



résolu

Produits forestiers



Re*Flex*

Guide de référence

AVANT-PROPOS

Produits forestiers Résolu est fière de vous présenter ReFlex, le programme d'assurance collective flexible des employés actifs non syndiqués.

Il vous permet de choisir le niveau de protections qui convient le mieux à vos besoins et à ceux des membres de votre famille. De plus, il est possible de modifier vos choix lors de la période annuelle de renouvellement et selon l'évolution de votre situation personnelle et familiale.

Ce guide de référence vous décrit les modalités du programme. Dans la rubrique ReFlex en bref, vous trouverez un sommaire des protections offertes. Ensuite, vous en apprendrez davantage sur le fonctionnement ReFlex ainsi que sur les conditions de participation. De plus amples renseignements sur chacune des protections du programme, soit l'assurance vie, l'assurance décès et mutilation par accident, l'invalidité de courte durée, l'invalidité de longue durée, les soins médicaux et les soins dentaires, sont également fournis. En conclusion, nous vous donnons plus de détails sur le compte Gestion-santé, le changement aux protections, les demandes de remboursement soins médicaux et soins dentaires et les avantages imposables.

Nous vous encourageons à consulter cette brochure et à l'utiliser comme un outil de référence.

À vous de choisir maintenant!

Advenant que des modifications surviennent aux protections prévues par les régimes gouvernementaux et que celles-ci affectent les protections offertes dans le cadre du présent programme, il est entendu que les modalités du programme continueront à s'appliquer comme si aucun changement n'était survenu, cela tant et aussi longtemps que Produits forestiers Résolu et la compagnie d'assurance ne se seront pas entendues sur les nouvelles modalités.

Cette limitation de couverture s'applique tout autant pour le régime de soins médicaux que pour le régime de soins dentaires.

Produits forestiers Résolu se réserve le droit de modifier ce programme ou d'y mettre fin en tout temps.

Cette brochure est remise aux employés à titre indicatif et ne constitue pas un contrat proprement dit. Si la brochure contient des renseignements différents de ceux de la police maîtresse, ce sont les termes de la police maîtresse qui prévalent.

Mise en vigueur : 1^{er} juin 2008
Mise à jour : Novembre 2017

TABLE DES MATIÈRES

	page
REFLEX EN BREF.....	3
FONCTIONNEMENT DE REFLEX.....	6
PARTICIPER À REFLEX	8
ASSURANCE VIE	10
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT	13
INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE	20
INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	22
SOINS MÉDICAUX	27
SOINS DENTAIRES	36
COMPTE GESTION-SANTÉ (CGS).....	40
CHANGEMENT AUX PROTECTIONS	42
DEMANDE DE REMBOURSEMENT SOINS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRES	47
AVANTAGES IMPOSABLES.....	48

REFLEX EN BREF

Sommaire des protections

ASSURANCE VIE

POUR VOUS	Jusqu'à 7 x votre salaire ¹ , par tranches de 0,5 de votre salaire (Protection minimale obligatoire de 0,5 x votre salaire)
POUR VOTRE CONJOINT	Jusqu'à 250 000 \$ par tranches de 10 000 \$
POUR LES ENFANTS À VOTRE CHARGE	Jusqu'à 50 000 \$ par tranches de 5 000 \$

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

POUR VOUS	Jusqu'à 7 x votre salaire ¹ , par tranches de 0,5 de votre salaire (Protection minimale obligatoire de 0,5 x votre salaire)
POUR VOTRE CONJOINT	Jusqu'à 250 000 \$ par tranches de 10 000 \$
POUR LES ENFANTS À VOTRE CHARGE	Jusqu'à 50 000 \$ par tranches de 5 000 \$

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

	MOINS DE 2 ANNÉES DE SERVICE	2 ANNÉES OU PLUS, MAIS MOINS DE 10 ANNÉES DE SERVICE	10 ANNÉES DE SERVICE OU PLUS
CONTINUATION DE SALAIRE PAYÉE PAR PRODUITS FORESTIERS RÉSOLU	100 % de votre salaire ¹ pour les 2 premières semaines 70 % de votre salaire ¹ pour les 24 semaines suivantes	100 % de votre salaire ¹ pour les 12 premières semaines 70 % de votre salaire ¹ pour les 14 semaines suivantes	100 % de votre salaire ¹ pendant 26 semaines

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
PRESTATION	55 % de votre salaire ¹	60 % de votre salaire ¹	70 % de votre salaire ¹
INDEXATION	Aucune indexation	Indexation jusqu'à 3 % par année selon l'Indice des prix à la consommation (IPC). Débute après 5 ans de prestations d'invalidité de longue durée	
DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS Jusqu'au premier des événements suivants :	<ul style="list-style-type: none"> vous n'êtes plus totalement invalide selon la définition du régime vous retournez au travail vous avez 60 ans et plus et vous avez reçu 2 ans de prestations vous atteignez 65 ans vous prenez votre retraite vous décédez 		<ul style="list-style-type: none"> vous n'êtes plus totalement invalide selon la définition du régime vous retournez au travail vous atteignez 65 ans vous prenez votre retraite vous décédez

¹ Le **salaire** correspond à votre salaire annuel de référence à la fin de l'année précédente.

SOINS MÉDICAUX

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
FRANCHISE ANNUELLE	900 \$ par personne 1 800 \$ par famille	0 \$	
MAXIMUM DES FRAIS ADMISSIBLES À VOTRE CHARGE DANS UNE ANNÉE¹	900 \$ par personne 1 800 \$ par famille	750 \$ par famille	500 \$ par famille
REMBOURSEMENT DES FRAIS ADMISSIBLES²			
Hospitalisation dans la province de résidence	100 % chambre à 2 lits		
Médicaments génériques ³	100 %		
Médicaments d'origine (avec générique) ³	100 % du coût du médicament générique le moins cher Si vous optez pour le médicament d'origine, le montant que vous débourserez ne sera pas comptabilisé dans le <i>Maximum des frais admissibles à votre charge dans une année</i> Si, pour des raisons médicales exceptionnelles, vous devez prendre le médicament d'origine, votre médecin devra compléter un formulaire de demande d'exception et le régime remboursera selon le prix du médicament d'origine		
Médicaments d'origine ou uniques (sans générique) ³	100 %	75 %	90 %
Soins d'urgence ⁴ hors province séjour maximal de 183 jours	100 % jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ à vie		
REMBOURSEMENT DES AUTRES FRAIS²	Non	75 % jusqu'à concurrence des montants ci-dessous	90 % jusqu'à concurrence des montants ci-dessous
Soins de la vue	Non	150 \$ / 24 mois (12 mois pour enfants de moins de 18 ans ou dans le cas de kératocône)	250 \$ / 24 mois (12 mois pour enfants de moins de 18 ans ou dans le cas de kératocône)
Examen de la vue	Non	40 \$ / année ¹	
Spécialistes paramédicaux excluant physiothérapeute et psychologue	Non	300 \$ / année ¹ / spécialiste Maximum combiné de 600 \$ / année ¹	600 \$ / année ¹ / spécialiste Maximum combiné de 1 200 \$ / année ¹
Physiothérapeute	Non	300 \$ / année ¹	600 \$ / année ¹
Psychologue	Non	300 \$ / année ¹	600 \$ / année ¹
Soins infirmiers privés à domicile	Non	10 000 \$ / année ¹	
Transport par ambulance	Non	Frais assurés	
Appareils auditifs	Non	500 \$ / 36 mois	600 \$ / 36 mois
Autres frais	Non	Pour les détails, consultez la section <i>Soins médicaux</i>	

- 1 Une année équivaut à une année civile
- 2 Montants par personne assurée
- 3 Carte de paiement direct / Disponibles sur ordonnance seulement.
- 4 Si vous refusez la garantie Soins médicaux au titre du présent régime, les soins d'urgence hors province ne s'applique pas à vous.

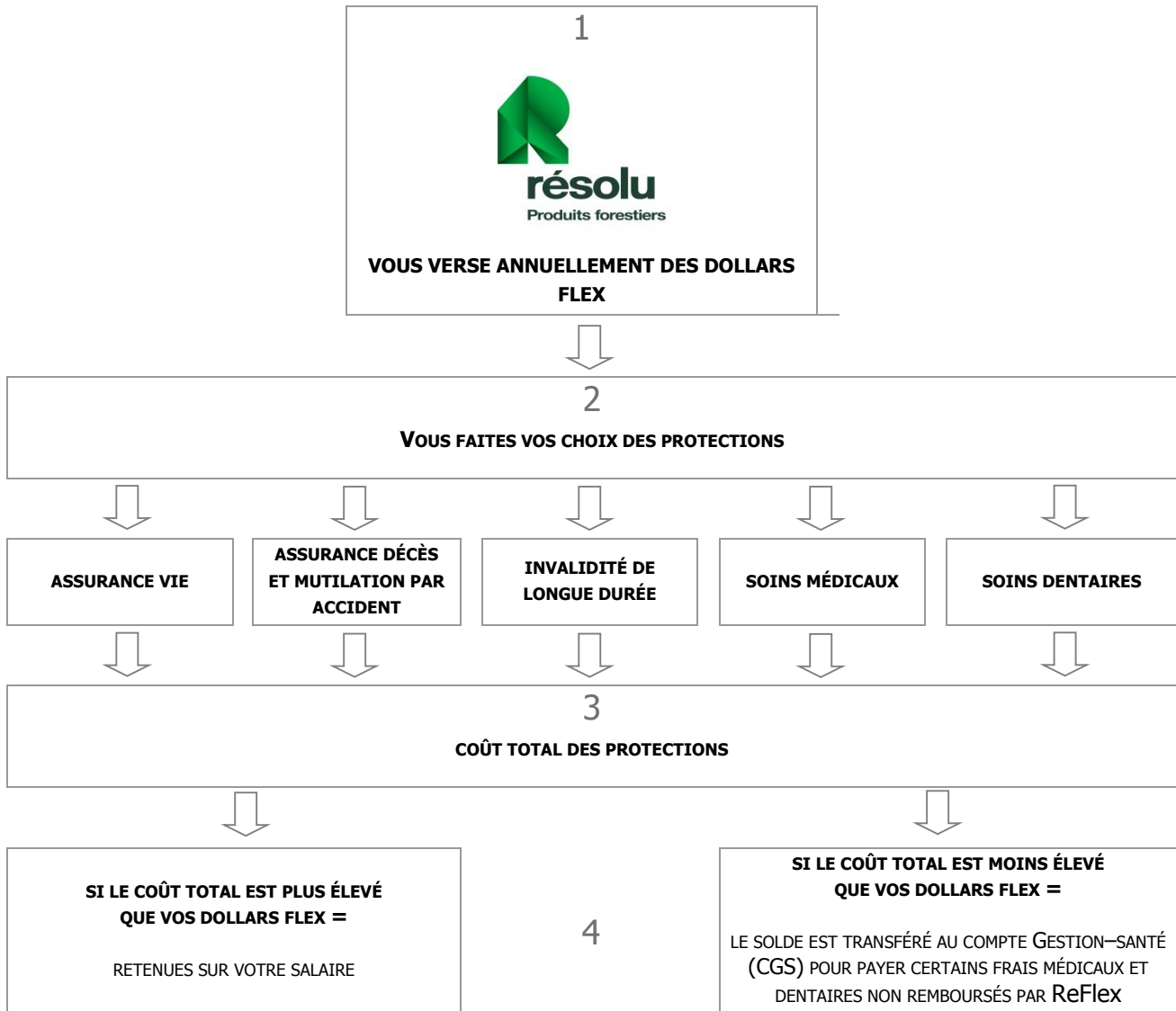
SOINS DENTAIRES

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
FRANCHISE ANNUELLE¹	0 \$		
GUIDE DES TARIFS	Année précédente		Année courante
EXAMENS	1 tous les 9 mois		1 tous les 6 mois
REMBOURSEMENT			
Prévention	75 %	90 %	100 %
Restauration mineure	75 %	80 %	90 %
Endodontie et parodontie	50 %	80 %	90 %
Restauration majeure	50 %	50 %	60 %
Orthodontie	Non couvert	50 %	60 %
MAXIMUM DE REMBOURSEMENT²			
Tous les soins (sauf orthodontie)	1 000 \$ / année ¹	2 000 \$ / année ¹	2 500 \$ / année ¹
Orthodontie	Non couvert	2 500 \$ à vie	3 000 \$ à vie

- 1 Une année équivaut à une année civile
 2 Montants par personne assurée

Fonctionnement de ReFlex

ReFlex est un programme d'assurance collective flexible. Il vous offre la possibilité de choisir les options qui répondent le mieux à vos besoins. Voici comment fonctionne le programme :



1 Votre allocation annuelle de dollars flex est calculée comme suit :

$\% \text{ de votre salaire annuel} + \text{montant fixe} = \text{votre allocation de dollars flex}$

La formule tient compte du fait que certains coûts sont basés sur votre salaire (assurance vie, assurance décès et mutilation par accident et invalidité de longue durée) et que d'autres ne le sont pas (soins médicaux et soins dentaires). Veuillez noter que le coût de l'invalidité de courte durée est entièrement payé par Produits forestiers Résolu.

Cette formule peut être revue annuellement par Produits forestiers Résolu.

Le **salaire** correspond à votre salaire annuel de référence à la fin de l'année précédente.

