentez vos demandes de règlements pour frais médicaux et dentaires en ligne en ouvrant une session sur le site *Ma Canada Vie au travail*. C'est rapide et facile, et vous obtenez habituellement votre remboursement, qui est déposé directement dans votre compte bancaire, en l'espace de quelques jours.

Pour les soins dentaires, votre dentiste est peut-être en mesure de soumettre les demandes de règlement en votre nom. Vérifiez auprès de lui ou d'elle.

Si vous préférez utiliser un formulaire papier, vous pouvez imprimer une copie du « Relevé des frais médicaux » ou du « Relevé des frais dentaires » sur le site *Ma Canada Vie au travail*. **Le numéro de la police de soins de santé et de soins dentaires est 50553.**

Si vous envoyez un formulaire papier, annexez-y tous les reçus originaux (ou l'original du « Détail du règlement », si vous avez déjà déposé la demande de règlement auprès d'un autre régime).

Envoyez les formulaires papier :

- **Pour les membres du Québec**
  La Canada Vie, Service des indemnités de Montréal

  C.P.4592, Succursale A

  Toronto, ON M5W 0L5
- **Pour les membres de l'extérieur du Québec**
  London Benefit Payments

  C.P.5160, Succursale B

  London, ON, N6A OC6

Que vous présentiez votre demande en ligne ou sur papier, assurez-vous :

- de cocher la case indiquant si vous souhaitez régler une quelconque portion des frais non remboursés à l'aide de votre CGDS – à condition que ce compte affiche un solde créditeur;
- de conserver une copie du formulaire de demande de règlement et de vos reçus (et du Détail du règlement) dans vos dossiers.

Les demandes pour frais médicaux qui ne sont pas remboursées à l'aide du CGDS doivent être présentées dans les 18 mois suivant la date de la dépense (ou dans les 90 jours suivant la fin de votre protection en vertu du régime *Bénéfices DGC*).

DEMANDES DE RÈGLEMENT DE FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER/ HORS DE LA PROVINCE

(pour les Niveaux II, III, les couvertures Membre à vie et Membre à vie améliorée)

N'oubliez pas d'apporter en tout temps votre carte Assistance voyage de la Canada Vie ou votre carte d'avantages sociaux lorsque vous voyagez à l'extérieur de votre province de résidence. **La police d'Assistance voyage porte le numéro 159947.**

Si vous, ou un·e membre de votre famille, deviez être hospitalisé·e à l'étranger, communiquez avec Assistance voyage (Global Excel) dans les 24 heures suivant l'occurrence de l'urgence.

- Au Canada ou aux États-Unis : 1-855-222-4051
- De Cuba : 1-204-946-2946*
- De tous les autres endroits : 1-204-946-2577*
- Si vous utilisez un appareil ATS : 1-800-990-6654

*Soumettez vos frais d'interurbains à la Canada Vie à des fins de remboursement.

Vous trouverez également le numéro de téléphone à composer au verso de votre carte Assistance voyage ou de votre carte d'avantages sociaux. (À défaut de communiquer avec Assistance voyage dans les 24 heures, votre couverture pourrait être affectée.)

Dans la plupart des cas, Global Excel coordonnera le paiement direct des prestations avec le fournisseur. Si vous devez payer de votre poche des frais médicaux prévus, procédez comme suit :

- Gardez le ou les reçus.
- Obtenez une facture détaillée de tout traitement reçu à l'hôpital.
- Dans les 30 jours suivant votre retour à la maison, rendez-vous à *globalexcel.com/canadavie* et cliquez sur « Commencer une réclamation ».

Les demandes de règlement approuvées sont réglées en dollars canadiens au taux de change en vigueur le jour où la dépense a été engagée.

PRÉSENTATION D'UNE DEMANDE EN VERTU DU CGDS

Vous avez trois options de paiement. Vous pouvez :

1. utiliser la carte de paiement VISA^MC *SolutionsPlus Santé*;
2. présenter votre demande en ligne;
3. soumettre un formulaire papier.

