NAV CANADA

AVANTAGES SOCIAUX EN LIGNE

Retraités syndiqués
(avant le 1er janvier 2010)

NAV CANADA

Avantages sociaux en ligne présente l'information nécessaire pour que les retraités syndiqués (avant le 1er janvier 2010) puissent profiter pleinement des régimes d'avantages sociaux qui leur sont offerts. Si vous n'êtes pas un retraité admissible, l'information fournie ci-dessous ne s'applique pas à vous.

L'information contenue dans le présent document est la plus exacte possible. Toutefois, son interprétation finale est régie par les dispositions des contrats d'assurance officiels. En cas de conflit entre le contenu du présent document et le contrat connexe, le libellé du contrat prévaudra.

Régime	nº de contrat	Prestataire
Régime de soins de santé	25298	**La Financière Sun Life du Canada** NAV CANADA est responsable légalement et financièrement des avantages sociaux offerts au titre du Régime de soins de santé, du Régime de soins dentaires et du compte Soins de santé. La Financière Sun Life n'agit qu'à titre d'administrateur de ces régimes au nom de NAV CANADA.
Régime d'assurance-vie de base	101198	

Contactez-nous :

NAV CANADA – Centre des employés des Ressources humaines (CERH)

HREC-CERH@navcanada.ca

1-888-774-4732

Financière Sun Life

1-800-361-6212

Global Excel Management (GEM)

En cas d'urgence à l'extérieur de la province,
Au Canada ou aux États-Unis : 1 (800) 511-4610
Partout ailleurs, à frais virés : 1 (519) 514-0351

Table des matières

Admissibilité 4
Événements de la vie 7
Coûts et primes 13
Médicaments sur ordonnance 19
Réseau de pharmacies préférées 30
Voyages 34
Professionnels de la santé 38
Soins de la vue 40
Hôpital et ambulance 42
Prothèses auditives 44
Fournitures et services médicaux 45
Assurance-vie 48
Demande de règlement – Régime de soins de santé 54
Exclusions – Régime de soins de santé 56
Formulaires 59
Glossaire 60
Avis juridiques importants 66

Admissibilité

Les retraités syndiqués ayant pris leur retraite avant le 1er janvier 2010 sont admissibles aux régimes d'avantages sociaux de NAV CANADA, à quelques exceptions près (consultez les exceptions ci-dessous) :

	Si vous touchez une rente de retraite	
	Obligatoire	Facultatif
Régime de soins de santé • Retraité • Conjoint et enfants survivants		✔
Régime d'assurance-vie de base		✔

Si vous touchez une rente de retraite de NAV CANADA et que vous avez pris votre retraite de NAV CANADA avant le 1er septembre 2005 en comptant au moins deux années de service ouvrant droit à pension, vous êtes admissible :

- au Régime d'assurance-vie de base, si vous en faites la demande dans les 30 jours suivant votre départ de NAV CANADA; et,
- au Régime de soins de santé, à partir de la date à laquelle votre rente de NAV CANADA devient payable.

Si vous touchez une rente de retraite de NAV CANADA et vous avez pris votre retraite de NAV CANADA entre le 1er septembre 2005 et le 31 décembre 2009 inclusivement en comptant au moins deux années de service ouvrant droit à pension, vous êtes admissible :

- au Régime d'assurance-vie de base, si vous en faites la demande dans les 30 jours suivant votre départ de NAV CANADA; et,
- au Régime de soins de santé, à partir de la date à laquelle votre rente de NAV CANADA devient payable (uniquement si, à votre départ de NAV CANADA, vous êtes admissible à une rente immédiate ou comptez 15 années de service ouvrant droit à pension).

La demande d'adhésion au Régime de soins de santé devra être reçue dans les 90 jours de la date d'admissibilité. Un changement pour passer d'une protection individuelle à une protection familiale ne sera accepté que s'il y a eu un nouvel événement de la vie (dans les 90 jours de la date d'admissibilité d'une nouvelle personne à charge). Si l'assurance est annulée, la décision sera irrévocable.

Régimes provinciaux d'assurance-maladie

Tous les participants au Régime de soins de santé de NAV CANADA qui sont admissibles à un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie (y compris à un programme/régime d'assurance pour les médicaments d'ordonnance) doivent adhérer au programme/régime provincial. Ainsi, la province ou le territoire devient le premier payeur, et NAV CANADA le second, pour les demandes de remboursement admissibles (y compris les demandes au titre de l'assurance pour les médicaments d'ordonnance).

Résidents du Québec âgés de 65 ans et plus

En vertu des règlements du Régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), si un résident âgé de 65 ans et plus a accès à un régime privé de soins de santé, celui-ci peut se retirer de la RAMQ. En conséquence, l'employeur devient l'unique payeur, mais les primes payables au titre du régime peuvent être augmentées.

En vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA, les options suivantes seront offertes aux retraités âgés de 65 ans et plus qui résident au Québec :

- ***Plan A*** : Le membre adhère à l'assurance-médicament de la RAMQ (l'adhésion à la RAMQ est automatique à l'âge de 65 ans) et au Régime de soins de santé de NAV CANADA; des primes sont payées au titre des deux régimes. Toutes les demandes de remboursements de médicaments admissibles en vertu de la RAMQ seraient payées en premier lieu par la province et tout solde admissible pourrait être soumis au Régime de soins de santé de NAV CANADA.
- ***Plan B*** : Le membre retire son adhésion à l'assurance-médicaments de la RAMQ et n'est couvert qu'au titre du Régime de soins de santé de NAV CANADA. Il paie un supplément mensuel additionnel (qui n'est pas visé par l'arrangement de partage des coûts actuel et qui, par conséquent, est payé à 100 % par le retraité). Se reporter à la section sur les coûts/primes pour de plus amples renseignements.

NOTE IMPORTANTE : Une fois que le membre a choisi le plan A ou le plan B, sa décision est irrévocable.

FOIRE AUX QUESTIONS

Les membres de ma famille sont-ils admissibles aux régimes d'avantages sociaux?

Si vous êtes une personne retraitée admissible, vous pouvez choisir la protection familiale en vertu du Régime de soins de santé et du Régime de soins dentaires afin que votre conjoint et vos enfants puissent bénéficier de la couverture, à condition qu'ils satisfassent aux critères d'admissibilité du régime et que les documents à l'appui aient été fournis au Centre des employés des Ressources humaines (CERH). La protection ne peut être appliquée qu'à un seul conjoint à la fois.

