

### **Pour vous aider à tirer le maximum de votre programme d'avantages sociaux flexibles BC Avantages**

Le programme d'avantages sociaux flexibles *BC Avantages* vous permet de choisir une protection d'avantages sociaux personnalisée qui répond à vos besoins et à vos préférences spécifiques. La souplesse du programme *BC Avantages* vous permet de mettre à jour vos choix d'avantages sociaux lors de périodes régulières de renouvellement de l'adhésion afin que le programme continue de répondre à vos besoins et circonstances lorsqu'ils changent.

En vertu du programme *BC Avantages*, tous les participants :

- bénéficient d'un ensemble de garanties de base;
- ont la possibilité de choisir entre trois régimes d'avantages sociaux distincts (Feuille verte, Feuille orange et Feuille bleue), chacun offrant un degré de flexibilité et un niveau de protection différents;
- peuvent se prévaloir de plusieurs garanties facultatives.

Un sommaire des régimes – incluant de l'information sur le formulaire pharmaceutique, le compte gestion-santé (CGS) financé par l'employeur et les garanties facultatives – est présenté dans ce guide. Vous trouverez également dans la trousse d'adhésion un sommaire de tous les taux applicables pour les garanties facultatives, une brochure décrivant le régime d'Assurance facultative en cas de maladies graves, une copie du formulaire de choix et une copie du formulaire de désignation de bénéficiaire.

Le choix vous appartient. Toutes les options offrent une protection significative, et vous avez la possibilité de déterminer laquelle répond le mieux à vos besoins en matière d'avantages sociaux.

### **Vous avez des questions ou avez besoin de renseignements additionnels?**

Rendez-vous à : [www.cbbenefits.ca](http://www.cbbenefits.ca)

Le site Web de *BC Avantages*, votre source centrale d'information, renferme des détails sur le régime, des formulaires et d'autres ressources pour vous aider à comprendre le régime et à en tirer pleinement parti. Vous pouvez utiliser la fonction « Contact » pour soumettre des questions et des commentaires.

*Les renseignements contenus dans ce Guide de sélection sont conçus pour vous aider à comprendre le programme d'avantages sociaux flexibles, à évaluer les options qui vous sont offertes et à prendre des décisions éclairées en matière d'avantages sociaux. Nous vous encourageons à lire attentivement ce guide et les documents connexes pendant que vous examinez vos besoins en matière d'avantages sociaux. Plus vous en savez à propos du programme, plus vous en profiterez.*

### *Pour les nouvelles adhésions*

#### **Dans ce document**

- Adhésion au programme
- Détails du régime
- Trouvez la solution optimale
- Vos garanties en un coup d'œil
- Vos garanties facultatives (payées par le participant)
- Votre compte gestion-santé

# Adhésion au programme

L'adhésion se fait en quatre étapes :

## 1. Examiner les détails du programme.

Le présent Guide de sélection fait état de la protection offerte en vertu du programme d'avantage sociaux flexibles, y compris les garanties facultatives et le compte gestion-santé (CGS). Les pages 3, 6 et 7 donnent plus de détails sur les garanties et sur les politiques et règlements des régimes. Les pages 4 et 5 au centre du guide renferment la section intitulée « Vos avantages sociaux en un coup d'œil », résumé et comparaison visuelle des régimes Feuille verte, Feuille orange et Feuille bleue.

Passez en revue toute la documentation que vous avez reçue dans votre trousse d'adhésion avant de faire vos sélections. Si vous avez un conjoint qui participe à un régime collectif ou à un régime d'avantages sociaux d'employeur, prenez le temps d'examiner toutes les garanties offertes en vertu de ce régime. Vous devrez étudier comment les deux régimes peuvent être combinés pour offrir une protection et dans quel régime il serait préférable de souscrire les garanties facultatives.

## 2. Faire vos sélections.

Le *Formulaire de choix – sélection des avantages sociaux* (formulaire d'adhésion) est inclus pour tous les participants. Les participants des régimes collectifs des MBC et de l'UÉBFC doivent utiliser le formulaire d'adhésion ci-joint. **Les membres du BCOQ et du BCOC avec accès en ligne sont encouragés à adhérer en ligne.**

## 3. Faire votre désignation de bénéficiaire(s).

Veillez vous reporter à la page 3 pour plus de détails.