Simple et pratique! La carte de paiement VISA^MC *SolutionsPlus Santé* représente une façon de régler les frais applicables aux produits et services médicaux et dentaires admissibles à l'aide des sommes détenues dans votre CGDS.

- Il suffit de présenter votre carte au moment de l'achat, et les sommes seront automatiquement retirées de votre CGDS.
- Vous devriez conserver pendant 12 mois les reçus portant sur les achats effectués à l'aide de cette carte.
- Conservez votre carte! Chaque année, si vous transférez des sommes de votre réserve en dollars à votre CGDS, votre nouveau solde sera automatiquement ajouté à votre carte.

Utilisez seulement la carte auprès de fournisseurs autorisés. Rappelez-vous que la carte de paiement VISA[MC] *SolutionsPlus Santé* peut seulement être utilisée pour effectuer des achats auprès des pharmacies, des dentistes, des centres de la vue et des fournisseurs de soins paramédicaux faisant partie du réseau approuvé de la Canada Vie. Vérifiez auprès de votre fournisseur de soins.

ATTENTION! Votre carte de paiement VISA[MC] *SolutionsPlus Santé* peut être refusée si :

- le montant de votre achat est supérieur au solde de votre CGDS;
- la dépense est inadmissible; ou
- vous n'avez pas fait affaire avec un fournisseur autorisé.

De plus, retenez ce qui suit :

- **Assurez-vous d'utiliser votre carte de paiement VISA[MC] *SolutionsPlus Santé*** pour régler seulement les dépenses qui ne sont pas couvertes en vertu du régime de soins de santé et de soins dentaires du régime *Bénéfices DGC*, comme les franchises et les quotes-parts. Autrement, le montant intégral sera déduit de votre CGDS.
- **N'utilisez PAS la carte de paiement VISA[MC] *SolutionsPlus Santé*** si vous êtes en mesure de coordonner vos demandes de règlement avec un autre régime (comme celui de votre conjoint·e). Si vous utilisez votre carte, le montant intégral des frais sera déduit de votre CGDS et vous ne pourrez pas coordonner la demande.

Vous devez activer votre carte avant de pouvoir l'utiliser. Si elle est refusée, que vous l'oubliez ou que vous décidez de ne pas l'utiliser, vous pouvez soumettre votre demande en ligne en ouvrant une session dans le site *Ma Canada Vie au travail*, ou le faire à l'aide du formulaire papier « Relevé des frais médicaux ». Reportez-vous aux instructions dans « Autres demandes de règlement pour frais médicaux et dentaires ».

- Pour présenter votre demande en ligne, suivez les six étapes décrites sur le site *Ma Canada Vie au travail*.
- Si vous envoyez un formulaire papier, annexez tous les reçus originaux (ou la version originale du Détail du règlement si cette demande a d'abord été soumise en vertu d'un autre régime).
- Conservez une copie du formulaire et des reçus (et du Détail du règlement) pour vos dossiers.

Les demandes soumises en vertu du CGDS doivent parvenir à la Canada Vie au plus tard 180 jours après la fin de l'année civile où la dépense a été engagée (ou dans les 90 jours suivant la fin de votre protection en vertu du régime *Bénéfices DGC*).

Si vous demandez le remboursement d'une dépense en vertu d'un autre régime (comme le régime d'avantages sociaux de votre conjoint·e), vous devez le faire avant de présenter votre demande en vertu du CGDS.

Envoyez les formulaires papier :

- **Pour les membres du Québec**

  La Canada Vie, Service des indemnités de Montréal
  C.P.4592, Succursale A
  Toronto, ON M5W 0L5

- **Pour les membres de l'extérieur du Québec**

  London Benefit Payments

  C.P. 5160, Succursale B

  London, ON, N6A 0C6

DEMANDES DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Contactez AGA Assurances collectives. dès que vous pouvez raisonnablement le faire pour entamer le processus de demande. Vous devez présenter votre demande dans les 90 jours suivant le début de votre invalidité. En sa qualité d'administrateur du régime, AGA Assurances collectives vous fournira les formulaires dont vous avez besoin et, ensuite, vous prêtera main-forte et communiquera avec la Canada Vie, au besoin, pour mener à bien le traitement de votre demande. Vous pouvez joindre AGA Assurances collectives au 905-477-7088 (ou sans frais au 1-800-218-7018) ou à dgc@aga.ca. **La police d'assurance invalidité de courte durée porte le numéro 59307**.