- **Conjoint** : certificat de naissance du conjoint et certificat de mariage.
- **Conjoint de fait** : certificat de naissance du conjoint de fait et déclaration solennelle.
- **Enfant** : certificat de naissance

- **Enfant sous tutelle** : certificat de naissance et documentation attestant de la tutelle légale.
- **Enfant adoptif** : certificat de naissance et documentation attestant de la tutelle légale (si ces renseignements ne figurent pas sur le certificat de naissance).
- **Enfant du conjoint :** certificat de naissance (l'enfant ne sera admissible que si le conjoint ou le conjoint de fait est admissible).

Advenant votre décès, votre conjoint survivant admissible à une rente du régime de retraite de NAV CANADA peut participer au Régime de soins de santé dès que la rente devient payable.

Comment m'assurer que je bénéficie de la protection?
Contactez le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou le 1-888-774-4732, option 2.

Que dois-je faire si je perds ou endommage ma carte d'avantages sociaux?
Vous pouvez visiter le site Web de la Financière Sun Life à http://www.masunlife.ca/navcanada et entrer votre code d'accès et votre mot de passe pour accéder à vos renseignements sur les avantages sociaux en vertu du Régime de soins de santé. Pour obtenir votre code d'accès, communiquez avec un représentant des services à la clientèle de la Financière Sun Life au 1-800-361-6212. Vous devrez fournir le numéro du contrat (25298) et le numéro de votre certificat de membre (fourni par le CERH).

Une fois que vous aurez accédé au site Web, vous verrez la liste déroulante « Je veux voir » au centre de la page. Cliquez sur « Imprimer une carte-médicaments ». L'image de la carte de paiement direct des médicaments apparaîtra à l'écran. Imprimez-en le nombre de copies que vous désirez.

Puis-je passer de la protection individuelle à la protection familiale dans le cadre du Régime de soins de santé et vice versa? Comment?
Oui*. Pour passer d'une protection individuelle à une protection familiale, soumettez votre formulaire de demande dans les 90 jours suivant votre mariage, le changement de votre état civil ou la naissance d'un enfant. La couverture entrera en vigueur à la date de l'événement (les pièces justificatives doivent être approuvées).

Lorsque vous passez d'une protection familiale à une protection individuelle, le changement entrera en vigueur au plus tard 60 jours suivant la réception de votre demande.

***À compter du 1er août 2015, un changement pour passer d'une protection individuelle à une protection familiale ne sera accepté que s'il y a eu un nouvel événement de la vie (dans les 90 jours de la date d'admissibilité d'une nouvelle personne à charge).**

Puis-je annuler la protection?
Pour annuler votre couverture au titre du Régime de soins de santé, vous devez faire parvenir une demande par écrit au Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca.

Événements de la vie

DÉPART À LA RETRAITE

Vous ne pouvez pas maintenir votre protection au titre des régimes de soins dentaires, d'assurance-invalidité de longue durée ou d'assurance mort ou mutilation accidentelles en voyage d'affaires après votre retraite de NAV CANADA.

Régime de soins de santé

Consultez la définition de retraité qui est donnée dans le glossaire afin de déterminer si vous êtes un retraité admissible au Régime de soins de santé. Si c'est le cas, vous pouvez :

- maintenir la protection dont vous bénéficiez en communiquant avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou le 1-888-774-4732, option 2, dans les 90 jours suivant votre retraite; ou
- présenter une demande d'adhésion au régime dans les 90 jours suivant votre retraite, si vous n'étiez pas couvert.

Les frais à payer sont retenus sur votre rente de retraite. Si les primes sont plus élevées que le montant de votre rente, vous devez faire parvenir un chèque en paiement de la prime requise à l'avance au CERH.

Les règles suivantes s'appliquent dans le cas de la protection à la retraite pour les retraités admissibles.

Si vous présentez une demande d'adhésion…	La protection entre en vigueur…
Dans les 90 jours suivant votre date d'admissibilité	À la date où votre demande d'adhésion dûment remplie est reçue s'il s'agit d'un premier du mois ou le premier jour du mois suivant
Dans les 90 jours suivant le mariage avec un nouveau conjoint et (ou) l'arrivée d'un enfant	À la date du changement
Pour vous inscrire au régime plus de 90 jours après : • votre date d'admissibilité; ou • le mariage avec un nouveau conjoint et (ou) l'arrivée d'un enfant	Sans objet - vous devez présenter votre demande dans les 90 jours suivant votre date d'admissibilité.

La demande d'adhésion au Régime de soins de santé devra être reçue dans les 90 jours de la date d'admissibilité. Un changement pour passer d'une protection individuelle à une protection familiale ne sera accepté que s'il y a eu un nouvel événement de la vie (dans les 90 jours de la date d'admissibilité d'une nouvelle personne à charge). Si l'assurance est annulée, la décision sera irrévocable.

Le compte Soins de santé n'est pas offert aux employés retraités, même si vous maintenez votre protection au titre du Régime de soins de santé. Vous devez présenter vos dernières demandes de règlement au titre du compte Soins de santé au plus tard 90 jours suivant la cessation de votre protection en tant qu'employé. Les frais doivent avoir été engagés, c'est-à-dire que le reçu doit porter une date antérieure à la date de cessation de votre protection, sinon ils seront refusés.

Assurance-vie de base

Si vous prenez votre retraite, et que vous comptez au moins deux années de service et choisissez une rente immédiate :
La protection peut se poursuivre. Votre choix de maintenir la protection doit être confirmé par écrit dans les 31 jours après votre date de retraite.

Votre protection sera réduite de 10 % du montant en vigueur à votre 61e anniversaire le 1er du mois suivant votre 61e anniversaire de naissance et chaque année par la suite, jusqu'à ce qu'elle soit ramenée à 5 000 $. Votre protection sera réduite et passera à 5 000 $ au 1er du mois suivant votre 70e anniversaire de naissance.

NAV CANADA paie la première tranche de 5 000 $ de protection à compter de votre 65e anniversaire de naissance. Vous payez votre part de la différence si vous avez choisi de maintenir une protection additionnelle.

Vous pouvez en tout temps présenter une demande de protection réduite de 5 000 $. Vous ne serez pas en mesure d'augmenter cette protection ultérieurement. Pour bénéficier de la protection réduite, veuillez remplir le formulaire d'option pour faire réduire la prestation à 5 000 $. Vous pouvez également annuler cette protection en tout temps et souscrire une police d'assurance-vie individuelle.

Les frais à payer sont retenus sur votre rente de retraite. Si vos primes sont plus élevées que le montant de votre rente, vous devez acquitter la prime exigée à l'avance en faisant parvenir des chèques postdatés au Centre des employés des Ressources humaines (CERH).