- 2 **Vous choisissez vos protections** selon vos besoins. Vous utilisez vos dollars flex pour payer vos protections. Puisque Produits forestiers Résolu désire que chaque employé soit couvert en cas d'imprévu, certaines protections minimales sont obligatoires.

Choix de protections

	POUR QUI	PROTECTIONS MINIMALES REQUISES	PROTECTIONS AU CHOIX	NIVEAU
ASSURANCE VIE	Vous	8		Tranches de votre salaire
	Votre conjoint		8	Montant au choix
	Les enfants à votre charge		8	Montant au choix
ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT	Vous	8		Tranches de votre salaire
	Votre conjoint		8	Montant au choix
	Les enfants à votre charge		8	Montant au choix
INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE CONTINUATION DE SALAIRE	Vous	Protection automatique ^A		
INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	Vous	8		3 options
SOINS MÉDICAUX	Vous	8 ^B		3 options
	Votre famille		8 ^C	
SOINS DENTAIRES	Vous		8	3 options
	Votre famille		8	
COMPTE GESTION-SANTÉ (CGS)	Vous permet de vous faire rembourser certains frais qui ne sont pas couverts ou qui sont partiellement couverts par vos régimes de soins médicaux et de soins dentaires, plus de détails à la page 40			

- A. Vous participez automatiquement au régime d'invalidité de courte durée (continuation de salaire). Vous n'avez pas de dollars flex à utiliser pour en bénéficier.
- B. Si vous êtes assuré par le régime de l'employeur de votre conjoint, vous pouvez vous exempter de cette protection. Une preuve doit être soumise.
- C. **Au Québec**, cette protection est obligatoire pour les personnes à votre charge si elles ne sont pas assurées par un autre régime privé.

- 3 **Vous faites le total des coûts** en utilisant le logiciel FlexIt360 accessible à l'adresse Internet suivante : www.websinc.ca/reflex. Ce coût peut être ajusté à chaque année pour refléter l'utilisation du régime et l'inflation.
- 4 **Vos dollars flex sont utilisés pour payer vos protections.** Si le coût total de vos protections est plus élevé que vos dollars flex, vous payez la différence par retenues salariales. Par contre, s'il vous reste des dollars flex, la différence est transférée à votre compte Gestion-santé (CGS).

PARTICIPER À REFLEX

Admissibilité

Vous êtes admissible à ReFlex si vous :

- êtes un employé non syndiqué permanent,
- travaillez à plein temps ou à temps partiel (au moins 15 heures par semaine), et
- êtes couvert par le régime provincial d'assurance maladie de votre province.

Si vous êtes admissible, les personnes à votre charge (votre conjoint et les enfants à votre charge qui répondent à la définition ci-dessous) le sont également. Elles doivent cependant être couvertes par le régime provincial d'assurance maladie de votre province.

Les employés temporaires ou contractuels ne sont pas admissibles à ReFlex.

Participation

Si vous êtes admissible, la participation au programme d'assurance collective est obligatoire dès votre premier jour de travail.

Si vous êtes absent du travail en raison d'une maladie ou d'une blessure au moment où votre assurance, ou une augmentation de votre assurance, entre en vigueur, vos protections ainsi que celles des personnes à votre charge prendront effet à votre retour après une journée complète de travail actif. **Pour les employés du Québec**, votre participation au régime de soins médicaux commence dès votre première journée de travail même si vous êtes absent en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Les personnes à votre charge peuvent participer au programme dès que vous commencez votre participation.

Pour participer à ReFlex, vous devez adhérer en ligne en utilisant le logiciel FlexIt360 accessible à l'adresse Internet suivante : www.websinc.ca/reflex. Une fois votre dossier confirmé dans FlexIt360, acheminez les documents appropriés au Centre de services des ressources humaines, dans les 10 jours ouvrables suivant votre date d'admission au programme. Passé ce délai, les protections suivantes s'appliqueront automatiquement pour vous seulement:

- **Assurance vie et Assurance décès et mutilation par accident** : 1 fois votre salaire
- **Invalidité de longue durée** : Option 1
- **Soins médicaux** : Option 2
- **Soins dentaires** : Option 1

Il sera possible de modifier ces protections lors de la période annuelle de renouvellement ou lors d'un changement de situation personnelle, comme il est décrit à la section **Changement aux protections** à la page 42.

PERSONNES À VOTRE CHARGE

Votre conjoint (de même sexe ou de sexe opposé) est la personne avec laquelle :

- vous êtes marié et dont vous n'êtes pas séparé depuis plus de 90 jours en raison de la fin de votre union ou,
- vous vivez maritalement de façon continue depuis au moins 12 mois (ou moins si un enfant est né de cette union), que vous présentez publiquement comme étant votre conjoint et dont vous n'êtes pas séparé depuis plus de 90 jours en raison de la fin de votre union.

Un seul conjoint est admissible à ReFlex.

Un enfant à votre charge est un enfant naturel, né vivant, ou légalement adopté, un enfant qui est en foyer d'accueil, l'enfant de votre conjoint ou un enfant dont vous avez la garde légale. L'enfant à votre charge doit être célibataire, dépendant de vous pour sa subsistance et être également :

- âgé de moins de 21 ans, ou
- âgé de 21 ans ou plus mais moins de 26 ans¹, s'il étudie à plein temps dans un établissement reconnu, ou
- invalide de manière totale et permanente, à condition qu'il ait été assuré en tant que personne à votre charge au moment où l'invalidité est survenue. Aucun critère d'âge ne s'applique dans ce cas.

¹ Une preuve d'études doit être soumise au service d'administration des avantages sociaux à chaque année pour confirmer leur admissibilité.

Prolongation des protections lors de votre décès

Les personnes à votre charge qui sont assurées pour les protections de soins médicaux ou de soins dentaires de ReFlex au moment de votre décès peuvent demeurer assurées pour une période maximale de 3 mois. Aucune contribution n'est requise.

La prolongation de leurs protections prend fin dès qu'elles ne répondent plus à la définition de personnes à votre charge. Les protections de votre conjoint cessent dès qu'il se remarie.

Cessation des protections

Vos protections ainsi que celles des personnes à votre charge assurées prennent fin au premier des événements suivants :

- l'âge indiqué dans le détail des protections de ce guide de référence
- la date de votre retraite
- la date de votre cessation d'emploi
- la date où vous n'êtes plus admissible
- le moment où vous ne versez plus les contributions requises
- la date à laquelle Produits forestiers Résolu met fin au programme.

De plus, les protections des personnes à votre charge prennent fin à la date où elles ne sont plus admissibles.

ASSURANCE VIE

L'assurance vie offre un soutien financier à vos bénéficiaires en cas de décès. Vous pouvez également assurer les personnes à votre charge.

POUR VOUS	Protection minimale obligatoire de 0,5 x votre salaire Protection maximale de 7 x votre salaire (par tranches de 0,5 x votre salaire)
POUR VOTRE CONJOINT (DE MOINS DE 70 ANS)	Protection facultative par tranches de 10 000 \$ Protection maximale de 250 000 \$
POUR LES ENFANTS À VOTRE CHARGE	Protection facultative par tranches de 5 000 \$ Protection maximale de 50 000 \$

Le **salaire** correspond à votre salaire annuel de référence à la fin de l'année précédente.

PROTECTION MAXIMALE POUR VOUS

La protection maximale d'assurance vie est de 2,30 millions de dollars.

COÛT DES PROTECTIONS

Pour vous :

- Jusqu'à 1 fois votre salaire : les coûts sont calculés selon un taux moyen pour le groupe.
- Pour les tranches supérieures à 1 fois votre salaire : les taux sont fondés sur votre âge, votre sexe et le fait que vous fumiez¹ ou non au 31 décembre qui précède l'année à laquelle la protection s'applique.

Pour votre conjoint, les taux sont fondés sur son âge, son sexe et le fait qu'il fumait¹ ou non au 31 décembre qui précède l'année à laquelle la protection s'applique.

Pour les enfants à votre charge, il s'agit d'un taux fixe par tranches de 5 000 \$.

¹ **Un fumeur** est une personne qui a fumé des cigarettes, de la marijuana ou tout autre narcotique ou qui a utilisé des produits du tabac au cours des 12 derniers mois, même si ce n'est qu'une seule fois durant cette période.

QU'ARRIVE-T-IL SI JE SUIS TOUJOURS AU TRAVAIL À 70 ANS

Le 1^{er} janvier de l'année suivant votre 70^e anniversaire de naissance, votre protection sera assujettie à un nouveau maximum, soit 1 fois votre salaire.

Si votre protection d'assurance vie excède ce maximum, elle sera réduite automatiquement à ce niveau; vous ne pourrez plus l'augmenter par la suite.

Si votre protection d'assurance est inférieure ou égale à ce maximum, elle sera maintenue sans modification. Vous pourrez augmenter votre protection jusqu'à 1 fois votre salaire et votre nouvelle protection entrera en vigueur une fois que la compagnie d'assurance aura approuvé le questionnaire médical.

Veillez noter que, une fois que vous atteignez l'âge de 70 ans, votre conjoint et les enfants à votre charge ne sont plus admissibles à la protection d'assurance vie. De plus, la protection d'assurance vie de votre conjoint se termine le 31 décembre de l'année où votre conjoint atteint 70 ans, peu importe votre âge.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Vous devrez désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Vous n'avez qu'à indiquer leur nom dans le logiciel FlexIt360. Veuillez prendre connaissance des instructions qui y sont indiquées. Vous êtes le bénéficiaire de toute prestation versée par l'assurance de votre conjoint ou de vos enfants.

PREUVES D'ASSURABILITÉ ET QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Aucun questionnaire médical n'est demandé jusqu'à concurrence de 1 fois votre salaire pour vous et de 50 000 \$ pour votre conjoint lors de votre adhésion initiale à ReFlex ou lors d'un changement de situation personnelle. Par la suite, un questionnaire médical est requis pour toute hausse du montant d'assurance.

Après étude des renseignements fournis, la compagnie d'assurance pourrait vous demander de passer un examen médical. La protection additionnelle demandée entrera en vigueur une fois que la compagnie d'assurance aura approuvé le questionnaire médical et sera assujettie à des retenues salariales.

EXCLUSION EN CAS DE SUICIDE

Au cours de la période de un an qui suit l'acceptation d'un montant additionnel pour lequel un questionnaire médical a été nécessaire, aucune prestation ne sera versée en vertu de ce montant additionnel si le décès survient à la suite d'un suicide.

TRANSFORMATION DE VOTRE ASSURANCE VIE

Vous et votre conjoint pouvez transformer jusqu'à 100 %¹ du montant d'assurance vie qui a pris fin (50 %¹ pour les personnes de 70 ans ou plus) en une protection individuelle à vos frais.

<p>1 Le montant que vous pouvez transformer sera réduit du capital de toute assurance vie collective auquel vous ou votre conjoint pouvez être admissible dans les 31 jours suivant la fin de la protection. Le montant maximum que vous et votre conjoint pouvez transformer est de 200 000 \$.</p>
--

Vous pouvez demander la transformation de votre assurance vie au premier des événements suivants :

- votre emploi prend fin
- vous ne participez plus à ReFlex
- votre montant d'assurance vie est réduit ou se termine en raison de l'âge ou d'un départ à la retraite.

De plus, si vous ou votre conjoint avez participé au cours des cinq dernières années au régime d'assurance vie de Produits forestiers Résolu et que la garantie est résiliée, vous et votre conjoint pouvez transformer le moins élevé des montants suivants :

- À 70 ans ou avant : 100 % du montant qui a pris fin¹ ou trois fois le plafond annuel de gains cotisables du Régime de pension du Canada / Régime de rentes du Québec.¹
- Après 70 ans : 50 % du montant qui a pris fin¹ ou 2 000 \$.

Vous disposez alors de **31 jours** pour faire la demande en ce sens et verser la première prime à la compagnie d'assurance. Aucun examen médical ou questionnaire médical n'est requis.

Le montant de la prime sera établi selon l'âge et la catégorie de risque de la personne assurée au moment de la transformation. La police d'assurance vie émise par la compagnie d'assurance sera soit une assurance individuelle permanente, soit une assurance temporaire d'un an transformable, soit une assurance temporaire jusqu'à 70 ans. Cependant, l'assurance ne peut comporter de garantie d'invalidité ni d'autres avantages.

Advenant votre décès ou celui de votre conjoint dans les **31 jours** suivant la date de terminaison ou de réduction de l'assurance vie, le montant qui aurait pu être transformé sera payé aux bénéficiaires, même si vous ou votre conjoint n'avez présenté une demande de transformation.

1 Le montant que vous pouvez transformer sera réduit du capital de toute assurance vie collective auquel vous ou votre conjoint pouvez être admissible dans les 31 jours suivant la fin de la protection. Le montant maximum que vous et votre conjoint pouvez transformer est de 200 000 \$.