DEMANDES DE RÈGLEMENT D'ASSURANCE VIE

Si vous décédez, votre liquidateur·trice testamentaire, votre bénéficiaire ou un·e membre de votre famille devrait communiquer avec AGA Assurances collectives, l'administrateur du régime, dès qu'il est raisonnablement possible de le faire pour obtenir les formulaires de demande de règlement nécessaires. **La police d'assurance-vie porte le numéro 159947**.
Vous pouvez joindre AGA Assurances collectives au 905-477-7088 (ou sans frais au 1-800-218-7018) ou à dgc@aga.ca.

DEMANDES DE RÈGLEMENT LIÉES À L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Communiquez avec AGA Assurances collectives, l'administrateur du régime, dès qu'il vous est raisonnablement possible de le faire pour obtenir les formulaires de demande de règlement nécessaires. Vous pouvez joindre AGA Assurances collectives au 905-477-7088 (ou sans frais au 1-800-218-7018) ou à dgc@aga.ca.

Vous devez présenter vos demandes à Desjardins Assurances sans tarder et au plus tard un an après la date où vous (ou un·e membre de votre famille) recevez le diagnostic d'une maladie grave admissible. **La police d'assurance maladies graves porte le numéro 541477**.

COORDINATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Si vous et votre conjoint·e bénéficiez tous·tes les deux de protections médicales ou dentaires au titre d'un programme d'avantages sociaux collectif, vous pouvez coordonner vos demandes de règlement. Autrement dit, vous pourriez être en mesure de régler des frais médicaux ou dentaires dans le cadre des deux régimes (pourvu que vous déteniez le Niveau II, III, la couverture Membre à vie ou Membre à vie améliorée, qui prévoient une protection familiale).

- Toute demande de règlement individuelle de frais vous concernant doit d'abord être déposée auprès du régime *Bénéfices DGC*. Tout solde impayé peut ensuite faire l'objet d'une demande auprès du régime de votre conjoint·e.
- Votre conjoint·e doit transmettre ses demandes de règlement personnelles à son entreprise en premier lieu. Si son régime ne rembourse pas la totalité des frais du service ou traitement, vous pouvez demander le remboursement du solde par le truchement du régime *Bénéfices DGC*.
- Les demandes de règlement de frais engagés pour des enfants à charge devraient d'abord être acheminées au régime du parent dont l'anniversaire de naissance est le premier à être célébré dans l'année. Par exemple, si vous êtes né·e en mars et que votre conjoint·e est né·e en juillet, vous commenceriez par envoyer vos demandes de règlement au régime *Bénéfices DGC*. Là encore, tous les frais non remboursés peuvent ensuite être redirigés vers le régime de votre conjoint·e à titre de deuxième payeur (à condition bien sûr que votre conjoint·e ait droit à une couverture familiale).

Dans le cas des couples séparés ou divorcés, vous devriez déposer les demandes de règlement de vos enfants dans l'ordre suivant :

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

Si vous êtes membre de deux régimes collectifs différents ou plus (p. ex., vous êtes employé·e par deux organisations et elles vous fournissent toutes les deux une couverture), vous devriez déposer les demandes de règlement dans l'ordre suivant :

- le régime de l'organisation où vous travaillez à temps plein;
- le régime de l'organisation où vous travaillez à temps partiel;
- le régime de l'organisation dont vous êtes un·e employé·e à la retraite.

Si votre situation professionnelle est la même (c.-à-d. employé·e à temps plein, à temps partiel ou retraité·e) en regard de deux régimes collectifs, la séquence de règlement devrait se faire selon :

- le régime dont vous êtes un·e membre depuis le plus longtemps;
- l'autre régime.