Si vous quittez NAV CANADA et choisissez de différer votre rente de retraite :
La protection peut se poursuivre. Votre choix de maintenir la protection doit être confirmé par écrit dans les 31 jours après votre date de retraite. Vous n'avez qu'à faire parvenir une demande par écrit au CERH en joignant un chèque en paiement des 12 premiers mois. Vous bénéficierez du même montant de protection qu'au moment de votre départ de NAV CANADA si vous avez cessé de travailler avant votre 61e anniversaire de naissance.

Votre niveau de protection demeurera le même si vous prenez votre retraite avant votre 61e anniversaire de naissance. Votre protection sera réduite de 10 % du montant en vigueur à votre 61e anniversaire le 1er du mois suivant votre 61e anniversaire de naissance et chaque année par la suite, jusqu'à ce qu'elle soit ramenée à 0 $, le 1er du mois suivant votre 70e anniversaire de naissance (la protection minimale de 5 000 $ ne s'applique pas aux retraités touchant une rente différée).

MEMBRE AYANT ATTEINT L'ÂGE DE 65 ANS

La majorité des gouvernements provinciaux et territoriaux offrent à leurs résidents âgés de 65 ans et plus un régime d'assurance-maladie, y compris une couverture pour les médicaments d'ordonnance. Dès que vous êtes admissible au régime gouvernemental, vous devez effectuer une demande d'adhésion. Vous devrez ensuite présenter d'abord une demande de remboursement des dépenses admissibles au gouvernement provincial, puis au Régime de soins de santé de NAV CANADA. Les demandes de remboursement qui n'ont pas été présentées d'abord au titre du régime gouvernemental pourraient être refusées au titre du Régime de soins de santé de NAV CANADA. Dans le cas des programmes gouvernementaux offerts selon le revenu, la Sun Life exigera que vous présentiez une preuve que votre demande d'adhésion au régime gouvernemental a été refusée en raison de votre revenu familial.

Cliquez sur votre province/territoire de résidence ci-dessous pour obtenir des renseignements sur l'admissibilité au régime provincial et sur la couverture offerte :

Alberta (anglais seulement)	Colombie-Britannique (anglais seulement)	Île-du-Prince-Édouard (anglais seulement)	Manitoba
Nouveau-Brunswick	Nouvelle-Écosse (anglais seulement)	Nunavut	Ontario
Saskatchewan (anglais seulement)	Terre-Neuve-et-Labrador (anglais seulement)	Territoires du Nord-Ouest (anglais seulement)	Yukon

Résidents du Québec âgés de 65 ans et plus

En vertu des règlements du Régime d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), si un résident âgé de 65 ans et plus a accès à un régime privé de soins de santé, celui-ci peut se retirer de la RAMQ. En conséquence, l'employeur devient l'unique payeur, mais les primes payables au titre du régime peuvent être augmentées.

En vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA, les options suivantes seront offertes aux retraités âgés de 65 ans et plus qui résident au Québec :

- ***Plan A*** : Le membre adhère à l'assurance-médicament de la RAMQ (l'adhésion à la RAMQ est automatique à l'âge de 65 ans) et au Régime de soins de santé de NAV CANADA; des primes sont payées au titre des deux régimes. Toutes les demandes de remboursements de médicaments admissibles en vertu de la RAMQ seraient payées en premier lieu par la province et tout solde admissible pourrait être soumis au Régime de soins de santé de NAV CANADA.
- ***Plan B*** : Le membre retire son adhésion à l'assurance-médicaments de la RAMQ et n'est couvert qu'au titre du Régime de soins de santé de NAV CANADA. Il paie un supplément mensuel additionnel (qui n'est pas visé par l'arrangement de partage des coûts actuel et qui, par conséquent, est payé à 100 % par le retraité). Se reporter à la section sur les coûts/primes pour de plus amples renseignements.

NOTE IMPORTANTE : Une fois que le membre a choisi le plan A ou le plan B, sa décision est irrévocable.

CHANGEMENT D'ÉTAT CIVIL

Consultez la définition de conjoint dans le glossaire pour déterminer si votre nouveau conjoint est admissible.

- Si vous aviez une couverture individuelle en vertu du Régime de soins de santé, faites une demande pour la changer à une couverture familiale :
  - Vous devez fournir les preuves d'admissibilité pertinentes au Centre des employés des Ressources humaines (CERH).
  - Si vous présentez une demande dans les 90 jours suivant votre mariage ou le passage de votre situation à l'état de conjoint de fait après une cohabitation d'un an, la protection entrera en vigueur à la date du changement.
  - Si vous présentez une demande plus de 90 jours après le mariage ou le passage à l'état de conjoint de fait, la protection pour votre conjoint sera refusée.
- Si vous aviez une protection familiale et que vous n'avez aucune autre personne à charge, faites une demande pour changer votre couverture en vertu du Régime de soins de santé à une couverture individuelle. Votre protection entrera en vigueur au plus 90 jours après la réception des preuves d'admissibilité par le CERH.
- Vous pouvez changer votre bénéficiaire désigné, si vous le souhaitez et si la loi vous y autorise, en soumettant le formulaire applicable.

ARRIVÉE D'UN ENFANT DANS MA FAMILLE

Consultez la définition d'enfant dans le glossaire pour déterminer si votre nouvel enfant est admissible.

Si vous aviez une couverture individuelle en vertu du Régime de soins de santé, faites une demande pour la changer à une couverture familiale :

- Vous devez fournir les preuves d'admissibilité pertinentes au CERH.
- Si vous présentez une demande dans les 90 jours suivant l'arrivée de votre enfant, la protection entrera en vigueur à la date du changement.
- Si vous présentez une demande plus de 90 jours après l'arrivée de votre enfant, la protection pour votre enfant sera refusée.

Vous pouvez changer votre bénéficiaire désigné, si vous le souhaitez et que la loi vous y autorise, en soumettant le formulaire applicable.

MON ENFANT ATTEINT 21 ANS

Si votre enfant ne fréquente pas un établissement d'enseignement accrédité à temps plein, la protection au titre du Régime de soins de santé prend fin à son 21e anniversaire de naissance. Si votre enfant se marie avant cette date, la protection prend fin immédiatement.

Si votre enfant est à votre charge en raison d'une incapacité mentale ou physique survenue avant son 21e anniversaire de naissance, la protection est maintenue sans limite d'âge. Vous devez remplir le Formulaire de couverture pour les enfants invalides et le soumettre à la Financière Sun Life aux fins d'approbation avant son 21e anniversaire de naissance pour qu'il soit toujours couvert après ses 21 ans.