Éléments à prendre en considération

Voici des éléments qui pourront alimenter votre réflexion en vue de vos choix d'assurance vie :

- Votre famille a-t-elle des obligations financières importantes, un prêt hypothécaire par exemple? Ce prêt est-il assuré?
- Si c'est le cas, votre famille pourrait-elle rembourser vos dettes sans l'apport de votre salaire ou de celui de votre conjoint?
- De quelles autres sources de revenus votre famille disposerait-elle en cas de décès d'un des conjoints?
 - Du salaire de l'autre conjoint?
 - D'économies personnelles, comme un REER ou des placements?
 - D'autres régimes d'assurance que celui de Produits forestiers Résolu?
 - D'une rente de conjoint survivant d'un régime de retraite?
- Avez-vous des enfants?
 - Quel est leur âge?
 - Combien de temps encore seront-ils à votre charge?
 - Planifient-ils faire des études supérieures? Avez-vous de l'argent de côté à cette fin?
- Votre famille a-t-elle des besoins spéciaux?
 - Vos parents dépendent-ils de votre soutien financier?
 - Vos enfants auraient-ils besoin de services de garde ou de services spéciaux advenant le décès de l'un des conjoints?

ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

Cette protection offre un soutien financier en cas d'accident entraînant le décès, la perte de membres ou la paralysie. Cette protection est en vigueur 24 heures sur 24, sept jours sur sept, que ce soit au travail ou à l'extérieur du travail. Vous pouvez également assurer les personnes à votre charge. En cas de décès par accident, les prestations s'ajoutent au montant à recevoir de l'assurance vie.

POUR VOUS	Protection minimale obligatoire de 0,5 x votre salaire Protection maximale de 7 x votre salaire (par tranches de 0,5 x votre salaire)
POUR VOTRE CONJOINT	Protection facultative par tranches de 10 000 \$ Protection maximale de 250 000 \$
POUR LES ENFANTS À VOTRE CHARGE	Protection facultative par tranches de 5 000 \$ Protection maximale de 50 000 \$

Le **salaire** correspond à votre salaire annuel de base. Si votre salaire varie en cours d'année, votre protection et vos retenues salariales seront automatiquement ajustées.

PROTECTION MAXIMALE POUR VOUS

La protection maximale d'assurance décès et mutilation par accident pour vous est de 2,30 millions de dollars.

QU'ARRIVE-T-IL SI JE SUIS TOUJOURS AU TRAVAIL À 70 ANS

Le 1^{er} janvier de l'année suivant votre 70^e anniversaire de naissance, votre protection ainsi que celle des personnes à votre charge prennent fin. De même, la protection de votre conjoint prend fin le 1^{er} janvier de l'année suivant son 70^e anniversaire de naissance.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Vous devrez désigner un ou plusieurs bénéficiaires. Vous n'avez qu'à indiquer leur nom dans le logiciel FlexIt360. Veuillez prendre connaissance des instructions qui y sont indiquées. Notez aussi que vous êtes le bénéficiaire de toute prestation versée par l'assurance de votre conjoint ou de vos enfants.

PERTES ASSURÉES

Le montant versé en cas d'accident correspond à un pourcentage du montant assuré établi en fonction de la nature de la blessure, comme l'indique le tableau ci-dessous. La prestation sera versée si une blessure entraîne une des pertes indiquées au tableau dans les 365 jours de l'accident. Un maximum de 100 % de la somme assurée est versé en cas de pertes multiples résultant du même accident, sauf en cas de paralysie où une prestation de 200 % est prévue.

Tableau des pertes accidentelles

PERTES ASSURÉES	
200 %	Paralysie totale des membres supérieurs et inférieurs (quadriplégie), des membres inférieurs (paraplégie) ou des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps (hémip légie)
100 %	<ul style="list-style-type: none"> • Décès • Perte de l'usage d'une main ou d'un pied • Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe • Perte de la parole, de l'ouïe des deux oreilles ou de la vue complète d'un œil
66 2/3 %	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de l'ouïe d'une oreille • Perte ou perte de l'usage du pouce et de l'index d'une main ou d'au moins quatre doigts d'une main
33 1/3 %	<ul style="list-style-type: none"> • Perte de tous les orteils d'un pied

Par **perte**, on entend, dans le cas :

- D'une main ou d'un pied, le sectionnement total à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais au-dessous de l'articulation du coude ou du genou.
- D'un bras ou d'une jambe, le sectionnement total à l'articulation du coude ou du genou ou au-dessus.
- D'un pouce, le sectionnement total d'une phalange.
- D'un doigt, le sectionnement total de deux phalanges.
- D'un orteil, le sectionnement total d'une phalange du gros orteil et de toutes les phalanges des autres orteils.
- D'un œil, la perte totale et irrémédiable de la vue.
- De la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité d'émettre des sons intelligibles.
- De l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe.
- De la quadriplégie, de la paraplégie et de l'hémip légie, la paralysie totale et irrémédiable des membres atteints.
- De la perte de l'usage, la perte totale et irrémédiable de l'usage. La perte doit toutefois se poursuivre pendant 12 mois consécutifs, au terme desquels elle est déclarée permanente.

Sous réserve de certaines limites et conditions, des frais engagés à la suite d'un accident peuvent également faire l'objet d'un remboursement comme il est défini dans les pages suivantes.

AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

Assurance de voyages aériens

Cette protection couvre les blessures subies :

- au cours d'un voyage à titre de passager (et non comme pilote, membre d'équipage ou autre) à bord d'un aéronef disposant d'un certificat de navigabilité valable à condition que le pilote détienne un brevet approprié
- durant un voyage à titre de passager (et non comme pilote, membre d'équipage ou autre) à bord d'un aéronef utilisé par les Forces armées canadiennes ou toute autre force militaire d'une autorité gouvernementale compétente d'un pays reconnu
- lors de l'embarquement ou de la descente d'un aéronef ou si l'aéronef heurte la personne assurée.

Décès simultanés

Si vous et votre conjoint perdez la vie à la suite d'accidents simultanés ou à la suite de deux accidents séparés survenant à l'intérieur d'une période de 24 heures, et que des prestations sont payables aux termes du présent régime, le capital assuré pour votre conjoint est augmenté jusqu'à la somme que vous avez souscrite pour vous-même. La prestation maximale payable pour vous et votre conjoint est de 1 000 000 \$.

Exposition aux éléments de disparition

Si à la suite d'un accident couvert en vertu de la présente protection vous ne pouvez éviter d'être exposé aux éléments, toute perte résultant de cette exposition est couverte. Si l'on ne retrouve pas votre corps dans l'année qui suit la date de la disparition, du naufrage ou de la destruction du véhicule à bord duquel vous vous trouviez au moment de l'accident, il est présumé que vous avez perdu la vie au cours de cet accident.

Garantie - ceinture de sécurité

Si la personne assurée subit des blessures alors qu'elle était passagère ou conductrice d'une voiture de tourisme et qu'elle portait correctement sa ceinture de sécurité, une somme additionnelle de 10 % des prestations prévues, au **Tableau des pertes accidentelles**, jusqu'à un maximum de 50 000 \$ lui sera versée advenant que les blessures subies sont compensables en vertu du régime. Le rapport d'accident ou la déclaration de l'agent de police doit faire état du port de la ceinture de sécurité par la personne assurée. Le conducteur du véhicule doit détenir un permis de conduire valide et ne doit pas être sous l'influence de l'alcool ni de stupéfiants au moment de l'accident, sauf s'il s'agit de substances prescrites par un médecin.

Garantie d'éducation

Si vous décédez accidentellement et que des prestations sont payables par la présente protection, chacun des enfants à votre charge inscrits dans un établissement postsecondaire au moment de l'accident ou qui le serait dans les 365 jours suivant la date de votre décès a droit à une indemnité égale à 5 % du capital assuré ou à 5 000 \$, selon le montant le moins élevé.

L'indemnité sera versée annuellement jusqu'à concurrence de cinq ans, tant et aussi longtemps que l'enfant poursuit ses études à plein temps dans un établissement postsecondaire, demeure célibataire, dépend de vous pour sa subsistance et est âgé de moins de 26 ans.

Votre conjoint peut aussi profiter d'un support financier pour accroître ses compétences professionnelles ou techniques. Ainsi, il pourra acquérir les compétences nécessaires à l'exercice d'une profession qu'il n'aurait pas été apte à exercer auparavant, ceci, dans la perspective de pouvoir mieux subvenir à ses besoins à la suite de votre décès accidentel et à la condition qu'une prestation de décès soit versée par ce régime. Le remboursement maximum prévu est de 15 000 \$ et couvre les dépenses pour s'inscrire à un programme officiel de formation professionnel, excluant les frais d'hébergement, de subsistance, de déplacement ou d'habillement. Ces frais doivent être engagés dans les 36 mois suivant votre décès.

Garantie d'indexation

Si à la suite d'une blessure vous recevez des prestations prévues au **Tableau des pertes accidentelles** ou à la disposition Invalidité totale permanente, ReFlex vous versera une indemnité supplémentaire égale à 1 % des prestations payables pour chaque année consécutive où vous avez été couvert, jusqu'à un maximum de 5 %.

Garantie pour garde d'enfants

Advenant que vous ou votre conjoint décédiez à la suite d'un accident et que le capital assuré soit payable, le régime prévoit le versement d'une compensation pour chaque enfant à charge âgé de moins de 13 ans inscrit dans une garderie de jour accréditée ou qui le devient dans les 365 jours suivant le décès.

Le montant de la compensation par enfant sera le moindre de 5 % du capital assuré ou 5 000 \$. L'indemnité sera versée annuellement dès la réception d'une attestation de l'inscription à une garderie accréditée et jusqu'à concurrence de cinq années consécutives, tant et aussi longtemps que l'enfant continue à être inscrit dans une garderie accréditée et qu'il est âgé de moins de 13 ans.

Indemnité de rapatriement

Une indemnité de rapatriement est versée (jusqu'à concurrence de 25 000 \$, incluant les frais de préparation du corps en vue du transport) pour rapatrier, dans sa ville de résidence, le corps de la personne assurée décédée accidentellement à la suite de blessures subies à plus de 50 kilomètres de sa ville de résidence. Ce montant est versé à condition qu'une prestation de décès soit payable en vertu de cette protection.

Indemnité de réadaptation

Advenant que les blessures subies par la personne assurée l'empêchent d'exercer sa profession et l'obligent à se recycler dans un autre domaine, le régime prévoit une indemnité de réadaptation pouvant aller jusqu'à 15 000 \$. Les sommes engagées doivent l'être dans les trois années suivant l'accident et ne couvrent pas les frais d'hébergement, de subsistance, de déplacement ou d'habillement.

Indemnité lors d'une hospitalisation

Si la personne assurée est hospitalisée et sous les soins d'un médecin à la suite d'une perte couverte en vertu de cette protection, vous recevrez une prestation journalière égale à 1/30 % du capital assuré. Cette prestation est payable du premier jour d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par mois. Elle vous est versée dès la 1^{re} journée d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 365 jours par accident.

Une hospitalisation pour des traitements rendus à la suite de tout autre accident pour une perte non définie au **Tableau des pertes accidentelles** donnera également droit à la prestation prévue ci-dessus. L'indemnité sera versée dès la 1^{re} journée si l'hospitalisation dure au moins 4 jours consécutifs.

Identification de la dépouille mortelle

Si les forces de l'ordre exigent qu'un membre de la famille immédiate identifie la dépouille mortelle de l'assuré à la suite d'un accident donnant droit à des prestations conformément à cette protection, ReFlex rembourse les frais raisonnables et nécessaires suivants si la dépouille se trouve à 150 km ou plus de la résidence du membre de la famille immédiate (conjoint, parents, grands-parents, enfants, frères ou sœurs, petits-enfants ou beaux-parents – excluant toute personne de moins de 18 ans) :

- les frais de logement et de repas engagés lors du trajet et du séjour dans la ville où se trouve la dépouille
- les frais de déplacement aller et retour entre sa résidence et la ville où se trouve la dépouille, selon le trajet le plus court.

Sont exclus les frais habituels de subsistance, de déplacement ou d'habillement à l'exception des frais mentionnés ci-dessus. Les frais de déplacement dans un véhicule particulier sont limités à 0,35 \$ le kilomètre et l'indemnité globale est limitée à 25 000 \$.

Invalidité permanente totale

Si vous êtes atteint d'invalidité totale, vous recevrez en un versement unique, le capital assuré, déduction faite de tout autre montant payé ou payable à la suite du même accident selon le **Tableau des pertes accidentelles**. Toutefois, l'invalidité doit remplir les conditions suivantes :

- elle résulte d'une blessure accidentelle qui survient avant votre 70^e anniversaire
- elle commence au plus tard 365 jours après l'accident
- elle vous empêche d'occuper tout emploi rémunéré pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié ou pouvez le devenir à cause de votre instruction, de votre formation ou de votre expérience
- elle se poursuit pendant 12 mois consécutifs au terme desquels elle est déclarée permanente.

Majoration des prestations pour enfants

Les pourcentages indiqués au **Tableau des pertes accidentelles** sont doublés lorsqu'il s'agit d'un enfant à votre charge. Pour que cette prestation soit payable, votre enfant ne doit pas décéder dans les 90 jours suivant l'accident. S'il décède dans les 90 jours suivant l'accident des suites de l'accident, la prestation payable sera celle pour la perte de la vie seulement, soit 100 % du montant assuré.

Modification du lieu de travail

Si vous recevez des prestations couvertes dans le **Tableau des pertes accidentelles** à la suite d'une blessure et que votre lieu de travail doit être modifié ou être muni d'un équipement adapté afin que vous puissiez reprendre le travail à temps plein, les frais normaux et nécessaires sont couverts par ReFlex jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par accident. L'assureur se réserve le droit de vous examiner et d'évaluer la pertinence des modifications demandées.