## 4. Retourner les formulaires dans l'enveloppe-réponse fournie.

Tous les participants des régimes des MBC et de l'UÉBFC doivent retourner le *Formulaire de choix* et le *Formulaire de désignation de bénéficiaire*. Les participants des régimes des BCOQ et BCOC qui adhèrent en ligne doivent retourner seulement le *Formulaire de désignation de bénéficiaire*.

Si vous avez des questions concernant le processus d'adhésion, allez sur le site Web [www.cbbenefits.ca](http://www.cbbenefits.ca).

## Renonciation à la protection de soins médicaux et de soins dentaires

Si vous disposez d'une protection de soins de santé similaire (par exemple du régime de votre conjoint), vous pouvez renoncer au régime de soins médicaux et de soins dentaires en remplissant la section 3 « *Renonciation à la protection de soins médicaux et de soins dentaires* » du *Formulaire de choix*. Vous avez deux options pour la renonciation à la protection de soins médicaux et de soins dentaires :

- renonciation complète, sans CGS;
- renonciation partielle, avec le CGS du régime Feuille orange. Ce choix vous donne accès au compte gestion-santé du régime Feuille orange, mais à aucune autre protection de soins médicaux ou de soins dentaires.

# Détails du régime

## Capitalisation du régime

À l'heure actuelle, votre employeur cotise le même montant à l'égard du programme d'avantages sociaux, peu importe votre choix. Les cotisations que vous devrez verser (incluant la taxe de vente provinciale, s'il y a lieu) sont décrites en détail sur la Fiche de taux incluse dans la trousse d'adhésion.

## Formulaires de médicaments

Un formulaire de médicaments est une liste clairement définie des médicaments couverts en vertu d'un régime. Le nôtre utilise le « Formulaire national », dont l'utilisation est répandue et qui couvre environ 85 % des médicaments les plus souvent prescrits (nom de marque et générique) au Canada.

Votre régime vous remboursera le coût des médicaments admissibles en vertu de deux catégories :

### Médicaments inscrits au formulaire

- Feuille verte : 70 %
- Feuille orange : 80 %
- Feuille bleue : 90 %

### Médicaments non-inscrits au formulaire

- Feuille verte : 50 %
- Feuille orange : 60 %
- Feuille bleue : 70 %

Le Formulaire national est examiné et mis à jour régulièrement par une équipe d'experts en produits pharmaceutiques et médicaux d'un bout à l'autre du Canada. Bien que certains médicaments soient exclus du formulaire, notre objectif consiste à nous assurer que, dans la mesure du possible, le médicament le plus efficace pour un problème de santé donné soit couvert – au coût le plus raisonnable. La plupart des médecins connaissent très bien les formulaires pharmaceutiques et prescrivent des médicaments figurant au « Formulaire national » si vous leur dites que votre régime y adhère.

Un résumé des médicaments qui figurent actuellement au « Formulaire national » est affiché sur le site Web. Si vous avez des questions sur les médicaments que vous prenez, imprimez une copie du site Web pour pouvoir en discuter avec votre médecin ou votre pharmacien.

## Désignation de bénéficiaire

Remplissez toutes les sections applicables du *Formulaire de désignation de bénéficiaire*. N'oubliez pas de le signer et de le dater.

**Remarque:** Vous n'êtes pas tenu de désigner un bénéficiaire pour les garanties facultatives des personnes à charge décrites ci-dessous vu que vous êtes automatiquement le bénéficiaire :

- l'assurance vie facultative des personnes à charge,
- l'assurance facultative en cas de maladie grave des personnes à charge;
- l'assurance facultative décès et mutilation par accident (DMA) des personnes à charge.