Le total du remboursement que vous (et votre conjoint·e) obtenez ne doit jamais dépasser le total des dépenses engagées.

Pour en savoir plus

Quoi…	Où…
Fonctionnement du régime *Bénéfices DGC*	Visitez le site Web du régime Bénéfices DCG (dgcbenefits.ca)
Questions administratives et demandes de règlement	Communiquez avec AGA Assurances collectives aux coordonnées suivantes : • Téléphone : 905-477-7088 (sans frais au 1-800-218-7018) • Courriel : dgc@aga.ca
Formulaires de demande de règlement et suivi des demandes	Vous pouvez accéder à des formulaires de demande de règlement et faire le suivi en ligne de vos demandes de règlement de frais médicaux et dentaires à Ma Canada Vie au Travail (ma.canadavie.com/acceder) Si un médicament qui vous est prescrit exige une approbation préalable, demandez cette approbation auprès du programme FACET de CUBIC Health : • Composez le : 1-844-492-9105 OU • Envoyez un courriel à : claims@facetprogram.ca
Soins d'urgence à l'étranger/ hors de la province	Si vous êtes en voyage et avez besoin d'aide, communiquez avec Assistance voyage aux coordonnées suivantes : • Du Canada et des États-Unis : 1-855-222-4051 • De Cuba : 1-204-946-2946* • De tous les autres endroits : 1-204-946-2577* • Si vous utilisez un appareil ATS : 1-800-990-6654 *Soumettez les frais d'interurbains à la Canada Vie à des fins de remboursement Pour des questions générales sur les couvertures : 1-855-729-1839.
Traitement pour dépendances	Conseils et soutien financier pour le traitement en établissement ou en services externes de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie, sous réserve d'un maximum viager de 10 000 $ pour les dépenses admissibles. Composez le 1-833-366-1602 pour parler à un·e conseiller·ère spécialisé·e dans les dépendances.
Programme d'aide aux membres et à la famille (PAM)	Communiquez avec TELUS Santé au 1-800-387-4765, obtenez l'application TELUS Santé Intégrale, ou visitez le site Web à l'adresse https://one.telushealth.com/. Veuillez noter que les membres qui accèdent à ce site pour la première fois doivent recevoir une invitation de la Guilde pour créer un compte. Si vous ne trouvez pas l'invitation qui vous a été envoyée, veuillez contacter beneficesdgc@dgc.ca, et vous recevrez une nouvelle invitation dans un délai d'un jour ouvrable.
Soins de santé virtuels Consult+	Obtenez des soins de santé virtuels 24/7 – inscrivez-vous et téléchargez l'application Consult+. Allez à *Ma Canada Vie au travail* > Garanties puis Protection et soldes. De là, sélectionnez Soins médicaux puis rendez-vous à Autres prestations. Dans Soins de santé virtuels, cliquez sur Consult+, puis sur Créez votre compte pour démarrer.
***Experts médicaux de Teladoc* (précédemment appelé Best Doctors)**	Composez le 1-877-419-2378 ou visitez le site Web à https://www.teladoc.ca/canadalife/fr/
Renseignements généraux sur la Guilde	Communiquez avec Anne Arminjon : • Téléphone : 514-844-4084 poste 104 • Courriel : beneficesdgc@dgc.ca

Rôles et responsabilités

Qui fait quoi pour le régime Bénéfices DGC.