Transformation d'un logement ou d'un véhicule

Dans l'éventualité où vous ou une personne à votre charge recevez une prestation en vertu de cette protection pour une blessure qui nécessite un déplacement en fauteuil roulant (perte de l'usage des deux pieds ou des deux jambes, paraplégie, quadriplégie ou hémip légie), ReFlex rembourse les frais de travaux non répétitifs et raisonnables d'aménagement de la résidence principale pour y permettre l'accès et la circulation en fauteuil roulant. Les modifications doivent être faites par des personnes expérimentées et recommandées par les autorités compétentes.

Les frais non répétitifs de transformation d'un véhicule motorisé sont également prévus, afin que la personne puisse y avoir accès ou le conduire. Les travaux doivent également être exécutés par des personnes expérimentées et autorisées par le bureau d'immatriculation des véhicules de la province en question.

Les travaux exécutés à votre nom ou à celui d'une personne à votre charge pourront être remboursés dans les trois années qui suivent l'accident, jusqu'à concurrence de 15 000 \$ sur présentation de factures.

Transport d'un membre de la famille

Sur la recommandation d'un médecin, ReFlex prévoit l'hébergement et le transport aller-retour par la voie la plus directe d'un membre de la famille immédiate (conjoint, parents, grands-parents, enfants, frères ou sœurs, petits-enfants ou beaux-parents – excluant toute personne de moins de 18 ans) auprès de la personne assurée hospitalisée à la suite d'un accident couvert par la présente protection. L'accident doit être survenu à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence permanent. Le remboursement maximum prévu est de 25 000 \$, assujetti à un maximum de 0,35 \$ du kilomètre.

Sont exclus les frais de repas ou tous les autres frais habituels de subsistance, de voyage ou d'habillement, à l'exception des frais stipulés ci-dessus.

TRANSFORMATION DE VOTRE ASSURANCE DÉCÈS ET MUTILATION PAR ACCIDENT

Lorsque votre assurance décès et mutilation par accident collective prend fin, elle peut être transformée en une protection individuelle à vos frais. Vous pouvez demander la transformation de votre assurance au premier des événements suivants :

- votre emploi prend fin
- vous ne participez plus à ReFlex
- votre montant d'assurance vie est réduit ou se termine en raison de l'âge (à 70 ans) ou d'un départ à la retraite.

Vous disposez de **31 jours**, suivant la fin ou la réduction de votre assurance, pour demander la transformation et verser la première prime à la compagnie d'assurance. Vous devez être âgé de moins de 70 ans pour avoir droit à la transformation.

Seules les garanties mentionnées au **Tableau des pertes accidentelles** sont offertes à la transformation. Le montant à transformer ne peut dépasser celui qui est en vigueur à la cessation d'assurance, assujetti à un maximum de 250 000 \$. La prime est calculée d'après le tarif en vigueur établi par la compagnie d'assurance à la date de transformation.

La police individuelle d'assurance accident est renouvelable annuellement et la prime annuelle est payable par anticipation.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Veuillez prendre note qu'aucune indemnité ne sera versée si le motif de l'accident résulte directement ou indirectement de ce qui suit :

- guerre déclarée ou non ou tout autre fait de guerre
- tentative de suicide ou blessure volontaire (que la personne assurée soit saine d'esprit ou non)
- service à plein temps dans les forces armées de tout pays
- participation à une émeute, une insurrection, un mouvement populaire ou des troubles
- les soins médicaux ou les interventions chirurgicales, sauf s'ils sont consécutifs à un accident.

Éléments à prendre en considération

Voici des éléments qui pourront alimenter votre réflexion en vue de vos choix d'assurance décès et mutilation par accident :

- L'assurance décès et mutilation par accident est particulièrement utile en cas de blessures accidentelles occasionnant des mutilations, la cécité, la surdité ou la paralysie.
- Sur quelles autres sources de revenus votre famille pourrait-elle compter advenant le décès par accident de l'un des conjoints?
- Qu'arriverait-il si vous deveniez invalide à la suite d'un accident? Auriez-vous d'autres revenus que les prestations des régimes d'invalidité de courte et de longue durée?
- Dans quelle mesure la perte d'un membre vous empêcherait-elle de poursuivre votre emploi normalement? Qu'en est-il de votre conjoint?
- Enfin, seriez-vous en mesure de prendre à votre charge les frais pouvant être occasionnés si votre conjoint ou un enfant à charge décédait, subissait une mutilation, devenait aveugle, sourd ou paralysé à la suite d'un accident?

INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

Si vous ne pouvez travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure, le régime d'invalidité de courte durée de Produits forestiers Résolu vous versera une prestation en remplacement de votre salaire. Le niveau de la prestation varie en fonction du nombre d'années de services que vous avez accumulé, tel qu'exposé dans le tableau ci-dessous. Cette protection vous permet de continuer à recevoir une prestation pendant 26 semaines en cas d'incapacité de travailler.

Tableau des protections

	MOINS DE 2 ANNÉES DE SERVICE	2 ANNÉES OU PLUS, MAIS MOINS DE 10 ANNÉES DE SERVICE	PLUS DE 10 ANNÉES DE SERVICE
CONTINUATION DE SALAIRE	100 % de votre salaire pour les 2 premières semaines 70 % de votre salaire pour les 24 semaines suivantes	100 % de votre salaire pour les 12 premières semaines 70 % de votre salaire pour les 14 semaines suivantes	100 % de votre salaire pendant 26 semaines
IMPOSITION	Les prestations versées en cas d'invalidité de courte durée sont imposables		

Vous participez automatiquement à cette protection, payée par Produits forestiers Résolu. Aucun versement de dollars flex n'est donc requis.

Les prestations versées en vertu de ce régime ne peuvent être inférieures à 55 % de vos gains assurables incluant la rémunération des heures supplémentaires, les primes de quart, les autres primes, tels qu'ils sont définis par l'assurance-emploi.

INTÉGRATION DES REVENUS D'AUTRES SOURCES

Les prestations sont réduites des sommes reçues (ou que vous auriez reçues si vous en aviez fait la demande) des sources suivantes :

- tout revenu d'emploi, sauf en ce qui a trait au revenu de réadaptation
- toute prestation d'invalidité payable par le Régime de rentes du Québec/Régime de pensions du Canada (RRQ/RPC)
- toute prestation payable par tout régime gouvernemental d'assurance automobile de l'Ontario et du Québec et toute loi sur la santé et la sécurité du travail, ainsi que tout autre programme similaire

Par contre, votre prestation ne sera pas réduite en raison :

- de toute augmentation du coût de la vie accordée par le RRQ/RPC après la date où vous avez été jugé totalement invalide
- des prestations versées par le RRQ/RPC aux personnes à votre charge après la date de votre invalidité ou de votre retraite
- de toute prestation versée en vertu d'une assurance invalidité individuelle, à l'exclusion de celle versée par une assurance accident automobile qui ne tient pas compte de la prestation versée par l'Assurance Emploi (AE) dans le calcul de la prestation payable

RÉCIDIVE

Si deux périodes d'invalidité totale :

- sont attribuables aux mêmes causes ou à des éléments connexes et sont séparées par un retour au travail à plein temps de moins de 3 mois, ou
- sont attribuables à des causes non connexes et sont séparées par un retour au travail à plein temps de moins de 2 semaines,

le régime considère ces deux périodes d'invalidité totale comme une seule invalidité. La deuxième invalidité est considérée comme la suite de la première invalidité.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Cette assurance vous permet de recevoir un revenu lorsque votre incapacité de travailler se poursuit au-delà de la période assurée en vertu de la protection d'invalidité de courte durée, soit 26 semaines. Cette protection est obligatoire, vous choisissez l'option qui est adaptée à vos besoins.

Tableau des protections

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
PRESTATION (IMPOSABLE)	55 % de votre salaire	60 % de votre salaire	70 % de votre salaire
MAXIMUM MENSUEL	Jusqu'à 19 000 \$ sans preuve et 23 500 \$ avec preuve d'assurabilité		
INDEXATION	Aucune indexation	Indexation jusqu'à 3 % par année selon l'Indice des prix à la consommation (IPC). Débute après 5 ans de prestations d'invalidité de longue durée.	
DURÉE MAXIMALE DES PRESTATIONS Jusqu'au premier des événements suivants :	<ul style="list-style-type: none"> vous n'êtes plus totalement invalide selon la définition du régime vous retournez au travail vous avez 60 ans et plus et vous avez reçu 2 ans de prestations vous atteignez 65 ans vous prenez votre retraite vous décédez 	<ul style="list-style-type: none"> vous n'êtes plus totalement invalide selon la définition du régime vous retournez au travail vous atteignez 65 ans vous prenez votre retraite vous décédez 	

Le **délai de carence** est la période de 26 semaines avant d'avoir droit aux prestations de l'invalidité de longue durée. Il s'agit en fait de la période où vous recevez des prestations d'invalidité de courte durée.

Le **salaire** correspond à votre salaire annuel de référence à la fin de l'année précédente de votre invalidité.

DÉFINITION D'INVALIDITÉ

Pour être considéré comme totalement invalide et recevoir des prestations d'invalidité de longue durée, vous devez :

- pendant les **26 premières semaines** (invalidité de courte durée) et les **30 mois subséquents d'invalidité**, être incapable d'accomplir les tâches de votre emploi habituel (type de travail et non seulement votre emploi)
- par la suite, être incapable d'accomplir tout travail pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en fonction de vos études, de vos qualifications et de votre expérience.

De plus, vous devez avoir été examiné et traité par un médecin dans les **31 jours** du début de l'invalidité, être suivi par un médecin et résider au Canada, à moins d'une permission spéciale de la compagnie d'assurance. Il est à noter que la disponibilité d'un emploi ne sera pas considérée dans l'analyse de votre invalidité.

PREUVES D'ASSURABILITÉ ET QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Aucun questionnaire médical n'est demandé lors de votre adhésion initiale à ReFlex, quelle que soit l'option que vous choisissez jusqu'à concurrence d'une prestation mensuelle maximale de 19 000 \$. Si votre niveau de prestation mensuelle excède 19 000 \$, un questionnaire médical sera requis.

Par la suite, un questionnaire médical sera requis si vous désirez passer à un niveau supérieur ou si votre prestation mensuelle excède 19 000 \$.

Après étude des renseignements fournis, la compagnie d'assurance pourrait vous demander de subir un examen médical. La protection additionnelle demandée entrera en vigueur une fois que la compagnie d'assurance aura approuvé le questionnaire médical et sera assujettie à des retenues salariales.

INTÉGRATION DES REVENUS D'AUTRES SOURCES

Les prestations sont réduites des sommes reçues (ou que vous auriez reçues si vous en aviez fait la demande) des sources suivantes :

- tout revenu d'emploi, sauf en ce qui a trait au revenu de réadaptation
- toute prestation d'invalidité payable par le Régime de rentes du Québec / Régime de pensions du Canada (RRQ/RPC)
- toute prestation payable par d'autres régimes gouvernementaux, dont tout régime gouvernemental d'assurance automobile et toute loi sur la santé et la sécurité du travail, ainsi que tout autre programme similaire
- toute prestation d'invalidité payable par un autre régime d'assurance collective ou de retraite.

De plus, votre prestation d'invalidité est réduite de façon que la somme de tous vos revenus n'excède pas 85 % de votre salaire brut avant l'invalidité. Pour déterminer la somme de vos revenus, la compagnie d'assurance tient compte des revenus indiqués ci-dessus ainsi que de toute prestation payable par les régimes gouvernementaux aux personnes à votre charge en raison de votre invalidité ou de votre retraite.

Par contre, votre prestation ne sera pas réduite en raison :

- de toute augmentation du coût de la vie accordée par le RRQ / RPC après la date où vous avez été jugé totalement invalide
- des prestations versées par le RRQ / RPC aux personnes à votre charge après la date de votre invalidité ou de votre retraite
- des prestations d'invalidité ou de retraite que vous receviez avant d'être reconnu totalement invalide
- de toute prestation versée en vertu d'une assurance invalidité individuelle, à l'exclusion de celle versée par une assurance accident automobile.

RÉCIDIVE

Si deux périodes d'invalidité totale sont attribuables aux mêmes causes ou à des éléments connexes et sont séparées par un retour au travail à plein temps de moins de six mois, le régime considère ces deux périodes d'invalidité totale comme une seule invalidité. Le délai de carence ne s'applique donc qu'une seule fois et la deuxième invalidité est considérée comme la suite de la première invalidité.

RÉADAPTATION

Si votre état de santé vous permet de travailler à plein temps ou à temps partiel dans un emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre formation, de votre instruction et de votre expérience, vous continuerez d'être considéré comme totalement invalide et vos prestations ne seront réduites que par le plus élevé des deux montants suivants :

- 60 % du revenu brut de votre emploi de réadaptation
- montant qui fait en sorte que la somme de votre revenu brut d'emploi de réadaptation et de votre prestation d'invalidité n'excède pas votre revenu brut avant l'invalidité.

Si vous refusez de participer à un emploi de réadaptation, vos prestations cesseront d'être versées.

La durée maximale de ce programme de réadaptation est de 24 mois.