## Situation de famille

Il existe trois catégories de situations de famille en vertu du programme d'avantages sociaux flexibles :

1. Participant seulement = vous
2. Participant + 1 = vous, votre conjoint ou un enfant à charge
3. Participant + 2 ou plus = vous, votre conjoint et/ou des enfants à charge

## Période d'assurance

Une période d'assurance correspond à une durée spécifique dans votre participation au programme d'avantages sociaux flexibles. Chaque période d'assurance débute le 1<sup>er</sup> janvier d'une année paire et dure deux années civiles complète. Lorsque vous adhérez au programme d'avantages sociaux flexibles, le régime (Feuille verte, Feuille orange ou Feuille bleue) et les garanties facultatives que vous choisissez resteront en vigueur jusqu'à la prochaine période d'assurance.

Durant une période d'assurance, vous pouvez changer vos choix de garanties seulement en cas de circonstances particulières. Vous pouvez changer vos choix de garanties si un événement admissible se produit : mariage, séparation, divorce, naissance d'un premier enfant, départ de votre dernier enfant à charge ou changement de salaire important.

# Trouvez la solution optimale

*De l'aide pour choisir le régime le mieux adapté à vos besoins*

Ce peut être difficile de choisir le bon régime d'avantages sociaux. Il y a une foule de facteurs à prendre en considération, comme vos besoins médicaux et financiers, votre situation de famille et vos besoins projetés en matière de soins de santé et ceux de votre famille. C'est important de prendre le temps d'évaluer votre situation actuelle et les options offertes dans le but de choisir les garanties requises – et d'éviter celle dont vous n'avez pas besoin.

Vous trouverez ci-dessous des renseignements rapides et des exemples pour vous aider à mieux comprendre les options à votre disposition – y compris quels régimes s'accompagnent d'un compte gestion-santé (CGS).

Régime Feuille verte	
<b>Description sommaire :</b>	<b>Protection assortie de la flexibilité maximale</b>
<b>Participants cibles :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les couples/familles assurés en vertu de deux régimes (ex. : en vertu du régime du conjoint)</li><li>• Les participants qui recherchent la flexibilité et une protection qui correspond à leurs besoins en matière de soins de santé</li></ul>
<b>Faits saillants :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Régime assorti du dépôt le plus élevé dans le CGS</li><li>• Le CGS peut être utilisé pour régler les frais d'un vaste éventail de services et procédures, y compris ceux qui ne sont pas couverts ou pas entièrement couverts en vertu du régime</li><li>• Une plus grande flexibilité pour utiliser les sommes offertes afin de régler des montants supérieurs à l'égard de garanties telles que les services paramédicaux et les soins de la vue</li></ul>
<b>Info-éclair :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'assurance-médicaments rembourse 70 % des frais</li><li>• Protection de base pour services paramédicaux</li><li>• CGS le plus généreux pour régler des dépenses médicales exclues</li></ul>
<b>Exemple :</b> Marlène est mariée et a deux enfants. Le régime d'avantages sociaux de l'employeur de son conjoint prévoit un remboursement de 80 % pour les dépenses admissibles. En vertu du régime Feuille verte, Marlène bénéficie d'un dépôt annuel de 1 600 \$ dans son CGS. Elle et son conjoint paient tous deux la somme de 500 \$ pour se procurer de nouvelles lunettes d'ordonnance. Ils soumettent d'abord leur demande de règlement au régime du conjoint de Marlène, qui prévoit une garantie de 150 \$ par personne tous les deux ans pour les lunettes d'ordonnance. Marlène utilise ensuite son CGS pour régler le solde de 700 \$. Après coup, il lui reste 900 \$ dans son CGS pour s'acquitter d'autres dépenses. Marlène recevra un autre dépôt de 1 600 \$ dans son CGS l'année d'assurance suivante, qu'elle pourra alors utiliser pour d'autres dépenses de soins de santé, comme celles liées aux soins dentaires de sa famille. Le régime Feuille verte représente la solution optimale pour Marlène.	