Qui	Rôle
Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde	• Représentée par le ou la président·e, le ou la vice-président·e et le ou la secrétaire/trésorier·ère de la Guilde, les représentant·es des conseils de districtet le ou la directeur·trice général·e national·e. • Établir l'orientation, la politique, la structure du régime et les priorités. • Assurer la gestion du régime. • Assumer la responsabilité des opérations financières de la Fiducie.
Bureau national de la Guilde	• Gérer les activités du régime au jour le jour. • Fournir des renseignements sur le régime aux membres et au personnel. • Assurer la liaison avec la Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde et ses fournisseurs. • Recevoir et traiter les sommes envoyées à la Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde. • Aider les membres avec les recours présentés à la Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde. • Traiter les ententes de participation et de réciprocité.
AGA Assurances collectives	• Administrer le régime. • Répondre aux questions des membres au sujet de la couverture. • Commander de nouvelles cartes-médicaments et cartes Assistance voyage. • Mettre à jour les renseignements concernant les personnes à votre charge, vos bénéficiaires et vous-même. • Vous aider en cas de problèmes liés à une demande de règlement ou à vos garanties.
La Canada Vie	• Fournir des protections médicales et dentaires, des soins d'urgence à l'étranger/hors de la province, l'assurance vie et l'assurance ICD. • Honorer les demandes de règlement. • Répondre aux questions sur les protections et les demandes de règlement des membres.
CUBIC Health	• Administrer le programme d'autorisation préalable FACET pour les médicaments complexes spécialisés.
Desjardins Assurances	• Fournir l'assurance maladies graves.
Chubb Assurances	• Fournir l'assurance accident (DMA).
TELUS Santé	• Fournir le Programme d'aide aux membres et à la famille (PAM).
Vous	• Transmettre les formulaires requis dûment remplis dans les délais requis. • Vous assurer que les renseignements sur votre (vos) bénéficiaire(s) et les personnes à votre charge sont à jour et exacts.

Confidentialité

Votre droit à la vie privée est important pour la Guilde.

Tous les fournisseurs conservent certains éléments de vos renseignements personnels dont ils ont besoin pour administrer le régime Bénéfices DGC.

Si vous avez des questions au sujet de vos renseignements personnels ou de leur utilisation par la compagnie d'assurance, veuillez envoyer un courriel à beneficesdgc@dgc.ca.

Le mot de la fin

Le présent document a été conçu dans le but de vous présenter un survol suffisamment complet et facile à comprendre du régime *Bénéfices DGC*, le programme d'avantages sociaux que vous procure la Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde. Ce document ne confère aucune obligation ni droit contractuel.

- On peut trouver toutes les dispositions des régimes individuels dans les contrats d'assurance et les documents de police officiels. Si le contenu du présent document diverge du libellé des contrats officiels, les clauses des contrats prévalent dans tous les cas. Votre droit d'accéder aux documents sur le régime, y compris votre formulaire d'inscription à l'assurance, vos preuves d'assurabilité et les contrats, dépend de la législation provinciale et territoriale applicable. Communiquez avec *Bénéfices DGC* pour déterminer vos droits d'accès.
- Les régimes d'invalidité de courte durée, de soins de santé (sauf l'Assistance voyage) et de soins dentaires, ainsi que le Compte de gestion des dépenses santé, sont auto-assurés par la Fiducie. Cela dit, toutes les demandes de règlement sont traitées par les compagnies d'assurance applicables.
- Les régimes d'assurance-vie, d'assurance maladies graves, d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) et de soins d'urgence hors de la province ou du pays, ainsi que le Programme d'aide aux membres et à la famille (PAM) et le service *Experts médicaux de Teladoc*, sont assurés par les compagnies d'assurance applicables.
- Actions en justice : Toute action ou poursuite que vous portez en justice contre une compagnie d'assurance dans le but de récupérer de l'argent en vertu du régime *Bénéfices DGC* doit être intentée au sein des délais indiqués dans la législation provinciale et territoriale applicable.
- Demandes d'appel : Vous pourriez avoir le droit de faire appel du refus, total ou partiel, de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat ou la police. La demande d'appel doit être présentée par écrit et inclure les raisons de vous objecter au refus. Envoyez un courriel à beneficesdgc@dgc.ca pour plus de renseignements sur la façon de faire appel d'une décision. Des délais de recours sont applicables aux demandes d'appel.
- La Fiducie de santé et de bien-être de la Guilde se réserve le droit de changer, modifier ou mettre fin au programme d'avantages sociaux en tout temps.