INVALIDITÉ PARTIELLE

Si vous êtes totalement invalide mais capable d'occuper un emploi approuvé par la compagnie d'assurance et que vous vous acquittez :

- durant les 36 premiers mois d'invalidité :
 - soit de certaines fonctions de votre emploi habituel à temps partiel
 - soit de toutes les fonctions d'un autre emploi à plein temps ou à temps partiel
- par la suite, de toutes les fonctions de n'importe quel emploi à plein temps ou à temps partiel,

vous ne perdez pas droit aux prestations d'invalidité de longue durée. Toutefois, les prestations d'invalidité seront réduites du plus élevé des deux montants suivants :

- revenu brut de votre emploi
- excédent entre la somme de votre revenu brut d'emploi et de votre prestation d'invalidité, et le montant de votre revenu brut avant l'invalidité.

RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

Si vous poursuivez en justice une tierce partie et que des prestations vous sont versées pour la perte d'un revenu, vous devez signer une entente de remboursement avec la compagnie d'assurance. Celle-ci obtient ainsi le droit de se faire rembourser les sommes, intérêt compris, que vous pourrez recevoir d'une tierce partie pour la perte de votre revenu qui, combinées avec les prestations versées ou exigibles par ce régime, dépasseraient la perte réelle subie.

Une fois que la compagnie d'assurance est avisée d'un paiement par une tierce partie à la suite d'un jugement ou d'un règlement, le présent régime cesse de vous verser des prestations d'invalidité jusqu'à ce que la compagnie d'assurance ait reçu le montant du remboursement précisé dans l'entente.

Si le règlement ou le jugement pour perte de revenu futur prend la forme d'une somme forfaitaire, le présent régime interrompt ses prestations d'invalidité jusqu'à ce que la somme des prestations, par ailleurs payables, égale le montant forfaitaire.

VERSEMENT EN TROP

Si un employé invalide reçoit des paiements en excédent de ce qui aurait dû lui être versé, la compagnie d'assurance pourra demander à l'employé de lui rembourser le montant versé en trop ou réduire les paiements futurs à l'employé d'un montant équivalant au montant versé en trop.

CESSATION

Si vous avez choisi les options 1 ou 2, votre protection d'invalidité de longue durée cesse au premier des événements suivants :

- vous avez 60 ans et plus et vous avez reçu un minimum de 2 ans de prestations
- vous atteignez 65 ans
- vous prenez votre retraite
- vous cessez de travailler pour Produits forestiers Résolu
- vous n'êtes plus admissible.

Si vous avez choisi l'option 3, votre protection d'invalidité de longue durée se termine au premier des événements suivants :

- vous atteignez 65 ans
- vous prenez votre retraite
- vous cessez de travailler pour Produits forestiers Résolu
- vous n'êtes plus admissible.

QU'ARRIVE-T-IL SI JE SUIS TOUJOURS AU TRAVAIL À 65 ANS

La formule de dollars flex sera modifiée pour tenir compte du fait que vous n'êtes plus couvert pour cette protection et ce, dès l'âge de 64 ans et 6 mois puisque si vous deveniez totalement invalide à cet âge, vous ne recevriez que des prestations d'invalidité de courte durée pour un maximum de 26 semaines.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

Si vous devenez invalide durant un congé de maternité, un congé de paternité, un congé parental, un congé d'adoption ou un congé sans solde autorisé, le délai de carence ne débutera qu'à votre date prévue de retour au travail et les prestations d'invalidité de longue durée débuteront à la fin du délai de carence si vous êtes toujours invalide.

Le versement des prestations pourrait être interrompu si :

- vous n'êtes plus totalement invalide selon la définition du régime
- vous ne fournissez pas les preuves médicales d'invalidité exigées
- vous ne vous présentez pas aux examens médicaux requis ou ne recevez pas les soins appropriés à votre condition.

Aucune prestation ne sera versée pour une invalidité qui résulte directement ou indirectement d'un des événements suivants :

- guerre ou acte de guerre, déclaré ou non
- insurrection ou rébellion
- participation à une émeute ou à une agitation civile
- blessure ou maladie infligée volontairement
- perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel (conduire un véhicule en état d'ébriété ne sera pas considéré comme un acte criminel)
- alcoolisme chronique, utilisation de narcotiques, barbituriques ou hallucinogènes, sauf si vous participez à un programme thérapeutique reconnu et approprié à votre condition.

Éléments à prendre en considération

Voici des éléments qui pourront alimenter votre réflexion en vue de vos choix pour l'invalidité de longue durée :

- Avez-vous des obligations financières importantes, un prêt hypothécaire par exemple? Ce prêt est-il assuré en cas d'invalidité? Pour combien de temps?
- De quelles autres sources de revenus votre famille disposerait-elle pour compenser le fait que vous ne recevriez qu'une partie de votre salaire?
 - Du salaire de votre conjoint?
 - D'économies personnelles?

SOINS MÉDICAUX

Le régime de soins médicaux de Produits forestiers Résolu est conçu pour vous aider, vous et votre famille, à payer certains frais qui ne sont pas pris en charge par le régime provincial. Vous devez choisir la même option pour vous et pour les membres de votre famille. Si vous couvrez votre famille, vous devez vous couvrir également.

Cette protection de soins médicaux est obligatoire pour vous, à moins que vous ne bénéficiiez de la protection d'un autre régime, celui de l'employeur de votre conjoint par exemple. Une preuve que vous êtes couvert par le régime de votre conjoint doit être soumise. **Si vous résidez au Québec**, en vertu de la loi vous devez obligatoirement procurer une assurance maladie aux membres de votre famille, à moins qu'ils ne bénéficient déjà d'une protection pour les médicaments d'un autre régime.

Veillez consulter la section **Changements aux protections** à la page 42 pour connaître les règles pour le changement de vos choix.

Tableau des protections

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
FRANCHISE ANNUELLE¹	900 \$ par personne 1 800 \$ par famille	0 \$	
MAXIMUM DES FRAIS ADMISSIBLES² À VOTRE CHARGE DANS UNE ANNÉE	900 \$ par personne 1 800 \$ par famille	750 \$ par famille	500 \$ par famille
REMBOURSEMENT DES FRAIS ADMISSIBLES²			
Hospitalisation dans la province de résidence	100 % chambre à 2 lits		
↳ Hôpital de convalescence / de réadaptation	100 %, chambre à 2 lits jusqu'à concurrence de 60 jours / année		
↳ Hébergement	100 %, chambre à 2 lits jusqu'à concurrence de 15 \$ / jour et 150 \$ / séjour		
Clinique de désintoxication	Non	100 %, 2 traitements à vie Premier traitement 100 \$ / jour, maximum de 30 jours Deuxième traitement 50 \$ / jour, maximum de 30 jours	
Médicaments génériques ³	100 %		
Médicaments d'origine (avec générique) ³	100 % du coût du médicament générique le moins cher Si vous optez pour le médicament d'origine, le montant que vous débourserez ne sera pas comptabilisé dans le <i>Maximum des frais admissibles à votre charge dans une année</i> Si, pour des raisons médicales exceptionnelles, vous devez prendre le médicament d'origine, votre médecin devra compléter un formulaire de demande d'exception et le régime remboursera selon le prix du médicament d'origine		
Médicaments d'origine ou uniques (sans générique) ³	100 %	75 %	90 %
Soins d'urgence hors province ⁴	100 %, jusqu'à concurrence de 5 000 000 \$ à vie, séjour maximal de 183 jours		

1 Une année équivaut à une année civile.

2 Les **frais admissibles** sont les frais usuels et coutumiers dans la région où ils sont engagés. Si un professionnel de la santé facture 20 % de plus que les frais habituellement demandés par ses confrères de la région, l'excédent de 20 % ne sera pas admissible et ne sera donc pas remboursé par le régime.

3 Avec carte de paiement différé / Disponibles seulement sur ordonnance.

4 Si vous refusé la garantie Soins Médicaux, les soins d'urgences hors province ne s'applique pas à vous.

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
REMBOURSEMENT DES AUTRES FRAIS¹	Non	75 %, jusqu'à concurrence des montants qui suivent	90 %, jusqu'à concurrence des montants qui suivent
Soins de la vue	Non	150 \$ / 24 mois (12 mois pour les enfants de moins de 18 ans ou dans le cas de kératocône)	250 \$ / 24 mois (12 mois pour les enfants de moins de 18 ans ou dans le cas de kératocône)
Examen de la vue	Non	40 \$ / année ²	
Spécialistes paramédicaux excluant physiothérapeute et psychologue	Non	300 \$ / année ² / spécialiste Maximum combiné de 600 \$ / année ²	600 \$ / année ² / spécialiste Maximum combiné de 1 200 \$ / année ²
Physiothérapeute	Non	300 \$ / année ²	600 \$ / année ²
Psychologue	Non	300 \$ / année ²	600 \$ / année ²
Soins infirmiers privés à domicile	Non	10 000 \$ / année ²	
Transport par ambulance	Non	Frais assurés	
Appareils auditifs	Non	500 \$ / 36 mois	600 \$ / 36 mois

1 Montants par personne assurée
2 Une année équivaut à une année civile

CARTE DE PAIEMENT DIRECT

À la suite de votre adhésion au régime, vous recevrez une carte à paiement direct pour le traitement de vos réclamations de médicaments.

Son utilisation est simple. Présentez votre carte à votre pharmacien afin qu'il saisisse les numéros de votre dossier informatique et transmette votre réclamation à l'assureur. Vous n'aurez plus qu'à déboursier le montant non remboursé par le régime.

REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS D'ORIGINE AU PRIX DU GÉNÉRIQUE

Le choix du médicament peut avoir un impact important sur les coûts du régime. Il existe principalement trois catégories de médicaments :

- **Médicaments d'origine ou uniques (sans générique)** : Ces médicaments sont protégés par un brevet et ne peuvent être copiés. Ils peuvent aussi être des médicaments dont le brevet est échu et dont les compagnies pharmaceutiques n'y voient pas d'intérêt à commercialiser des médicaments génériques.
- **Médicaments d'origine (avec générique)** : Médicaments dont le brevet est échu et pour lesquels les compagnies pharmaceutiques ont produit des médicaments génériques.
- **Médicaments génériques** : Médicaments avec les mêmes ingrédients actifs que le médicament d'origine, mais vendus à un prix significativement moins élevé. Ces médicaments ont le même effet médical et sont vendus en moyenne 50 % moins cher.

À compter du 1er janvier 2018, les médicaments d'origine pour lesquels il existe des génériques seront remboursés selon le prix du médicament générique le moins cher. Comme les médicaments génériques sont remboursés à 100%, si vous optez pour celui-ci, vous n'aurez rien à déboursier à la pharmacie. Rappelez-vous, sur le plan clinique, les médicaments génériques procurent le même effet médical que les médicaments d'origine.

COMMENT SAVOIR S'IL EXISTE UN MÉDICAMENT GÉNÉRIQUE?

Demandez à votre médecin ou à votre pharmacien, ils seront en mesure de vous répondre. Sachez qu'il est permis au pharmacien de substituer le médicament prescrit par votre médecin par la version générique. Notez bien que si le médecin indique « aucune substitution » sur la prescription, le régime remboursera tout de même au prix du générique. Assurez-vous d'avoir une discussion avec votre médecin au moment de la prescription. Si, exceptionnellement, vous devez prendre le médicament d'origine, votre médecin devra compléter un formulaire de demande d'exception et le régime remboursera selon le prix du médicament d'origine.

APPLICATION DE LA FRANCHISE DE L'OPTION 1

La franchise de l'option 1 est de 900 \$ par personne, sujet à un maximum de 1 800 \$ par famille. Ainsi, si vous choisissez la protection :

- pour vous seulement, la franchise annuelle est de 900 \$
- pour vous et les enfants à votre charge, la franchise annuelle maximale combinée est de 1 800 \$
- pour vous et votre conjoint, la franchise annuelle est de 900 \$ pour chaque adulte, jusqu'à concurrence de 1 800 \$ pour vous, votre conjoint et les enfants à votre charge, la franchise annuelle est de 900 \$ par personne pour un maximum de 1 800 \$ par famille.

Éléments à prendre en considération

Voici des éléments qui pourront alimenter votre réflexion en vue de votre choix d'option pour les soins médicaux :

- Pour évaluer le coût total de chaque option, ajoutez au coût de l'option elle-même les frais à votre charge (y compris la franchise). Vous disposerez ainsi de meilleurs éléments de comparaison.
- Avez-vous pris en considération le compte Gestion-santé (CGS), décrit à la page 40 de ce guide?
- Bénéficiez-vous déjà de protections d'autres sources, comme le régime de soins médicaux de l'employeur de votre conjoint? Si c'est le cas :
 - saviez-vous que vous pouvez demander le remboursement des frais aux deux programmes, jusqu'à concurrence de 100 % des frais admissibles?
 - avez-vous songé à renoncer à participer au régime de soins médicaux de Produits forestiers Résolu? Vous pourriez ainsi récupérer des dollars ReFlex et les utiliser pour souscrire d'autres protections ou les transférer dans votre CGS.
- Vos frais médicaux sont-ils habituellement faibles, modérés ou importants?
- À combien se sont élevés ces frais au cours des dernières années? Vous pouvez utiliser vos relevés de la compagnie d'assurance pour vous aider.
- Quels sont les frais que vous et les personnes à charge assurées prévoyez engager dans un avenir rapproché?
- Êtes-vous prêt à payer plus cher une protection qui rembourse un pourcentage plus élevé de frais?