## Régime Feuille orange

Description sommaire :	Protection assortie d'une certaine flexibilité
<b>Participants cibles :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants qui ne détiennent aucune autre protection et les couples/familles assurés en vertu de deux régimes (ex. : en vertu du régime du conjoint)</li> <li>• Les familles à revenu unique</li> <li>• Les personnes qui exigent moins de flexibilité et une protection plus conventionnelle</li> </ul>
<b>Faits saillants :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoit un dépôt annuel dans le CGS (moins élevé que pour le régime Feuille verte)</li> <li>• Le CGS peut être utilisé pour régler les frais d'un vaste éventail de services et procédures qui ne sont pas couverts ou pas entièrement couverts en vertu du régime</li> <li>• Offre un équilibre entre la flexibilité du CGS du régime Feuille verte et la couverture étendue du régime Feuille bleue, et ce, sans frais supplémentaires</li> </ul>
<b>Info-éclair :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assurance-médicaments rembourse 80 % des frais</li> <li>• La majorité des services paramédicaux sont couverts, avec une protection illimitée pour les soins de physiothérapie</li> <li>• Protection pour soins dentaires de base seulement; les services de restauration majeurs et les soins orthodontiques sont exclus</li> </ul>

**Exemple :** Denis est marié et bénéficie d'une protection limitée en vertu du régime d'avantages sociaux de sa conjointe. En vertu du régime Feuille orange, il est en mesure de réclamer le remboursement des dépenses pour services paramédicaux admissibles (jusqu'à concurrence de 500 \$ par année pour chaque service paramédical applicable). De plus, Denis bénéficie d'une protection illimitée pour les soins de physiothérapie. Il peut aussi réclamer ses dépenses dentaires de base, puis régler ses dépenses additionnelles par l'intermédiaire de son CGS. Le régime Feuille orange représente la solution optimale pour Denis.



## Régime Feuille bleue

Description sommaire :	Protection étendue avec partage des coûts avec les employés
<b>Participants cibles :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les participants éprouvant des besoins connus en matière de soins de santé</li> <li>• Les participants sans protection additionnelle (régime de conjoint)</li> <li>• Les participants disposés à payer pour bénéficier d'un régime étendu</li> </ul>
<b>Faits saillants :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurance-vie de base de l'employé représentant 2 x le salaire</li> <li>• Remboursement élevé pour l'assurance-médicaments et maximum annuel peu élevé pour les débours personnels (par personne)</li> </ul>
<b>Info-éclair :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'assurance-médicaments rembourse 90 % des frais</li> <li>• Remboursement de 100 % pour les services paramédicaux, jusqu'à concurrence de la limite maximale applicable à chaque service admissible (sans exclusion de la liste)</li> <li>• La protection de soins dentaires comprend les services de base, les services de restauration majeurs et les soins orthodontiques</li> <li>• Exclut le CGS</li> </ul>

**Exemple :** Laura est mariée et a trois enfants. En vertu du régime Feuille bleue, elle est en mesure d'obtenir le remboursement de jusqu'à 50 % de l'appareil orthodontique d'un de ses enfants (jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 000 \$ par personne) et de réclamer 90 % des frais de médicaments admissibles de sa famille. Elle bénéficie aussi d'une assurance-vie représentant deux fois son salaire, ce qui fournit à sa famille une bonne protection pour s'acquitter de ses obligations financières. Laura a aussi droit à jusqu'à 750 \$ par année (pour chaque service paramédical applicable) pour obtenir des services de massothérapie et d'ostéopathie afin de traiter ses maux de dos chroniques. Le régime Feuille bleue représente la solution optimale pour Laura.

# Vos garanties en un coup d'œil

Voici un aperçu de haut niveau de votre programme d'avantages sociaux flexibles.