NAV CANADA sera avisée seulement si la demande de maintien de la couverture de votre enfant a été acceptée. Les renseignements liés au diagnostic de votre enfant ne seront pas dévoilés à NAV CANADA.

MON ENFANT EST AUX ÉTUDES OU CESSE SES ÉTUDES

Mon enfant est aux études

La protection est en vigueur jusqu'à l'âge de 25 ans (26 ans pour les résidents du Québec) tant et aussi longtemps que votre enfant est inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement accrédité. Une lettre ou une autre confirmation de l'inscription de votre enfant doit être envoyée au Centre des employés des Ressources humaines (CERH) chaque année.

Mon enfant cesse ses études

La protection prend fin si votre enfant de plus de 21 ans cesse d'étudier à temps plein.

MON CONJOINT TRAVAILLE À NAV CANADA

Vous pouvez tous les deux demander la protection familiale pour couvrir vos enfants. La coordination des prestations est permise.

MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour modifier vos renseignements personnels, communiquez avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou le 1-888-774-4732, option 2.

Coûts et primes

Toutes les primes sont susceptibles de changer en fonction de l'utilisation des régimes.

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Les primes sont retenues sur votre rente de retraite. Si les primes sont plus élevées que le montant de votre rente, vous devez faire parvenir un chèque en paiement de la prime requise à l'avance au Centre des employés des Ressources humaines (CERH).

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario et au Québec.

Les primes et la taxe provinciale payées par NAV CANADA pour votre Régime de soins de santé sont imposables au niveau provincial si vous vivez au Québec. Cet avantage annuel imposable figure sur votre Relevé 1 ou Relevé 2 (mais pas sur votre feuillet T4 ou T4A). L'impôt applicable sera prélevé sur la rente des retraités de NAV CANADA habitant au Québec.

Retraités

Si vous quittez NAV CANADA avant le 1er septembre 2005 :

Prime mensuelle			
Les retraités paient...		**NAV CANADA paie...**	
Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
24,29 $	42,96 $	97,15 $	171,84 $

Pour les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus inscrits au Plan B :

Prime mensuelle				
	Les retraités paient...		**NAV CANADA paie...**	
	Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
Prime mensuelle régulière	24,29 $	42,96 $	97,15 $	171,84 $
Supplément additionnel au régime provincial	168,20 $*	334,87 $*	0 $	0 $
Prime mensuelle de retraité	192,49 $	377,83 $	97,15 $	171,84 $

Si vous quittez NAV CANADA le 1er septembre 2005 ou après :

Prime mensuelle			
Les retraités paient...		**NAV CANADA paie...**	
Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
24,29 $	42,96 $	72,86 $	128,88 $

Pour les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus inscrits au Plan B :

Prime mensuelle				
	Les retraités paient...		**NAV CANADA paie...**	
	Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
Prime mensuelle régulière	24,29 $	42,96 $	84,13 $	148,82 $
Supplément additionnel au régime provincial	168,20 $*	334,87 $*	0 $	0 $
Prime mensuelle de retraité	192,49 $	377,83 $	72,86 $	128,88 $

Si vous quittez le 1er septembre 2008 ou avant : L'Association des agents négociateurs de NAV CANADA acquitte 50 % des primes mensuelles. Seulement la moitié des primes des retraités indiquées ci-dessus est retenue sur la rente mensuelle. Cette subvention viendra à échéance le 31 août 2022. Le supplément mensuel additionnel au régime provincial n'est pas assujetti à l'arrangement de partage des coûts en vigueur établi par l'Association des agents négociateurs de NAV CANADA, et est payé à 100 % par le retraité.

**Les taux des suppléments sont fondés sur l'analyse de la Financière Sun Life du coût moyen des médicaments au Québec pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces taux sont ensuite rajustés pour tenir compte des résultats de NAV CANADA quant aux demandes de remboursement, des caractéristiques et des dépenses du Régime ainsi que des pressions inflationnistes et économiques. Comme pour les primes au titre du Régime de soins de santé, les taux établis pour ce supplément seront sujets à changement en fonction des résultats du Régime.*

Si vous quittez NAV CANADA le 1er septembre 2008 ou après :

Prime mensuelle			
Les retraités paient...		**NAV CANADA paie...**	
Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
30,36 $	53,70 $	72,86 $	128,88 $

Pour les résidents du Québec âgés de 65 ans et plus inscrits au Plan B :

Prime mensuelle		
	Les retraités paient...	**NAV CANADA paie...**

	Protection individuelle	Protection familiale	Protection individuelle	Protection familiale
Prime mensuelle régulière	30,36 $	53,70 $	72,86 $	128,88 $
Supplément additionnel au régime provincial	168,20 $*	334,87 $*	0 $	0 $
Prime mensuelle de retraité	198,56 $	388,57 $	72,86 $	128,88 $

Si vous quittez le 1er septembre 2008 ou après : L'Association des agents négociateurs de NAV CANADA acquitte 37,5 % des primes mensuelles. Seulement 62,5 % des primes des retraités indiquées ci-dessus sont retenues sur la rente mensuelle. Cette subvention viendra à échéance le 31 août 2022. *Le supplément mensuel additionnel au régime provincial n'est pas assujetti à l'arrangement de partage des coûts en vigueur établi par l'Association des agents négociateurs de NAV CANADA, et est payé à 100 % par le retraité.

**Les taux des suppléments sont fondés sur l'analyse de la Financière Sun Life du coût moyen des médicaments au Québec pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Ces taux sont ensuite rajustés pour tenir compte des résultats de NAV CANADA quant aux demandes de remboursement, des caractéristiques et des dépenses du Régime ainsi que des pressions inflationnistes et économiques. Comme pour les primes au titre du Régime de soins de santé, les taux établis pour ce supplément seront sujets à changement en fonction des résultats du Régime.*

Enfants survivants (protection des personnes à charge seulement)

Si votre parent décède avant le 1er septembre 2005 :

Prime mensuelle	
Les personnes à charge paient...	**NAV CANADA paie...**
26,33 $	105,30 $

Si votre parent décède le 1er septembre 2005 ou après :

Prime mensuelle	
Les personnes à charge paient...	**NAV CANADA paie...**
26,33 $	78,97 $

Si votre parent décède le 1er septembre 2008 ou après :

Prime mensuelle	
Les personnes à charge paient...	**NAV CANADA paie...**
32,91 $	78,98 $

Si votre parent décède avant le 1er septembre 2008 : L'Association des agents négociateurs de NAV CANADA acquitte 50 % des primes mensuelles. Seulement la moitié des primes des retraités indiquées ci-dessus est retenue sur la rente mensuelle. Cette subvention viendra à échéance le 31 août 2020.