MAXIMUM DES FRAIS ADMISSIBLES À VOTRE CHARGE

Il s'agit de la partie de vos frais médicaux admissibles que vous aurez à acquitter durant l'année selon l'option choisie, compte tenu :

- de la franchise, s'il y a lieu
- du pourcentage des frais admissibles qui n'est pas remboursé
- du maximum de certains frais (soins paramédicaux, par exemple).

Lorsque ce montant est atteint, les frais admissibles qui excèdent sont remboursés à 100 %.

EXEMPLE VOUS AVEZ CHOISI L'OPTION 2 ET VOUS PRÉSENTEZ 5 500 \$ DE FRAIS DANS LA MÊME ANNÉE. SELON LE TABLEAU DES SOINS MÉDICAUX, VOTRE NIVEAU DE REMBOURSEMENT EST ÉTABLI À 75 %	Remboursement à 75 %		Puisque le maximum des frais admissibles à votre charge est limité à 750 \$, vous recevrez un remboursement de 4 450 \$ au lieu de 3 900 \$. Pour le reste de l'année en cours, les autres frais admissibles vous seront remboursés à 100 %.
	Frais engagés :	5 500 \$	
	Frais admissibles :	5 200 \$	
	Montant remboursé : (5 200 \$ x 75 %)	<u>(3 900 \$)</u>	
	Frais admissibles non remboursés :	1 300 \$	
	Maximum des frais admissibles à votre charge :	<u>(750 \$)</u>	
	Remboursement additionnel :	550 \$	
	Remboursement total : (3 900 \$ + 550 \$)	4 450 \$	

Détails des protections

Pour obtenir les montants maximums remboursables pour chacune des protections qui suivent, veuillez vous référer au **Tableau des protections** aux pages 27 et 28.

HOSPITALISATION

Lors d'une hospitalisation, le régime couvre les frais d'hébergement dans une chambre à deux lits dans un hôpital public, en excédent du montant couvert par le régime provincial.

Dans la province de résidence

Un hôpital est un établissement qui procure des soins médicaux et offre les services de docteurs en médecine ainsi que d'infirmières 24 heures sur 24. De plus, en tant qu'hôpital, l'établissement a droit au remboursement de la chambre commune en vertu du régime provincial d'assurance maladie.

Hôpital de convalescence et de réadaptation

Ces désignations signifient un établissement approuvé qui :

- a droit au remboursement de la chambre commune en vertu du régime provincial d'assurance maladie
- possède une entente de transfert avec les hôpitaux
- fournit des soins infirmiers aux malades alités durant la convalescence à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Vous ou les personnes à votre charge devez avoir été admis à l'hôpital de convalescence ou de réadaptation dans les 14 jours suivant votre sortie de l'hôpital à titre de malade alité. Aux fins de l'application du maximum remboursable, 2 périodes d'hospitalisation séparées par plus de 90 jours sont considérées comme 2 invalidités séparées.

Hébergement (dans la province de résidence)

Si vous ou les personnes à votre charge habitez une région éloignée et devez voyager pour recevoir des traitements spécifiques, comme la chimiothérapie, la personne qui reçoit les traitements pourra résider dans un endroit particulier du centre hospitalier ou dans un hôtel rattaché au centre hospitalier.

MÉDICAMENTS

Médicaments admissibles¹

La garantie couvre le coût des médicaments disponibles exclusivement en pharmacie, portant un code d'identification numérique (DIN) et qui requièrent l'ordonnance d'un professionnel de la santé légalement autorisé à les prescrire.

Ces médicaments incluent notamment les sérums, les extraits d'allergènes, les vaccins, les contraceptifs oraux, les médicaments et vitamines injectables administrées par un médecin et les préparations et composés (magistrales) si au moins l'ingrédient le plus coûteux est couvert par la présente garantie.

Certains médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par l'assureur ou par règlement.

Les prestations versées pour chaque achat de médicaments se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 34 jours ou, dans le cas des médicaments d'entretien, pendant une période de 100 jours selon l'ordonnance du médecin.

Pour les salariés du Québec - Toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences.

Autres médicaments admissibles¹

- Auxiliaires anti tabagiques, assujettis à un remboursement maximum de 500 \$ par année
- Agents sclérosants servant à traiter les varices, assujettis à un remboursement maximum de 40 \$ par visite. Les frais d'injection par le médecin sont aussi couverts, assujettis à un remboursement maximum de 35 \$ par visite
- Médicaments pour le traitement de l'obésité, à la suite d'une recommandation médicale, assujettis à un remboursement maximum de 1 800 \$ à vie
- Certains médicaments qui ne requièrent pas d'ordonnance mais qui sont requis pour le maintien de la vie.

1 **Sont exclus**, entre autres, les contraceptifs, autres qu'oraux, les médicaments pour le traitement de l'infertilité, les médicaments pour le traitement des difficultés érectiles, les frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections, les médicaments disponibles sans ordonnance, sauf pour les médicaments indiqués dans la liste des frais couverts ci-dessus. Sont aussi exclus les médicaments, produits biologiques et préparations similaires qui sont destinées à être administrés à l'hôpital ou à un patient hospitalisé ou en consultation externe et qui ne sont pas destinés à être utilisés par un patient à la maison.

SOINS D'URGENCE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Le régime rembourse les frais d'hospitalisation et les frais raisonnables et coutumiers de médecin, d'ambulance et de transfusion sanguine en excédent de ceux pris en charge par le régime provincial d'assurance maladie de votre province.

FRAIS ADMISSIBLES POUR LES OPTIONS 2 ET 3 SEULEMENT

Aides podiatriques

Les chaussures orthopédiques (incluant les chaussures profondes, maximum d'une paire par année, prescrite et faite sur mesure) ou les dispositifs correcteurs (support de voûte plantaire, moules ou orthèses podiatriques; jusqu'à concurrence de 475 \$ par année) doivent être prescrits par un podiatre, membre de son association professionnelle ou un médecin.

Sont exclus les articles de sport.

Appareils auditifs

Les frais d'achat, de remplacement, de réparation et de mise en place d'un ou de plusieurs appareils de correction auditive fournis par un audiologiste certifié sont admissibles.

Sont exclus les frais des piles.

Clinique de désintoxication

Le régime rembourse le traitement en consultation interne dans un établissement approuvé, jusqu'à concurrence de 100 \$ par jour pour un maximum de 30 jours pour le premier traitement, et jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour pour un maximum de 30 jours pour le deuxième traitement. Le régime ne couvre que deux traitements à vie.

Examens de la vue

Les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste sont admissibles, assujettis à un remboursement maximum de 40 \$ par année par personne assurée.

Soins de la vue

Le régime rembourse les frais de lentilles ordinaires et de montures ou de lentilles cornéennes ainsi que les frais de chirurgie au laser, prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste. Les verres solaires et les lunettes de protection sont considérés comme des frais admissibles à condition qu'ils soient prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste.

Spécialistes paramédicaux

Les spécialistes paramédicaux suivants sont admissibles :

- acupuncteur
- audiologiste
- chiropraticien
- ergothérapeute
- homéopathe
- massothérapeute
- naturopathe
- orthophoniste
- orthothérapeute
- ostéopathe
- physiothérapeute
- podiatre / chiropodiste
- psychologue

Soins infirmiers privés à domicile

Les soins doivent être recommandés par un médecin et dispensés par une infirmière (inf.) ou une infirmière auxiliaire qui n'est pas membre de la famille et qui ne réside pas normalement chez vous. De plus, les soins doivent nécessiter les services spécialisés d'une infirmière (inf.) ou d'une infirmière auxiliaire.

Transport par ambulance

Frais en excédent des montants remboursables par votre régime provincial d'assurance maladie pour le transport par ambulance terrestre ou aérienne, à la suite de la recommandation médicale d'un médecin. Les frais admissibles sont ceux pour le transport :

- de l'endroit où l'accident ou la maladie est survenu jusqu'à l'hôpital le plus près où le traitement est disponible
- du premier hôpital où les traitements ont été donnés jusqu'au nouvel hôpital où les soins spécialisés pourront être donnés
- de l'hôpital à un hôpital de convalescence / réadaptation.

Frais divers

Les frais divers suivants sont remboursés par ReFlex, à la condition qu'ils soient médicalement requis et prescrits par un médecin :

- frais de laboratoire et rayons X
- frais d'anesthésie, de sang et de dérivés
- soins dentaires d'urgence sur dents naturelles à la suite d'un accident non professionnel
- prothèses mammaires (initiales ou de remplacement aux 2 ou 3 ans) et soutien-gorge chirurgical (jusqu'à concurrence de 3 paires par année) à la suite d'une mastectomie
- prothèse capillaire à la suite d'une maladie (jusqu'à concurrence de 250 \$ à vie)
- chirurgie plastique à la suite d'un accident non professionnel
- achat ou location d'équipement médical comme une chaise roulante ou un lit d'hôpital
- glucomètre
- équipement respiratoire comprenant oxygène et poumon d'acier
- équipements de dialyse rénale
- appareil pour la tension artérielle
- fournitures d'iléostomie, de colostomie ou d'incontinence
- pansements médicamenteux et pansements pour brûlures
- seringues hypodermiques
- prothèses telles que membres, yeux artificiels et appareils orthopédiques (rigides ou semi-rigides) pour les jambes, le dos, le cou ou les bras requis à la suite d'une blessure ou d'une maladie
- cannes, déambulateur, béquilles, attelles, plâtres, sondes, cathéters et bandages herniaires
- produits nécessaires pour diabétiques (seringues, aiguilles, insuline et produits pour effectuer les tests à domicile : lancette, clinitest et dextrose en bâtons)
- dispositifs intra-utérins (1 par 3 ans)
- bas de contention (bas élastique ou bas médical élastique à compression jusqu'à concurrence de 4 paires par année) nécessaires en raison de problème circulatoire ou d'enflure des jambes

- lentilles cornéennes ou lunettes à la suite d'une opération des cataractes (maximum d'une paire à vie)
- synvisc administré par un médecin

Avant d'engager des frais pour l'achat d'équipement médical, il est suggéré de soumettre à la compagnie d'assurance le détail de l'achat avec une lettre de votre médecin traitant indiquant la nature de votre invalidité et la durée estimative d'utilisation de l'équipement médical.

Ne sont pas admissibles : les articles pour le confort personnel, la commodité, l'exercice physique ou la sécurité, par exemple : lampes ou coussins chauffants; appareils de communication; climatiseurs ou purificateurs d'air; saunas ou bains tourbillons.

Exclusions et restrictions

Les frais suivants ne sont pas remboursables :

- les frais de soins ou honoraires qui ne sont pas compris dans la liste des frais admissibles
- les frais engagés pour des examens médicaux périodiques ou encore aux fins d'assurance ou de voyages pour cure de santé
- les médicaments prescrits à des fins autres que celles approuvées par Santé Canada, y compris les traitements expérimentaux ou administrés dans le contexte d'une étude clinique ou à l'hôpital
- les frais pour le traitement de l'infertilité
- les frais dentaires, sauf en cas d'accident
- le matériel, les services et les soins :
 - dont le remboursement est interdit par la loi
 - qui peuvent être obtenus en vertu d'un programme ou d'une législation gouvernementale
 - qui sont gratuits en l'absence du présent régime
 - qui ne sont pas prescrits ou approuvés par un médecin
 - non nécessaires ou excessifs
 - requis pour un examen, une inoculation ou un traitement demandé par un groupe ou un employeur.

De plus, vous ne pouvez recevoir de prestations si les soins médicaux prodigués sont liés à une invalidité résultant directement ou indirectement d'un des événements suivants :

- guerre déclarée ou non
- insurrection ou rébellion
- participation à une émeute ou à une agitation civile
- blessure infligée volontairement
- perpétration ou tentative de perpétration de voies de fait ou d'un acte criminel.

Assistance-voyage

Vous et les personnes à votre charge êtes protégés advenant une situation d'urgence médicale survenant durant un séjour à l'extérieur de votre province de résidence, jusqu'à concurrence d'un séjour maximum de 183 jours. Vous pouvez obtenir une brochure du programme d'assistance-voyage sur votre portail web ReFlex parmi les formulaires disponibles dans la section Communication.

Ainsi, si vous avez besoin d'aide médicale durant un voyage, communiquez avec le service d'assistance-voyage en cas d'urgence dans les plus brefs délais (avant de recevoir un traitement), qui s'assurera que vous obtiendrez les soins appropriés sans que soient engagés des frais non nécessaires. Le centre de services multilingue est ouvert 24 heures sur 24, tous les jours de l'année.

Veillez imprimer une *Carte d'assistance-voyage* de l'assureur avant de partir, vous aurez ainsi les numéros de téléphone pour rejoindre le service d'assistance-voyage. Il est essentiel que vous ayez cette carte sur vous en tout temps, car c'est la seule façon pour le préposé de vérifier si vous êtes assuré et de garantir le paiement à l'établissement médical où sont prodigués les soins.