VOS GARANTIES DE BASE	
Assurance invalidité de longue durée (ILD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 67 % du salaire mensuel, sous réserve de prestations maximales de 5 000 \$</li> <li>• Payables après 189 jours (27 semaines) d'invalidité</li> <li>• Ces prestations d'invalidité sont intégrées à celles qui sont payables en vertu du Régime de pensions du Canada</li> <li>• Les prestations sont imposables</li> </ul>
Assurance décès et mutilation par accident (DMA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous procure une prestation en une somme forfaitaire pouvant aller jusqu'à 25 000 \$ si vous êtes blessé gravement ou décédez à la suite d'un accident</li> </ul>
Soins de santé en ligne par Consult+	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consult+ vous offre, ainsi qu'à votre famille, un accès en ligne illimité et sécurisé, et ce jour et nuit, à des spécialistes de la santé du Canada – quand et où vous en avez besoin</li> <li>• Il inclut : des diagnostics et des conseils; des ordonnances (nouvelles et renouvellements); réquisitions de laboratoire et d'imagerie; et renvois vers des spécialistes</li> </ul>
Programme d'aide aux employés (PAE – Contact)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous donne, à vous et aux personnes à votre charge, accès à des services confidentiels de counseling et d'information</li> </ul>
Teledoc (anciennement « Best Doctors »)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous donne, à vous et aux personnes à votre charge, accès à un réseau de médecins spécialistes si vous recevez un diagnostic de maladie grave</li> <li>• Vous permet d'obtenir une explication complète de votre état de santé, de vérifier un diagnostic et de confirmer les meilleures options de traitement</li> </ul>

Remarque : Vous n'avez aucun choix à faire pour les garanties de base.

Pour vous aider à choisir le régime qui convient le mieux à vos besoins et préférences, voici un résumé de la couverture applicable à chaque option :

GARANTIE	 RÉGIME FEUILLE VERTE	 ORÉGIME FEUILLE ORANGE	 RÉGIME FEUILLE BLEUE
<b>Assurance vie</b>			
De base de l'employé	25 000 \$	40 000 \$	2 x le salaire
Des personnes à charge (conjoint)	5 000 \$	10 000 \$	20 000 \$
Des personnes à charge (enfant)	2 000 \$	4 000 \$	6 000 \$
<b>Soins de santé</b>			
<b>Médicaments sur ordonnance</b>			
Remboursement de :			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments figurant au formulaire</li> </ul>	70 %	80 %	90 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments ne figurant pas au formulaire</li> </ul>	50 % Pour la première tranche de 2 000 \$/année payés de sa poche, par personne, puis 100 % par la suite	60 % Pour la première tranche de 1 000 \$/année, payés de sa poche, par personne, puis 100 % par la suite	70 % Pour la première tranche de 500 \$/année payés de sa poche, par personne, puis 100 % par la suite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plafond des frais d'exécution d'ordonnanc</li> </ul>	5 \$ par ordonnance		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carte-médicaments</li> </ul>	Incluse		
<b>Services paramédicaux</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiothérapeute</li> <li>• Orthophoniste</li> <li>• Psychologue/travailleur social</li> </ul>	Remboursement à 70 % 1 500 \$ par année pour chaque service	Remboursement à 80 % 1 500 \$ par année pour chaque service	Remboursement à 90 % 1 500 \$ par année pour chaque service
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massothérapeute autorisé</li> <li>• Ostéopathe</li> </ul>	Jusqu'à 200 \$ par année pour chaque service  Il existe un plafond annuel combiné de 600 \$ en plus du plafond spécifique par praticien indiqué ci-dessus	Jusqu'à 500 \$ par année pour chaque service  Il existe un plafond annuel combiné de 1 500 \$ en plus du plafond spécifique par praticien indiqué ci-dessus	Jusqu'à 750 \$ par année pour chaque service  Il existe un plafond annuel combiné de 2 000 \$ en plus du plafond spécifique par praticien indiqué ci-dessus