Si votre parent décède le 1er septembre 2008 ou après : L'Association des agents négociateurs de NAV CANADA acquitte 37,5 % des primes mensuelles. Seulement 62,5 % des primes des retraités indiquées ci-dessus sont retenues sur la rente mensuelle. Cette subvention viendra à échéance le 31 août 2020.

RÉGIME D'ASSURANCE-VIE DE BASE

Les primes sont assujetties à la taxe de vente provinciale en Ontario, au Québec, et au Manitoba.

Les primes d'assurance-vie et la taxe provinciale payées par NAV CANADA constituent un avantage imposable en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. Cette somme figure sur le feuillet T4A et le Relevé 2 des retraités. L'impôt sur le revenu applicable est retenu sur la rente de retraite.

Si, à votre départ de NAV CANADA, vous choisissez une rente immédiate

Si vous êtes un employé syndiqué (avant le 1er janvier 2010) et que vous prenez votre retraite en touchant une rente immédiate et en comptant au moins deux années de service à NAV CANADA à la date de retraite :

Prime mensuelle	
Les retraités paient...	**NAV CANADA paie...**
0,129 $ par tranche de 1 000 $ de protection	0,012 $ par tranche de 1 000 $ de protection

Quand vous atteignez l'âge de 65 ans, NAV CANADA paiera 100 % de la prime pour la première tranche de 5 000 $ de protection. Le reste sera à votre charge.

Si, à votre départ de NAV CANADA, vous choisissez une rente différée

Vous pouvez maintenir votre assurance-vie de base même si vous ne touchez pas votre rente immédiatement après votre départ de NAV CANADA. Si vous différez votre rente et désirez maintenir votre assurance, vous devez envoyer une demande écrite au Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca dans les 30 jours suivant la date de votre cessation d'emploi. Vous devez également envoyer un chèque d'un montant égal aux primes de 12 mois, d'après le taux approprié indiqué au tableau suivant. Le taux de prime est en fonction de votre âge le 30e jour suivant la date de votre cessation d'emploi.

Taux annuel par tranche de 2 000 $ d'assurance					
Âge	**Taux**	**Âge**	**Taux**	**Âge**	**Taux**
21	8,56 $	37	14,59 $	53	27,34 $
22	8,83 $	38	15,13 $	54	28,53 $
23	9,11 $	39	15,69 $	55	29,80 $
24	9,40 $	40	16,29 $	56	31,14 $
25	9,70 $	41	16,91 $	57	32,58 $
26	10,01 $	42	17,56 $	58	34,12 $
27	10,34 $	43	18,25 $	59	35,80 $
28	10,69 $	44	18,97 $	60	37,65 $
29	11,05 $	45	19,72 $	61*	39,77 $
30	11,42 $	46	20,52 $	62*	42,02 $
31	11,81 $	47	21,35 $	63*	44,40 $
32	12,22 $	48	22,23 $	64*	46,92 $
33	12,65 $	49	23,14 $	65*	49,58 $
34	13,10 $	50	24,11 $	66*	52,38 $
35	13,58 $	51	25,13 $	67*	55,34 $
36	14,07 $	52	26,20 $	68*	58,45 $
				69*	61,73 $

*Les taux de prime tiennent compte de la réduction du montant d'assurance.

Une fois que votre rente différée devient payable, votre prime sera retenue à la source, selon les taux suivants, à moins qu'elle ne soit supérieure à votre rente. Les taux continuent d'être basés sur votre âge le 30e jour suivant la date de votre cessation d'emploi.

Taux annuel par tranche de 2 000 $ d'assurance					
Âge	**Taux**	**Âge**	**Taux**	**Âge**	**Taux**
21	0,73 $	37	1,24 $	53	2,32 $
22	0,75 $	38	1,29 $	54	2,42 $
23	0,77 $	39	1,34 $	55	2,53 $
24	0,79 $	40	1,39 $	56	2,65 $
25	0,82 $	41	1,44 $	57	2,77 $
26	0,85 $	42	1,49 $	58	2,90 $
27	0,88 $	43	1,55 $	59	3,04 $
28	0,91 $	44	1,61 $	60	3,20 $
29	0,94 $	45	1,67 $	61*	3,38 $
30	0,97 $	46	1,74 $	62*	3,57 $
31	1,00 $	47	1,81 $	63*	3,77 $
32	1,03 $	48	1,89 $	64*	3,98 $
33	1,07 $	49	1,97 $	65*	4,21 $
34	1,11 $	50	2,05 $	66*	4,45 $
35	1,15 $	51	2,14 $	67*	4,70 $
36	1,19 $	52	2,23 $	68*	4,97 $
				69*	5,25 $

*Les taux de prime tiennent compte de la réduction du montant d'assurance.

FOIRE AUX QUESTIONS

Comment dois-je acquitter ma part du coût?
Les primes sont retenues sur la rente de retraite.

Qu'arrive-t-il si le coût change?
Votre prime est rajustée à partir de la date d'entrée en vigueur du changement. Les changements des coûts, si nécessaires, seront communiqués aux membres à l'avance.

Médicaments sur ordonnance

CE QUI EST COUVERT

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables pour les médicaments sur ordonnance couverts, tant que les médicaments sont médicalement nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure et approuvés par la Financière Sun Life.

80 % du coût du médicament sur ordonnance d'origine seulement si un médicament générique équivalent n'existe pas.

85 % du coût du médicament sur ordonnance générique de substitution le moins cher si l'un d'eux est approuvé sur le marché, sauf si votre médecin remplit le formulaire d'exception médicale à soumettre à la Financière Sun Life si le médicament d'origine est médicalement nécessaire; la demande d'exception sera examinée par la Financière Sun Life et une décision sera communiquée par écrit pour le remboursement à 85 % du coût du médicament d'origine.

Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

Frais par ordonnance

10 $ Le régime charge des frais de 10 $ par ordonnance pour chaque numéro d'identification du médicament (DIN) indiqué sur un même reçu si les frais ne sont pas engagés à une pharmacie préférée (des frais de 4 $ par ordonnance s'appliquent au Québec, peu importe la pharmacie). Vous payez la différence.

Frais d'exécution par ordonnance

Max 5 Maximum de cinq frais d'exécution d'ordonnances par année pour les médicaments d'entretien (ayant le même DIN). Cette limite est connue sous le nom de « limite de fréquence des frais d'exécution d'ordonnance ». Elle équivaut à cinq remboursements par année d'avantages sociaux. Chaque groupe de médicaments d'entretien compte une limite de fréquence particulière, tout comme chaque employé(e) participant au régime. Par conséquent, si un(e) employé(e) fait remplir une ordonnance plus souvent que la limite à laquelle il (elle) a droit, tous les frais d'exécution d'ordonnance qui dépasseront cette limite ne seront pas admissibles aux fins de remboursement.

