



APERÇU DE VOTRE PROGRAMME FLEXIBLE HARMONISÉ

RÉGIME DE SOINS MÉDICAUX

(coût selon l'option et la catégorie de protection choisies)

	Option 1 (Renonciation)	Option 2	Option 3	Option 4
Franchise		Aucune	Aucune	Aucune
Hospitalisation		100 % Chambre à 2 lits	100 % Chambre à 2 lits	100 % Chambre à 2 lits
Médicaments sur ordonnance (médicaments génériques, uniques ou innovateurs)		66 %*	75 %	90 %
		S'il existe un médicament générique, le régime applique le pourcentage de remboursement sur le coût de ce médicament.		
Services paramédicaux et soins de la vue	Aucune protection (preuve d'une autre protection requise)	—	75 % Max. 500 \$	90 % Max. 1 000 \$
• Psychologue				
• Acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute, podiatre			Max. 500 \$ pour tous les services combinés, y compris les soins de la vue	Max. 1 000 \$ pour tous les services combinés, y compris les soins de la vue
• Soins de la vue (examens de la vue, lunettes et verres de contact)			Max. 150 \$/12 mois (compris dans le maximum de 500 \$ pour tous les services combinés ci-dessus)	Max. 300 \$/12 mois (compris dans le maximum de 1 000 \$ pour tous les services combinés ci-dessus)
Soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays (jusqu'à 180 jours)		100 %	100 %	100 %
Autres		—	75 % Max. 10 000 \$	90 % Max. 10 000 \$
Changement d'option	Un niveau à la fois à l'adhésion annuelle; aucune restriction dans le cas d'un événement de vie admissible, (ex. : mariage, naissance, séparation)			

* Ce pourcentage sera révisé annuellement.

À moins d'indication contraire, les maximums indiqués sont des montants de remboursement par personne couverte, par année de programme.

Trois catégories de protection :



EMPLOYÉ
Vous seul



EMPLOYÉ + 1
Vous et une personne à charge
(conjoint ou enfant)



EMPLOYÉ + 2
Vous et plus d'une personne à charge

RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

(coût selon l'option et la catégorie de protection choisies)

	Option 1 (Renonciation)	Option 2	Option 3	Option 4
Franchise	Aucune protection	Aucune	Aucune	Aucune
Services préventifs • Examens de rappel, nettoyages		60 % 1 tous les 9 mois	75 % 1 tous les 9 mois	90 % 1 tous les 9 mois
Services de base (y compris endodontie et parodontie)		60 %	75 %	90 %
Soins majeurs (ponts, couronnes, prothèses)		50 %	50 %	60 %
Orthodontie (enfants seulement)		—	—	50 %
Remboursement maximum • Tous les services combinés sauf l'orthodontie (annuel) • Orthodontie (à vie)		700 \$ s.o.	1 000 \$ s.o.	2 000 \$ 2 000 \$
Guide des tarifs		Année courante	Année courante	Année courante
Changement d'option	Un niveau à la fois à l'adhésion annuelle; aucune restriction dans le cas d'un événement de vie admissible (ex. : mariage, naissance, séparation); l'option 4 doit être maintenue pendant 2 ans			

Trois catégories de protection :



EMPLOYÉ

Vous seul



EMPLOYÉ + 1

Vous et une personne à charge
(conjoint ou enfant)



EMPLOYÉ + 2

Vous et plus d'une personne à charge

RÉGIME D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

(coût payé par l'employeur)

Prestations hebdomadaires	70 % de votre salaire
Période d'attente	7 jours civils
Durée maximale	17 semaines



RÉGIME D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

(coût payé par vous, par retenues salariales)

Prestations mensuelles (payables après les 17 semaines de prestations d'invalidité de courte durée) <ul style="list-style-type: none">• Option 1• Option 2	55 % de la première tranche de 2 400 \$ de salaire mensuel plus 40 % de la tranche suivante de 2 100 \$ plus 35 % de l'excédent 60 % de la première tranche de 2 400 \$ de salaire mensuel plus 48 % de la tranche suivante de 2 100 \$ plus 41 % de l'excédent
Preuve d'assurabilité	Requise pour passer de l'option 1 à l'option 2
Prestations mensuelles maximales <ul style="list-style-type: none">• Sans preuve d'assurabilité• Avec preuve d'assurabilité	8 700 \$ 14 500 \$
Durée	Jusqu'au premier des événements suivants : rétablissement, retraite ou 65 ans
Indexation	Hausse de l'indice des prix à la consommation (max. 2 %)
Traitement fiscal	Prestations non imposables

ASSURANCE VIE

(coût payé par vous, par retenues salariales)*

Pour vous	Protection de base (obligatoire) : 1 x salaire; réduction de 50 % à 65 ans Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour toute augmentation
Pour votre conjoint	Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour toute augmentation
Pour vos enfants	Protection facultative : jusqu'à 50 000 \$, par tranches de 10 000 \$

*Les crédits flexibles restants peuvent être utilisés pour payer le coût de la protection d'assurance vie de base; si les crédits ne sont pas suffisants, vous payez l'excédent du coût par retenues salariales.



ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

(coût payé par vous, par retenues salariales)*

Pour vous	Protection de base : aucune Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$
Pour votre conjoint	Protection facultative : jusqu'à 500 000 \$, par tranches de 10 000 \$
Pour vos enfants	Protection facultative : jusqu'à 50 000 \$, par tranches de 10 000 \$

*Les crédits flexibles restants peuvent être utilisés pour payer le coût de la protection pour vous, votre conjoint et vos enfants; si les crédits ne sont pas suffisants, vous payez l'excédent du coût par retenues salariales.

ASSURANCE MALADIES GRAVES

(coût payé par vous, par retenues salariales)

Pour vous	Protection de base : aucune Protection facultative : jusqu'à 250 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour plus de 20 000 \$ à l'adhésion initiale et pour toute augmentation subséquente
Pour votre conjoint	Protection facultative : jusqu'à 250 000 \$, par tranches de 10 000 \$ Preuve d'assurabilité requise pour plus de 20 000 \$ à l'adhésion initiale et pour toute augmentation subséquente
Pour vos enfants	Protection facultative : jusqu'à 25 000 \$, par tranches de 5 000 \$

CRÉDITS FLEXIBLES

(montant accordé par l'employeur pour payer en totalité ou en partie le coût des options médicale et dentaire choisies; si les crédits ne sont pas suffisants, vous payez l'excédent du coût par retenues salariales)

Si vous choisissez l'option 1	Soins médicaux : 400 \$ Soins dentaires : 150 \$
Si vous choisissez l'option 2, 3 ou 4	Soins médicaux : 850 \$ Soins dentaires : 325 \$
Affectation des crédits restants	Assurance vie de base* Assurance décès ou mutilation par accident* Compte-santé REER collectif *Nouveau en 2017

Le présent document donne un aperçu des protections du programme flexible harmonisé. Il ne comprend pas toutes les restrictions et limites prévues par les régimes. Pour une description détaillée des protections, y compris les restrictions, les limites et les exclusions, veuillez vous reporter à la brochure descriptive des régimes, qui est disponible sur le site Web de Croix Bleue Medavie.

Février 2017