Le programme d'assistance-voyage comporte cinq volets principaux :

- 1 service d'aide médicale
- 2 soins médicaux d'urgence
- 3 services de transport
- 4 assistance personnelle et services juridiques
- 5 assurance annulation voyage

Pour de plus amples renseignements au sujet de ce programme, veuillez consulter le feuillet explicatif disponible dans le logiciel FlexIt360.

Les enfants à votre charge qui étudient ou participent à un stage à l'étranger seront couverts pour des séjours de 183 jours.

Remarque : Si vous avez refusé la garantie Soins médicaux au titre du présent régime, la couverture d'assistance-voyage ne s'applique pas à vous.

SOINS DENTAIRES

Le régime de soins dentaires de ReFlex est conçu pour vous aider, vous et votre famille, à payer certains frais dentaires.

Cette protection est entièrement facultative. Si vous couvrez votre famille, vous devez également vous couvrir sous la même option. Votre niveau de protection pour les soins dentaires peut être différent de celui que vous avez choisi pour les soins médicaux.

Veillez consulter la section **Changements aux protections** à la page 42 pour connaître les règles pour le changement de vos choix.

Tableau des protections

	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
FRANCHISE ANNUELLE	0 \$		
GUIDE DES TARIFS¹	Année précédente		Année courante
EXAMEN INITIAL COMPLET	Aux 36 mois		
EXAMENS DE RAPPEL	1 tous les 9 mois		1 tous les 6 mois
REMBOURSEMENT DES FRAIS ADMISSIBLES²			
Prévention	75 %	90 %	100 %
Restauration mineure	75 %	80 %	90 %
Endodontie et parodontie	50 %	80 %	90 %
Restauration majeure	50 %	50 %	60 %
Orthodontie	Non couvert	50 %	60%
MAXIMUM DE REMBOURSEMENT			
Tous les soins (sauf orthodontie)	1 000 \$ / année civile	2 000 \$ / année civile	2 500 \$ / année civile
Orthodontie	Non couvert	2 500 \$ à vie	3 000 \$ à vie
<p>1 Les montants remboursés pour les soins dentaires sont fondés sur le guide des tarifs publié par l'association des dentistes généralistes et spécialistes de la province de résidence de l'employé. Ce guide décrit divers traitements bucco-dentaires et suggère les frais à exiger pour chacun. Votre dentiste peut toutefois demander des frais plus ou moins élevés que ceux qui figurent dans le guide. Le remboursement accordé par le régime sera fondé sur le montant le moins élevé entre les frais exigés par le dentiste et les frais suggérés dans le guide de l'année applicable selon l'option choisie</p> <p>2 Montants par personne assurée</p>			

Éléments à prendre en considération

Voici des éléments qui pourront alimenter votre réflexion en vue de votre choix d'option pour les soins dentaires :

- Pour évaluer le coût total de chaque option, ajoutez au coût de l'option les frais admissibles à votre charge. Vous disposerez ainsi de meilleurs éléments de comparaison.
- Vos frais de soins dentaires sont-ils engagés principalement pour les examens de routine et les nettoyages? Avez-vous pris en considération le compte Gestion-santé (CGS), décrit à la page 40 de ce guide?
- Bénéficiez-vous déjà de protections d'autres sources, comme le régime de soins dentaires de l'employeur de votre conjoint? Si c'est le cas,
 - saviez-vous que vous pouvez demander le remboursement des frais aux deux programmes, jusqu'à concurrence de 100 % des frais admissibles?
 - avez-vous songé à renoncer à participer au régime de soins dentaires de Produits forestiers Résolu? Vous pourriez ainsi récupérer des dollars flex et les utiliser pour souscrire d'autres protections ou les verser dans votre CGS.
- Vos frais dentaires sont-ils faibles, modérés ou importants? À combien se sont élevés ces frais au cours des deux dernières années?
- Quels sont les frais que vous et les personnes à votre charge assurées prévoyez engager dans un avenir rapproché? Quelqu'un aura-t-il besoin de traitements particuliers?
- Êtes-vous prêt à payer plus cher une protection qui rembourse un pourcentage plus élevé de frais?

Détails des protections

Les services ou le matériel dentaires doivent être fournis par un dentiste agréé, sauf pour le détartrage et le nettoyage des dents qui peuvent être exécutés par un hygiéniste dentaire agréé.

PRÉVENTION

- Examen initial complet (aux 36 mois)
- Examens de rappel (contrôle, nettoyage, détartrage)¹
- Application de fluorure et sodium¹
- Radiographies interproximales¹
- Radiographies complètes et panoramiques (aux 36 mois)
- Aplanissement des racines et équilibrage¹
- Scellant de puits et fissures (1 seule fois par dent pour les enfants de moins de 18 ans)
- Instruction d'hygiène buccale¹

1 Pour les options 1 et 2 : 1 fois tous les 9 mois.
Pour l'option 3 : 1 fois tous les 6 mois.

RESTAURATION MINEURE

- Extractions
- Chirurgie, comprenant les dents de sagesse
- Injections d'antibiotiques
- Anesthésie et administration
- Appareil de maintien pour dents manquantes
- Appareils pour le contrôle des habitudes buccales, incluant les modèles d'étude
- Facettes aux fins de restauration et non esthétiques
- Obturations en amalgame, en silicate acrylique ou en composite
- Mise en bouche de couronnes en acier inoxydable
- Tests et analyses de laboratoires
- Examens et radiographies d'urgence
- Consultation et planification de traitements
- Excision et incision

ENDODONTIE ET PARODONTIE

- Soins chirurgicaux et non chirurgicaux d'endodontie, y compris le traitement de canal
- Soins des gencives et des tissus buccaux
- Détartrage parodontique, assujéti à un maximum de 10 unités de temps par année (une unité de temps correspond à 15 minutes)

RESTAURATION MAJEURE (PROTHÈSES, PONTS ET COURONNES)

- Prothèses amovibles, partielles ou complètes, temporaires ou permanentes
- Ajustement de prothèse, 3 mois après l'installation
- Couronnes, incrustations et coiffes
- Installation initiale d'un pont
- Remplacement d'une prothèse partielle ou complète ou d'un pont¹, 5 ans après l'installation (assujéti à certaines restrictions)

1 Vous devez soumettre à la compagnie d'assurance un document du dentiste traitant expliquant les motifs (irréparable, nuit au fonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, etc.) qui nécessitent le remplacement.

- Réajustement, rebasage ou réparation de prothèse²
- Réparation, regarnissage ou recimentation des couronnes, incrustations, coiffes et ponts
- Gingivoplastie et stomoplastie
- Ostéoplastie
- Frénectomie
- Extraction de dents ayant fait irruption
- Ablation de kystes et de tumeurs

2 La mise en bouche, les rajustements, les réparations, le rebasage ou le regarnissage de prothèses complètes peuvent être faits par un denturologiste, un thérapeute dentaire, un technicien ou un mécanicien de prothèses agréé.

Veillez noter que le coût d'un implant ne sera pas couvert mais sera plutôt remboursé selon le coût d'un traitement alternatif équivalent et moins coûteux.

ORTHODONTIE

- Examens diagnostics, comprenant les modèles
- Traitement et appareils
- Correction de la malocclusion

Plan de traitement

Vous et les personnes à votre charge devez soumettre à la compagnie d'assurance un plan de traitement pour toute série de soins qui dépasse 500 \$. Le régime entend par série de soins ceux prodigués par un ou plusieurs dentistes pour traiter un état pathologique diagnostiqué à la suite d'un examen buccal.

Exclusions et restrictions

Veillez prendre note que les coûts, les services et les soins suivants ne sont pas des frais admissibles :

- Les frais pour tout acte dentaire remboursables par un autre régime offert par un employeur ou un gouvernement
- Les coûts de séjour à l'hôpital à la suite d'une blessure ou d'une maladie de nature dentaire. Ces soins d'urgence sont plutôt couverts par l'entremise du régime de soins médicaux
- Les soins esthétiques
- Les frais exigés pour remplir les formulaires ainsi que les coûts de déplacement, de consultations téléphoniques ou autres
- Les rendez-vous non respectés
- Les traitements expérimentaux
- Les soins qui seraient gratuits en l'absence du présent régime
- L'analyse de la diète
- Les protecteurs buccaux pour la pratique de sport
- Les prothèses, y compris les couronnes et les ponts et leur rajustement si elles ont été commandées avant l'entrée en vigueur du présent régime ou si elles sont mises en bouche ou livrées après la cessation du régime ou plus de 31 jours après la terminaison de votre protection
- La reconstruction complète de la bouche, la correction de l'espace vertical, le diagnostic ou la correction d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire
- Le remplacement de prothèses perdues ou volées
- L'automutilation intentionnelle, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non
- Procédés impliquant l'utilisation de l'or, lorsqu'un matériau de substitution conforme aux normes courantes de pratique dentaire pourrait être utilisé. En pareilles circonstances, les frais couverts seront ceux indiqués dans le *Guide des tarifs* pour le matériau en question.

COMPTE GESTION-SANTÉ (CGS)

Le compte Gestion-santé (CGS) vise à compléter les protections de soins médicaux et dentaires tout en vous offrant le maximum de flexibilité.

- 1 Au début de chaque année, les dollars flex restants après avoir choisi vos protections sont transférés au CGS. Les sommes déposées doivent l'être uniquement sous forme de dollars flex; la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) ne permet pas d'y placer d'autres sommes d'argent. Si vous adhérez au régime en cours d'année, le montant qui sera déposé dans le CGS correspondra au solde des dollars flex, au prorata du nombre de jours restants jusqu'à la fin de l'année.
- 2 Par la suite, vous pouvez utiliser ce montant pour payer une large gamme de frais médicaux et dentaires reconnus par la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada).

Voici une liste partielle des frais admissibles :

- La franchise en soins médicaux, selon l'option que vous avez choisie
- La partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de certaines options des régimes de soins médicaux et de soins dentaires (par exemple, le pourcentage de frais à votre charge dans l'option choisie, les soins de la vue en excédent du maximum pour 24 mois, etc.)
- Les produits de désaccoutumance au tabac
- Les consultations diététiques
- Les décodeurs de sous-titres à la télévision pour les personnes malentendantes
- Les chiens-guides d'aveugles
- Les services de préposés à plein temps
- Les pompes pour les personnes asthmatiques
- Les déplacements pour des raisons médicales
- Les fauteuils roulants
- Les modifications effectuées au domicile d'une personne devenue paraplégique.

Pour en savoir plus sur les frais admissibles, veuillez vous adresser à la compagnie d'assurance.

- 3 Vous pouvez utiliser le CGS pour rembourser les frais engagés pour vous, votre conjoint ou les enfants à votre charge.
- 4 En vertu des règles de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), les dollars flex que vous n'utilisez pas peuvent être reportés à l'année suivante. Toutefois, à la fin de cette deuxième année, les sommes reportées seront perdues comme le démontre l'exemple qui suit.

EXEMPLE	2016	2017	2018
DÉPÔT AU DÉBUT DE L'ANNÉE	500 \$	400 \$	450 \$
TRANSFERT DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	-	300 \$	400 \$
Solde au début de l'année	500 \$	700 \$	850 \$
UTILISATION	200 \$	250 \$	600 \$
SOLDE APRÈS UTILISATION	300 \$	450 \$	250 \$
DOLLARS NON UTILISÉS DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE	-	50 \$ ¹	-
Solde à la fin de l'année	300 \$	400 \$	250 \$

¹ On utilise d'abord les sommes reportées de l'année précédente (300 \$) pour payer les frais d'une année donnée, afin de maximiser les dollars flex.

Dans l'exemple, l'utilisation en 2017 de 250 \$ est inférieure au montant reporté de 2016, soit 300 \$. Un montant de 50 \$ est donc inutilisé et perdu.

Veuillez noter que vous avez jusqu'au 31 décembre pour utiliser le solde 2016 et 12 mois après la date où les frais ont été engagés pour présenter une demande de remboursement au CGS pour le solde 2017.

De plus, les frais engagés dans une année ne peuvent être remboursés que par les sommes d'abord déposées au début de l'année ou reportées de l'année précédente. Vous devez donc toujours présenter les frais engagés d'une année avant de commencer à présenter ceux de l'année suivante.

Si vous quittez Produits forestiers Résolu, vous disposez de **90 jours** pour présenter vos demandes de remboursement au CGS pour les frais médicaux et dentaires engagés avant la date de votre cessation d'emploi.

- 5 Lorsqu'ils sont déposés dans votre CGS, les dollars flex ne sont pas imposables. Cependant, **au Québec**, la partie que vous utilisez, tout comme les taxes et les frais d'administration de la compagnie d'assurance, devient imposable en vertu de l'impôt provincial.
- 6 Pour présenter une demande de règlement au CGS, vous devez remplir les formulaires prévus à cette fin pour les régimes de soins médicaux et de soins dentaires, et cela, même s'il s'agit d'un régime pour lequel vous n'avez pas choisi de protections. Vous n'avez qu'à indiquer que vous avez un CGS à la section prévue en ce sens. Les frais admissibles seront alors remboursés selon l'ordre suivant :
 - les frais sont d'abord remboursés par votre régime de soins médicaux ou de soins dentaires selon l'option que vous avez choisie
 - le règlement est coordonné avec les protections du régime du conjoint (voir la section **Demande de remboursement** à la page 46)
 - le solde des frais est remboursé à l'aide des dollars flex disponibles dans votre compte, cela jusqu'à épuisement des dollars.