Programme d'autorisation préalable

Les médicaments spécialisés qui sont utilisés pour traiter des conditions de santé particulières et (ou) qui coûtent plus de 5 000 $ par personne, par année civile, devront faire l'objet d'une pré-approbation (« autorisation préalable »). Cela signifie que si votre médecin prescrit un tel médicament spécialisé pour vous ou votre personne à charge couverte, vous et votre médecin devez présenter des preuves qui appuient le besoin de ce médicament afin d'obtenir une couverture pour ce médicament en vertu du Régime de soins de santé. Si un participant au régime omet de soumettre une demande d'exception ou si la demande ne répond pas aux critères, la demande de remboursement sera refusée.

Pour déterminer si un médicament sur ordonnance nécessite une autorisation préalable, veuillez communiquer avec Cubic Health Inc., notre fournisseur tiers, par l'entremise du programme FACET pour une autorisation préalable. Les utilisateurs de ce service sont invités à lire la politique de confidentialité de Cubic Health Inc., à laquelle ils seront assujettis. Vos renseignements personnels et/ou vos renseignements médicaux seront recueillis directement par le fournisseur tiers. NAV CANADA ne recevra pas de FACET les renseignements personnels et/ou les renseignements médicaux des employés, sauf si un employé consent expressément à ce que des renseignements personnels et/ou des renseignements médicaux spécifiques soient fournis à la Société.

FRAIS ADMISSIBLES

Pour déterminer si un certain médicament est admissible au titre du régime :

1. Allez à http://www.masunlife.ca/navcanada.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Ma couverture.
4. Cliquez sur Couverture des frais de médicaments (sous Frais médicaux).

Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212 ou en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant », sur la page d'ouverture de session, à l'adresse http://www.masunlife.ca/navcanada.

Les médicaments ou les articles doivent être prescrits par un médecin (ou tout autre professionnel qualifié autorisé à prescrire ces médicaments aux termes de la loi provinciale applicable) et délivrés par un médecin ou un pharmacien autorisé.

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

Frais admissibles	Restrictions
Aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme	Pour les enfants de moins de six ans seulement.
Appareils d'administration de médicaments contre l'asthme	Doivent faire partie du produit.

Frais admissibles	Restrictions
Médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile	Frais maximums remboursables de 1 300 $[1] par personne couverte par année civile.
Médicaments sur ordonnance d'origine	Remboursé à 80 % s'il n'existe pas de médicament générique équivalent au médicament d'origine, sauf si un médecin remplit et soumet un formulaire d'exception de médicament aux fins d'examen et d'approbation. S'il est approuvé par la Financière Sun Life, le remboursement sera fixé à 85 % du coût du médicament d'origine.
Prescriptions composées	Quels que soient leurs ingrédients actifs.
Produits pour le traitement du diabète	• Les aiguilles hypodermiques, les seringues et les produits chimiques pour le diagnostic visant le traitement du diabète. • Comprend les aiguilles et les seringues au plus tôt 36 mois après la date d'achat d'un pistolet à injection d'insuline.
Médicaments injectables	Y compris les sérums antiallergiques administrés par injection.
Médicaments essentiels au maintien de la vie	Médicaments essentiels au maintien de la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance et qui figurent à la partie Guide thérapeutique de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques sous les rubriques suivantes : • agents antiangineux • agents antiparkinsoniens • bronchodilatateurs • agents antihyperlipidémiques • traitement de l'hyperthyroïdisme • agents parasympathomimétiques • traitement de la tuberculose • préparations anticholinergiques • agents antiarythmiques • traitement du glaucome • préparations d'insuline • inhibiteurs oraux de la fibrinolysine • traitement de recharge en potassium • agents topiques de débridement enzymatique
Médicaments sur ordonnance	Médicaments qui figurent à la partie « Monographies » de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques à titre de narcotiques, de médicaments contrôlés ou de médicaments sur ordonnance.
Substances thérapeutiques de remplacement	Substances thérapeutiques de remplacement prescrites par un médecin spécialiste certifié pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie autre qu'une allergie ou les maux liés à des soins de nature esthétique, à condition que le patient ne puisse absorber aucune autre substance pour assurer le maintien de sa vie.
Produits d'assistance pour cesser de fumer	• Nécessitent une ordonnance. • Ne sont pas offerts en vente libre.

Frais admissibles	Restrictions
	• Frais maximums remboursables de 1 000 $[1] à vie par personne couverte.
Médicaments spéciaux	Le Programme d'autorisation préalable pour les médicaments spéciaux porte sur un nombre restreint de médicaments et, comme son nom l'indique, ces médicaments ne sont couverts que s'il y a autorisation préalable. Pour que les médicaments spéciaux soient couverts, vous et votre médecin devez fournir des renseignements médicaux. Ces médicaments seront couverts si les renseignements fournis satisfont aux critères. S'ils ne répondent pas aux critères, votre demande de remboursement sera refusée. Veuillez communiquer avec Cubic Health Inc., notre fournisseur tiers, par l'entremise du programme FACET pour une autorisation préalable. Les utilisateurs de ce service sont invités à lire la politique de confidentialité de Cubic Health Inc., à laquelle ils seront assujettis.
Vitamines et minéraux	• Ne sont pas offerts en vente libre. • Sont prescrits pour le traitement d'une maladie chronique lorsque, conformément à la pratique habituelle de la médecine, le recours à ces produits a une valeur thérapeutique reconnue et qu'aucune autre possibilité ne s'offre au patient.
Médicaments pour la perte de poids	• Nécessitent une ordonnance. • Couverts (y compris les suppléments alimentaires ou vitaminiques injectables prescrits, s'ils sont pris conjointement avec un programme de médicaments pour la perte de poids) si la personne est considérée comme obèse, selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

[1]Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Demande de règlement en vertu du régime de NAV CANADA

Pour plus d'informations, visitez la section « Demande de règlement - Régime de soins de santé ».

Utilisation de la carte de paiement direct des médicaments

Si vous êtes un retraité qui participe au Régime de soins de santé, vous avez accès à une carte de paiement direct des médicaments. Cette carte peut être utilisée pour payer les frais associés à des médicaments sur ordonnance pour vous ou vos personnes à charge.

Si vous n'utilisez pas votre carte de paiement direct des médicaments, votre pharmacien pourrait exiger davantage que le taux de marge habituel (ces frais additionnels NE SONT PAS couverts au titre du Régime de soins de santé).