GARANTIE	 RÉGIME FEUILLE VERTE	 ORÉGIME FEUILLE ORANGE	 RÉGIME FEUILLE BLEUE
<b>Soins de santé... suite</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Chiropraticien</li> <li>Naturopathe</li> <li>Podiatre/podologiste</li> <li>Acupuncteur</li> <li>Homéopathe</li> <li>Ergothérapeute</li> </ul>	Jusqu'à 200 \$ par année pour chaque service	Jusqu'à 500 \$ par année pour chaque service	Jusqu'à 750 \$ par année pour chaque service
	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	
<b>Assurance voyage</b>			
Assurance en cas d'urgence médicale hors du pays	Jusqu'à 1 000 000 \$ par personne, par urgence		
<b>Soins de la vue</b>			
Montures et lentilles, lentilles cornéennes	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Jusqu'à 150 \$ tous les 2 ans (chaque année pour les enfants admissibles)	Jusqu'à 200 \$ tous les 2 ans (chaque année pour les enfants admissibles)
Examens de la vue		Jusqu'à 50 \$ tous les 2 ans	Jusqu'à 90 \$ tous les 2 ans
<b>Services et fournitures médicaux</b>			
Services ambulanciers (y compris une ambulance aérienne)	Inclus		
Soins d'un infirmier privé	Jusqu'à 5 000 \$ tous les 3 ans	Jusqu'à 5 000 \$ tous les 3 ans	Jusqu'à 10 000 \$ tous les 3 ans
Orthèses et chaussures orthopédiques	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Jusqu'à 300 \$ par année	Jusqu'à 300 \$ par année
Prothèses auditives		Jusqu'à 300 \$ tous les 4 ans	Jusqu'à 600 \$ tous les 5 ans
<b>Soins dentaires (en vertu du guide des honoraires courant)</b>			
Services de base (ex. routine, préventifs, endodontiques et périodontiques)	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Remboursement à 80 %	Remboursement à 90 %
Soins de restauration majeurs (ex. couronnes, incrustations, ponts et prothèses dentaires)		Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Remboursement à 50 %
Maximum annuel	Sans objet	2 000 \$	2 000 \$ pour tous les services de base et majeurs combinés
Orthodontie	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Pas inclus; peuvent être réclamés en vertu de votre CGS*	Remboursement à 50 % (jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 000 \$ par personne)
Examens de rappel	Sans objet	Une fois tous les 12 mois (tous les 6 mois pour les enfants admissibles)	Une fois tous les 12 mois (tous les 6 mois pour les enfants admissibles)
<b>Dépôt annuel dans le compte gestion-santé (CGS)</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Participant seulement</li> <li>Participant + 1 personne à charge</li> <li>Participant + 2 personnes à charge ou plus</li> </ul>	500 \$	250 \$	Pas inclus
	1 000 \$	500 \$	
	1 600 \$	700 \$	

\* N'oubliez pas que vous pouvez réclamer une vaste gamme de dépenses en vertu de votre compte gestion-santé (CGS) – jusqu'à concurrence de son solde.

# Vos garanties facultatives (payées par le participant)

Les garanties facultatives décrites ci-dessous ont pour but de vous procurer, à vous et à votre famille, une protection financière si l'un de vous est blessé gravement à la suite d'un accident, si vous avez reçu un diagnostic de maladie grave ou advenant votre décès ou le décès d'un membre de votre famille.

## Assurance vie facultative

L'assurance vie facultative vous procure, à vous et à votre famille, une protection financière en cas de décès. L'assurance vie des enfants à charge est disponible à un taux de prime fixe par tranche de 2 000 \$, peu importe le nombre d'enfants à charge admissibles. Vous pouvez acheter :

- de l'assurance vie du participant, par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (50 tranches);
- de l'assurance vie du conjoint, par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 500 000 \$ (50 tranches);
- de l'assurance vie des enfants à charge, par tranches de 2 000 \$ jusqu'à concurrence de 20 000 \$ (10 tranches).

Vous devrez présenter une preuve d'assurabilité (preuve de bonne santé) pour tout montant d'assurance vie facultative pour vous ou pour votre conjoint. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour l'achat d'assurance vie facultative pour les enfants à charge.

## Assurance facultative décès et mutilation par accident (DMA)

L'assurance DMA facultative est disponible pour vous et pour votre famille. Cette protection accrue s'ajoute à votre garantie de base et prévoit une prestation en une somme forfaitaire si vous ou un membre de votre famille êtes blessé gravement à la suite d'un accident. Vous pouvez acheter de l'assurance pour vous même par tranches de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 250 000 \$ (25 tranches). Si vous souscrivez une protection

familiale, votre conjoint et/ou vos enfants sont assurés automatiquement pour un pourcentage de votre protection, comme suit :

- pour votre conjoint, si vous avez aussi des enfants : 40 % du montant choisi pour vous-même;
- pour votre conjoint, si vous n'avez pas d'enfants : 50 % du montant choisi pour vous-même;
- pour chacun de vos enfants, si vous avez un conjoint : 10 % du montant choisi pour vous-même;
- pour chacun de vos enfants, si vous n'avez pas de conjoint : 15 % du montant choisi pour vous-même.