CHANGEMENT AUX PROTECTIONS

Dès votre adhésion au régime, vous choisissez vos protections d'assurance. Il est toutefois possible de les modifier lors de la période annuelle de renouvellement ou lors d'un changement de situation personnelle. Il y a cependant des règles à suivre.

Période annuelle de renouvellement

À la période annuelle de renouvellement, vous pouvez changer vos montants d'assurance ou votre niveau de protection et ceux des personnes à votre charge selon les règles suivantes :

ASSURANCE VIE

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre montant d'assurance ou celui des personnes à votre charge. Si vous augmentez vos montants d'assurance, un questionnaire médical est requis. Pour plus de détails, reportez-vous à la section **Preuves d'assurabilité et questionnaire médical** à la page 11.

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre montant d'assurance ou celui des personnes à votre charge. Aucun questionnaire médical n'est alors requis.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre niveau de protection. Si vous augmentez le niveau de votre protection, un questionnaire médical est requis. Si votre niveau de prestation mensuelle excède 19 000 \$, un questionnaire médical est également requis. Pour plus de détails, reportez-vous à la section **Preuves d'assurabilité et questionnaire médical** à la page 23.

SOINS MÉDICAUX

Vous pouvez passer à une option plus élevée d'une année à l'autre. Toutefois, vous devez conserver le même niveau de protection pendant un **minimum de 3 ans** avant de passer à une option moins élevée. Ainsi, vous pouvez réduire d'option le 1^{er} janvier suivant 3 années complètes de participation à la même option.

Si vous êtes temporairement absent du travail lors de la période annuelle de renouvellement, d'autres règles s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section **Maintien des protections** à la page 44.

SOINS DENTAIRES

Vous pouvez passer à une option plus élevée d'une année à l'autre. Toutefois, vous devez conserver le même niveau de protection pendant un **minimum de 3 ans** avant de passer à une option moins élevée. Ainsi, vous pouvez réduire d'option le 1^{er} janvier suivant 3 années complètes de participation à la même option.

Si vous êtes temporairement absent du travail lors de la période annuelle de renouvellement, d'autres règles s'appliquent. Veuillez vous reporter à la section **Maintien des protections** à la page 44.

Changement de situation personnelle

Lors d'un changement à votre situation personnelle, vous disposez de **31 jours** pour modifier vos protections. Les événements suivants constituent un changement de situation personnelle :

- un mariage ou un nouveau conjoint de fait
- un divorce ou une séparation
- la perte ou l'admissibilité à la protection de l'employeur de votre conjoint
- la naissance ou l'adoption de votre premier enfant
- le décès de votre conjoint ou d'un enfant à charge
- le fait pour le dernier enfant de ne plus répondre à la définition d'enfant à charge.

Lors d'un changement de situation personnelle, vous pouvez changer vos montants d'assurance ou votre niveau de protections et ceux des personnes à votre charge selon les règles suivantes :

ASSURANCE VIE

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre montant d'assurance ou celui des personnes à votre charge. Si vous augmentez vos montants d'assurance, un questionnaire médical est requis, à l'exception des situations suivantes :

- Jusqu'à concurrence de 1 fois votre salaire, aucun questionnaire médical n'est requis pour vous. Au-delà de ce montant, un questionnaire médical est requis.
- Jusqu'à concurrence de 50 000 \$ aucun questionnaire médical n'est requis pour votre conjoint. Au-delà de ce montant, un questionnaire médical est requis.

Pour plus de détails, reportez-vous à la section **Preuves d'assurabilité et questionnaire médical** à la page 11.

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre niveau de protections ou celui des personnes à votre charge. Aucun questionnaire médical n'est requis.

INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Vous pouvez augmenter ou diminuer votre niveau de protection. Si vous augmentez le niveau de votre protection, un questionnaire médical est requis. Si votre niveau de prestation mensuelle excède 19 000 \$, un questionnaire médical est également requis. Pour plus de détails, reportez-vous à la section **Preuves d'assurabilité et questionnaire médical** à la page 23.

SOINS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRES

Vous pouvez passer à une option plus élevée. Toutefois, vous devrez conserver le même niveau de protection pendant un minimum de **3 ans**, avant de passer à une option moins élevée. Ainsi, vous pouvez réduire d'option le 1^{er} janvier suivant 3 années complètes de participation à la même option.

Vous pouvez aussi ajouter ou retirer la protection pour votre conjoint ou les enfants à votre charge.

IMPACT SUR VOS RETENUES SALARIALES

Si le coût total de vos protections est augmenté à la suite de vos modifications, vos retenues salariales seront ajustées à la hausse pour tenir compte de ce coût additionnel.

En cas de réduction du coût total de vos protections à la suite de vos modifications, l'impact sur vos retenues salariales ou votre compte Gestion-santé est établi en fonction de votre situation au moment du changement de situation personnelle :

- Si vous aviez un compte Gestion-santé, aucun changement ne sera apporté.
- Si vous aviez des retenues salariales, elles sont réduites pour tenir compte de la réduction du coût des protections totales. Si le coût total de vos nouvelles protections est inférieur aux dollars flex, vous n'aurez plus de retenues salariales et vous aurez droit aux dollars flex non utilisés au prorata des jours restant dans l'année déposé au compte Gestion-santé.

Maintien des protections

EN CAS D'ABSENCE TEMPORAIRE DU TRAVAIL

Vous et les personnes à votre charge assurées pouvez continuer de bénéficier de certaines protections à condition que les retenues salariales requises soient versées durant cette période. Les absences temporaires admissibles sont :

- un congé de maternité, de paternité, parental ou d'adoption
- une mise à pied temporaire
- suspension sans solde.

Vous et les personnes à votre charge assurées pouvez continuer de bénéficier des protections durant un **congé autorisé sans solde** à condition que les primes soient payées en totalité par l'employé durant cette période.

Si vous êtes absent pendant la période annuelle de renouvellement, vous pouvez modifier vos choix selon les règles décrites à la section **Période annuelle de renouvellement** à la page 42.

De plus, si un changement de situation personnelle survient durant votre période d'absence (naissance ou adoption de votre premier enfant à charge par exemple), vous pouvez modifier vos protections dans les **14 jours** suivant cet événement. Pour plus de détails, reportez-vous à la section **Changement de situation personnelle** à la page 43.

EN CAS D'INVALIDITÉ

Invalidité de courte durée

Durant cette période, les protections que vous avez choisies pour vous et les personnes à votre charge sont maintenues au niveau applicable au moment de votre invalidité et les retenues salariales, s'il y a lieu, continuent d'être prélevées.

Si la période annuelle de renouvellement survient pendant votre invalidité de courte durée, vous ne pouvez pas modifier vos protections d'assurance vie, d'assurance décès et mutilation par accident ou d'invalidité de longue durée. Ces protections sont maintenues au niveau en vigueur au moment de votre invalidité. Pour ce qui est des régimes de soins médicaux et de soins dentaires, vous pouvez modifier vos choix selon les règles décrites à la section **Période annuelle de renouvellement** à la page 42.

De plus, si un changement de situation personnelle survient pendant votre invalidité de courte durée, vous pouvez modifier vos choix pour les soins médicaux et les soins dentaires selon les règles décrites à la section **Changement de situation personnelle** à la page 43.

Invalidité de longue durée

Durant la période où vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, le coût des protections est entièrement assumé par Produits forestiers Résolu et les protections qui vous sont offertes sont les suivantes :

- **Assurance vie** : votre protection et celle de vos personnes à charge en vigueur au moment de votre invalidité sont maintenues.
- **Assurance décès et mutilation par accident** : votre protection et celle des personnes à votre charge en vigueur au moment de votre invalidité sont maintenues.
- **Soins médicaux** : vous et les personnes à votre charge assurées pour les soins médicaux au moment où vous devenez invalide avez droit à la protection de l'option 2.
- **Soins dentaires** : vous et les personnes à votre charge assurées pour les soins dentaires au moment où vous devenez invalide avez droit à la protection de l'option 1.
- **Compte Gestion-santé** : vous pouvez utiliser les montants disponibles (assujettis aux restrictions précisées à la page 40), mais aucun nouveau dollar ReFlex ne sera ajouté à ce compte durant la période de versement des prestations d'invalidité de longue durée.

Si vous aviez renoncé à la protection de soins médicaux au moment où vous devenez invalide, vous aurez droit à l'option mentionnée ci-dessus pour vous seulement.

Vous ne pouvez effectuer aucune modification lors de la période annuelle de renouvellement, tant et aussi longtemps que vous êtes en invalidité de longue durée. De même, vous n'êtes plus admissible aux dollars flex puisque le coût des protections est entièrement assumé par Produits forestiers Résolu.

Si un changement de situation personnelle survient pendant votre invalidité de longue durée, vous pouvez revoir la liste des personnes à charge assurées.

Lors de votre retour au travail, vous pourrez modifier vos protections selon les règles décrites à la section **Période annuelle de renouvellement** à la page 42.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

SOINS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRES

Vous devez soumettre vos demandes de remboursement à la compagnie d'assurance dans les **12 mois** suivant la date où les frais ont été engagés. Si vous quittez votre emploi ou prenez votre retraite, vous disposez de **90 jours** suivant l'événement pour soumettre vos demandes de remboursement.

Pour ce faire, vous devez utiliser le formulaire de demande de remboursement de la compagnie d'assurance disponible dans le logiciel FlexIt360. Les numéros de contrat et de certificat figurent sur votre carte d'avantages sociaux ou compléter votre demande en ligne directement sur le site de Financière Sun Life si vous y êtes inscrit.

Lorsque vous achetez des médicaments, vous n'avez pas à remplir de formulaire. Vous n'avez qu'à présenter votre carte de paiement direct au pharmacien. Vous n'aurez plus qu'à déboursier le montant non remboursé par le régime.

Si une partie ou la totalité de vos frais, incluant ceux encourus pour vos médicaments, ne sont pas remboursés par le régime, vous pouvez demander que ces frais soient remboursés par le compte Gestion-santé. Il vous suffit de compléter formulaire de demande de remboursement de la compagnie d'assurance et de cocher la case appropriée sur le formulaire.

Il est important de joindre les factures originales au formulaire de demande de remboursement ainsi que la prescription médicale, s'il y a lieu.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si vous ou les personnes à votre charge participez à un autre régime de soins médicaux ou de soins dentaires, les prestations seront ajustées de façon à ce que le remboursement combiné ne dépasse pas 100 % des frais engagés.

Si tous les régimes prévoient la coordination des prestations

- **Vos propres frais** doivent d'abord être présentés au régime de Produits forestiers Résolu.
- **Les frais de votre conjoint** doivent d'abord être présentés au régime de son employeur.
- **Les frais pour les enfants à votre charge** doivent d'abord être présentés au régime du parent dont la date de naissance¹ survient en premier dans l'année (sans égard à l'âge).

1 Par exemple, si vous êtes né le 11 août et que votre conjoint est né le 20 mars, c'est au régime de votre conjoint qu'une demande de remboursement doit d'abord être présentée.

Si le régime de votre conjoint ne prévoit pas de règles de coordination des prestations

Vos propres frais, les frais de votre conjoint ainsi que les frais de vos enfants à charge doivent d'abord être présentés au régime de votre conjoint.

AVANTAGES IMPOSABLES

Puisque les dollars flex remis par Produits forestiers Résolu paient une partie ou la totalité du coût de vos protections, ils peuvent être considérés comme un avantage imposable. Le montant imposable au titre des avantages sociaux figurera sur votre feuillet T4 et votre Relevé 1 émis chaque année.

Les règles d'imposition varient selon la province et le régime.

Traitement de l'impôt sur le coût et les taxes

	AU QUÉBEC	AUTRES PROVINCES
COMPTE GESTION-SANTÉ	Imposable au provincial seulement sur la partie que vous avez utilisée, en plus des taxes et des frais d'administration reliés	Non imposable
ASSURANCE VIE	Imposable au fédéral et au provincial	
ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT	Imposable au fédéral et au provincial	Imposable au fédéral
INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE	Les primes ne sont pas imposables, mais si vous recevez des prestations, elles seront imposables	
RÉGIMES DE SOINS MÉDICAUX ET DE SOINS DENTAIRES	Imposables au provincial seulement	Non imposables

Dans ReFlex, les dollars flex seront d'abord alloués au paiement du coût de l'invalidité de longue durée suivi des soins médicaux, des soins dentaires, de l'assurance vie et de l'assurance décès et mutilation par accident.

Crédit pour frais médicaux

Les frais médicaux et dentaires qui ne sont pas remboursés par les régimes de soins médicaux et de soins dentaires ainsi que le coût que vous acquittez au titre de ces régimes pour vous et les personnes à votre charge sont considérés comme des frais médicaux en vertu des lois fiscales fédérale et provinciale, sous réserve des restrictions applicables.

Conservez tous vos reçus de ces frais et coûts afin de pouvoir les inclure dans votre calcul du crédit pour frais médicaux. L'avantage imposable lié aux dollars flex versés par Produits forestiers Résolu pour vos protections médicale et dentaire est également considéré à titre de frais médicaux au Québec.

Pour connaître le coût que vous acquittez au titre de ces régimes, veuillez consulter votre *Relevé de confirmation* disponible dans le logiciel FlexIt360.