Si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par le Régime de soins de santé de NAV CANADA et que vous êtes inscrit comme personne à charge au titre du Régime de soins de santé de votre conjoint, vous n'aurez pas accès à votre propre carte de paiement direct des médicaments, puisque vous êtes une personne à charge au titre du régime de votre conjoint.

Achat en ligne

Si vous achetez des médicaments sur ordonnance par l'entremise d'une pharmacie préférée postale, vous ne devez pas faire de demande de règlement à la Financière Sun Life puisque cette pharmacie lui facturera directement les frais admissibles applicables à la charge du régime.

Format papier

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux.
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

Coordination des prestations avec la carte de paiement direct des médicaments

Si votre pharmacien est conscient que vous êtes couvert par un régime secondaire et qu'il est prêt à vous rendre service, il peut soumettre une demande au titre du régime secondaire en indiquant quelle somme vous a été allouée par le régime principal. Cette méthode pourrait entraîner le remboursement complet des coûts de vos médicaments.

Toutefois, dans un tel cas, votre conjoint et vous devez tous deux participer à un régime de la Financière Sun Life (et posséder tous deux une carte de paiement direct des médicaments). Sinon, votre conjoint doit avoir une carte de paiement direct des médicaments d'un fournisseur ayant recours à Express Scripts comme fournisseur de services de paiement direct.

Si votre conjoint ne participe pas à un régime de la Financière Sun Life et (ou) que celui-ci ne possède pas de carte de paiement direct des médicaments d'un fournisseur ayant recours à Express Scripts, vous ne serez pas en mesure d'utiliser votre carte de paiement direct des médicaments pour ces dépenses et devrez présenter une demande en format papier pour la coordination des prestations.

FOIRE AUX QUESTIONS

Médicaments d'origine et médicaments génériques

Le régime couvre-t-il les médicaments d'origine?

Oui, le régime couvre les médicaments d'origine. Veuillez prendre note des exceptions suivantes :

- si aucun médicament générique n'est approuvé sur le marché (la coassurance sera de 80 %),
- votre médecin remplit le formulaire d'exception médicale à soumettre à la Financière Sun Life si un médicament d'origine est médicalement nécessaire; la Financière Sun Life examinera la demande d'exception et une décision sera communiquée par écrit (la coassurance sera de 85 %).

Autrement, seulement 85 % du coût du médicament générique équivalent le moins cher sera remboursé.

Qu'est-ce qu'un médicament générique?

Un médicament générique est une copie d'un médicament d'origine produit par une compagnie pharmaceutique. Le médicament générique contient les mêmes ingrédients médicinaux que le médicament d'origine et est considéré comme étant le bioéquivalent du médicament d'origine. Il peut exister plusieurs médicaments génériques pour un même médicament d'origine.

Près de 45 % de toutes les ordonnances exécutées par les pharmacies utilisent des médicaments génériques, et certains hôpitaux les utilisent presque exclusivement. Il y a de bonnes chances que vous ayez déjà utilisé un médicament générique sans même que vous le sachiez.

Les médicaments génériques sont-ils sécuritaires?

Les médicaments génériques sont sécuritaires. Comme pour les médicaments d'origine, ils doivent respecter la réglementation rigoureuse établie par Santé Canada, ainsi que les dispositions de la Loi sur les aliments et les drogues et de la réglementation connexe.

Pourquoi l'apparence des médicaments génériques diffère-t-elle parfois des médicaments d'origine?

Chaque médicament contient deux types d'ingrédients : actifs et non actifs. Les médicaments génériques et les médicaments d'origine contiennent les mêmes ingrédients actifs, qui doivent répondre aux règlements stricts du gouvernement.

Cependant, les ingrédients non actifs peuvent être différents, de sorte que le médicament générique peut avoir une apparence ou un goût différent du médicament d'origine. Il reste cependant que l'effet du médicament générique est le même que celui du médicament d'origine, peu importe son apparence, sa taille, sa couleur et son goût.

Puis-je avoir la version générique de tous les médicaments sur ordonnance?

Ce ne sont pas tous les médicaments qui ont une version générique. De nombreux

médicaments sont protégés par des brevets qui ne sont pas encore arrivés à expiration. En attendant que le brevet protégeant un médicament soit expiré, la compagnie pharmaceutique qui détient le brevet est la seule qui peut le produire. Lorsque le brevet est expiré, d'autres compagnies peuvent commencer à fabriquer une version générique du médicament d'origine.

Comment puis-je savoir s'il existe une version générique de mon médicament sur ordonnance?
Les médecins et les pharmaciens sont les mieux placés pour choisir le médicament qui convient pour vous, mais ils ne connaissent pas toujours les médicaments pour lesquels il existe une version générique. Votre pharmacien est une excellente source d'information pour vous renseigner sur vos médicaments sur ordonnance qui peuvent être remplacés par un médicament générique équivalent.

Comment puis-je savoir si le médicament sur ordonnance prescrit par mon médecin est une version générique?
Votre médecin ou votre pharmacien peut confirmer si le médicament sur ordonnance est un médicament générique ou si un médicament générique équivalent existe sur le marché. Vous devriez indiquer à votre médecin que votre régime de soins de santé ne remboursera que le médicament générique équivalent à moins qu'il ne remplisse une demande d'exception en votre nom.

Quelle est la différence entre un médicament générique et un médicament d'origine?
Les normes de qualité pour les médicaments d'origine et les médicaments génériques sont les mêmes. Les ingrédients ainsi que les processus et les installations de production de tous les médicaments doivent se conformer aux directives fédérales sur les bonnes pratiques de fabrication. De plus, tous les fabricants de médicaments doivent soumettre leurs produits à une série de tests durant et après la production afin de démontrer que chaque lot de médicaments fabriqués répond aux exigences établies pour celui-ci.

Le médicament générique doit contenir la même quantité d'ingrédients médicinaux que le médicament d'origine. Cependant, les ingrédients non médicinaux, tels que les agents de remplissage qui colorent le médicament, peuvent différer de ceux qui sont utilisés dans le médicament d'origine. Le fabricant du médicament générique doit fournir des études démontrant que les ingrédients non médicinaux différents n'ont pas altéré la qualité, la sécurité ou l'efficacité du médicament générique.

Afin de prouver que leurs produits sont sécuritaires et efficaces, les fabricants de médicaments génériques doivent démontrer que le médicament générique fonctionne de la même façon que le médicament d'origine.