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'achat de l'assurance DMA facultative.

## Assurance facultative en cas de maladie grave

L'assurance facultative en cas de maladie grave vous protège, vous et votre famille, en cas de diagnostic de maladie grave. La protection prévoit un seul versement en une somme forfaitaire, après l'expiration du délai de carence prescrit et l'approbation de votre demande de règlement. Vous trouverez plus d'information, incluant la liste des maladies couvertes, dans le feuillet Assurance facultative en cas de maladie grave que vous trouverez dans la trousse d'adhésion.

- Assurance du participant, par tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 150 000 \$ (30 tranches).
- Assurance du conjoint, par tranches de 5 000 \$ jusqu'à concurrence de 150 000 \$ (30 tranches).
- Assurance des enfants à charge, 10 000 \$ par enfant.

Vous devrez présenter une preuve d'assurabilité pour toute demande d'assurance en cas de maladie grave de plus de 25 000 \$ pour vous ou pour votre conjoint. La protection de 25 000 \$ pour vous et votre conjoint est offerte sans preuve d'assurabilité, mais est restreinte en cas de maladies préexistantes\*. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise pour l'achat d'assurance en cas de maladie grave pour les enfants à charge.

**Si vous devez fournir une preuve d'assurabilité, vous recevrez le formulaire approprié de l'administrateur du régime peut après votre adhésion. Veuillez remplir le formulaire et le retourner le plus rapidement possible à l'assureur approprié, en suivant les instructions données par l'administrateur du régime. La preuve d'assurabilité doit être approuvée pour que l'assurance entre en vigueur.**

### \* Restriction relative aux maladies préexistantes

Pour la protection d'assurance facultative en cas de maladie grave établie sans preuve d'assurabilité (première tranche de 25 000 \$), aucune prestation n'est versée dans le cas de toute affection couverte attribuable directement ou indirectement à une maladie préexistante qui survient dans les 12 mois qui précèdent la date d'entrée en vigueur de votre protection.

# Votre compte gestion-santé

Les régimes Feuille verte et Feuille orange comprennent le compte gestion-santé (CGS) financé par l'employeur.

## Fonctionnement

Vous utilisez simplement l'argent déposé dans votre CGS pour payer un large éventail de dépenses médicales et dentaires admissibles qui ne sont pas remboursées, ou ne le sont que partiellement, en vertu de l'option que vous avez choisie. Par exemple, bien que le régime Feuille verte ne comprenne pas les prestations pour soins de la vue, les participants qui ont adhéré à ce régime peuvent utiliser leur CGS pour payer les dépenses de soins de la vue admissibles.

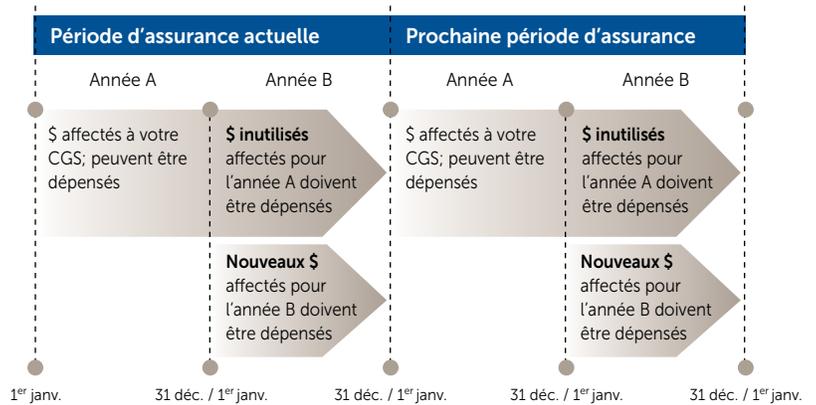
De même, si vous achetez un médicament sur ordonnance dans une pharmacie qui vous demande des frais d'exécution d'ordonnance qui dépassent les 5 \$ couverts en vertu de votre régime, vous pouvez utiliser votre CGS financé par votre employeur pour couvrir la différence. Vous pouvez utiliser l'argent de votre CGS pour payer votre part des dépenses de soins de santé et dentaires, telle les 20 % de dépenses de soins dentaires de base admissibles que vous devez déboursier vous-même en vertu du régime Feuille orange. Vous pouvez également utiliser votre CGS pour régler les dépenses qui ne sont pas couvertes par l'option que vous avez sélectionnée. Par exemple, si vous avez adhéré au régime Feuille verte (sans garantie de soins dentaires), vous pouvez utiliser votre CGS pour couvrir les dépenses de soins dentaires que vous engagez.

Pour chaque année durant laquelle vous participez aux régimes Feuille verte ou Feuille orange, votre employeur versera les montants suivants dans votre CGS personnel :

Situation de famille	Feuille verte	Feuille orange
Participant seulement	• 500 \$	• 250 \$
Participant + 1	• 1 000 \$	• 500 \$
Participant + 2 ou plus	• 1 600 \$	• 700 \$

Remarque : Si vous êtes un nouveau participant et que vous adhérez au régime après le 1<sup>er</sup> janvier de l'année en cours, le montant des prestations déposé dans votre CGS sera établi au prorata du nombre de mois de participation au régime cette année. Les années suivantes, le montant intégral des prestations sera déposé dans votre CGS le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## Comment fonctionne le report prospectif



Remarque : L'année A correspond à une année paire, l'année B à une année impaire.

## Frais admissibles

Votre CGS couvre tous les frais admissibles aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. La liste comprend des dizaines de services et de procédures, allant de la correction de la vue au laser jusqu'à l'orthodontie, en passant par les dépenses de soins paramédicaux excédant les plafonds du régime. Pour consulter une liste complète, rendez-vous au site Web de l'Agence du revenu du Canada à [www.cra-arc.gc.ca](http://www.cra-arc.gc.ca) et repérez le bulletin « IT519R2 ».

Pour être admissible, le service, la procédure ou l'article doivent être médicalement nécessaires, ce qui signifie généralement qu'ils doivent être fournis ou prescrits par un praticien détenant un permis. Les dépenses admissibles *excluent* tout service ou procédure couvert en vertu de votre régime provincial d'assurance maladie.

## Règles concernant le report prospectif

En vertu des règles fiscales actuelles, vous devez dépenser les montants affectés à votre CGS pendant la période d'assurance actuelle. Cela signifie que vous devez dépenser les montants déposés dans votre CGS pendant la première et la deuxième année de la même période d'assurance. Les montants que vous ne dépensez pas avant la fin de la première année peuvent être reportés à la deuxième année. Cependant, ce que vous ne dépensez pas avant la fin de la deuxième année de la période d'assurance actuelle sera perdu.

# Pour plus d'information

Le site *Web de BC Avantages* est votre source d'information centralisée. Nous vous encourageons à le visiter pour en savoir davantage sur votre programme d'avantages sociaux flexibles. L'information disponible sur le site comprend :

- le contexte et le développement du programme *BC Avantages*;
- les bulletins;
- les formulaires de demande de remboursement de soins médicaux et dentaires;
- une copie du formulaire pharmaceutique national;
- le formulaire de désignation de bénéficiaire;
- une section questions et réponses.

Vous pouvez aussi cliquer sur l'icône « Contact » du site Web pour nous faire parvenir vos question et commentaires.

[www.cbbenefits.ca](http://www.cbbenefits.ca)

*Ce guide présente un sommaire de certaines dispositions du programme d'avantages sociaux flexibles Choix. La description complète est contenue dans les documents et contrats officiels du programme. Tous les efforts ont été faits pour assurer l'exactitude de ce sommaire. Cependant, en cas de différences entre l'information contenue dans ce sommaire et les documents légaux, ces derniers prévaudront.*