Pourquoi les médicaments d'origine sont-ils beaucoup plus chers que leurs équivalents génériques?
Les médicaments d'origine exigent un investissement de temps et d'argent plus grand pour les travaux de recherche initiaux. De plus, plusieurs médicaments font l'objet de vastes campagnes de marketing auprès des consommateurs, ce qui ajoute à leurs coûts. Ces coûts sont inclus dans le prix total du médicament vendu au consommateur. En revanche, les médicaments

génériques exigent un investissement de temps et d'argent moins grand pour la recherche, de sorte que leur coût pour le consommateur est en moyenne de 30 à 40 % moins élevé.

Carte de paiement direct des médicaments

Comment puis-je obtenir une carte de paiement direct des médicaments?
Votre inscription sur le site Web des services aux participants de la Financière Sun Life est la première étape du processus qui vous permettra d'obtenir un code d'accès et un mot de passe pour accéder à votre profil et à votre carte de paiement direct des médicaments.

Comment puis-je imprimer ma carte de paiement direct des médicaments?
Vous pouvez visiter le site Web de la Financière Sun Life à l'adresse www.masunlife.ca/navcanada et entrer votre code d'accès et votre mot de passe.

Une fois que vous aurez accédé au site Web, vous verrez la liste déroulante « Je veux voir » au centre de la page. Cliquez sur « Imprimer une carte-médicaments ».

L'image de la carte de paiement direct des médicaments apparaîtra à l'écran. Imprimez-en le nombre de copies que vous désirez.

Devrai-je débourser des frais lorsque j'utiliserai la carte de paiement direct des médicaments?
Lorsque vous présenterez votre carte de paiement direct à votre pharmacien, vous devrez payer ce qui suit :

- les frais d'exécution d'ordonnance, si le médicament n'est pas acheté auprès de l'une des pharmacies préférées (des frais de 4 $ par ordonnance s'appliquent au Québec, peu importe la pharmacie);
- un total de 15 % ou de 20 % des frais de coassurance qui s'appliquent à votre régime;
- tout montant d'un médicament excédant le prix du médicament générique équivalent le moins cher, à moins qu'une demande d'exception n'ait été approuvée par la Financière Sun Life;
- les coûts des médicaments dépassant la limite annuelle admissible;
- les coûts des médicaments non admissibles; et (ou)
- les coûts des médicaments de vos personnes à charge, selon les règles de coordination des prestations.

Comment dois-je utiliser ma carte de paiement direct des médicaments si je suis couvert par un autre régime?

Si votre pharmacien est conscient que vous êtes couvert par un autre régime et qu'il est prêt à vous rendre service, il peut soumettre une demande au titre du régime secondaire en indiquant quelle somme vous a été allouée par le régime principal. Cette méthode pourrait entraîner le remboursement complet des coûts de vos médicaments.

Toutefois, dans un tel cas, votre conjoint et vous devez tous deux participer à un régime de la Financière Sun Life (et posséder tous deux une carte de paiement direct des médicaments).

Sinon, votre conjoint doit avoir une carte de paiement direct des médicaments d'un fournisseur ayant recours à Express Scripts comme fournisseur de services de paiement direct.

Si votre conjoint ne participe pas à un régime de la Financière Sun Life et (ou) que celui-ci ne possède pas de carte de paiement direct des médicaments d'un fournisseur ayant recours à Express Scripts, vous ne serez pas en mesure d'utiliser votre carte de paiement direct des médicaments pour ces dépenses et devrez présenter une demande en format papier pour la coordination des prestations.

Comment puis-je me servir de ma carte de paiement direct des médicaments à l'étranger?
La carte de paiement direct des médicaments peut seulement être utilisée au Canada. Si vous êtes à l'étranger, vous devez payer les frais et soumettre une demande de règlement en format papier à la Financière Sun Life.

Pourquoi le pharmacien n'accepte-t-il pas la carte de paiement direct des médicaments pour les dépenses de mes personnes à charge?
Il existe quelques raisons pour lesquelles la carte peut être refusée au comptoir du pharmacien :

- vous n'avez pas de couverture familiale dans le cadre du Régime de soins de santé de NAV CANADA (vous devez présenter une demande d'adhésion au régime familial et inscrire vos personnes à charge avant de faire une demande de règlement avec la carte de paiement direct des médicaments);
- votre personne à charge n'est pas inscrite dans le système; ou
- votre conjoint ne possède pas de carte de paiement direct des médicaments dans le cadre de son régime de soins de santé ou Express Scripts n'est pas son fournisseur de carte de paiement direct des médicaments.

Dans le cas des raisons no 3, vous devez payer les dépenses et soumettre une demande de règlement en format papier à la Financière Sun Life.

Comment puis-je obtenir une carte qui indique les renseignements sur mes personnes à charge?
La carte de paiement direct des médicaments n'est pas personnalisée pour chaque membre couvert au titre de votre régime. En tant que détenteur de la carte, ce sont vos renseignements qui figurent sur celle-ci et les informations sur vos personnes à charge sont liées à votre dossier.

Mon nom ne figure pas sur la carte de paiement direct des médicaments. Puis-je tout de même la présenter ou le titulaire de la carte doit-il être présent?
Si vous êtes une personne à charge inscrite de la personne dont le nom figure sur la carte, vous pouvez utiliser la carte sans que le titulaire de celle-ci ne soit présent. Vous devrez aviser le pharmacien de votre lien de parenté avec le titulaire de la carte et lui indiquer votre date de naissance. Le pharmacien comparera les renseignements fournis à ceux compris dans le dossier de Express Scripts et traitera la demande en conséquence.

Pharmacie postale

Puis-je utiliser les services d'une pharmacie postale et avoir droit à un remboursement?
Un programme de pharmacie postale est offert à tous les participants au Régime de soins de santé résidant au Canada par l'entremise de notre pharmacie préférée postale.

Comment cela fonctionne :

- Notre pharmacie préférée postale facturera la Financière Sun Life directement pour vos médicaments sur ordonnance admissibles.
- Vous n'aurez qu'à payer :
  - 15 % ou 20 % des frais de coassurance qui s'appliquent;
  - tout montant d'un médicament excédant le prix du médicament générique équivalent le moins cher, à moins qu'une demande d'exception n'ait été approuvée par la Financière Sun Life;
  - les coûts des médicaments dépassant la limite annuelle admissible; et (ou)
  - le coût des articles non admissibles (comme les articles pharmaceutiques courants) que vous choisissez d'acheter.

Vous pourrez vous faire rembourser la partie non couverte des frais au titre d'un autre régime pour la coordination des prestations.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le réseau de pharmacies préférées, veuillez communiquer avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou le 1-888-774-4732, option 2.

Frais par ordonnance

En quoi les frais par ordonnance me concernent-ils?
Si vous n'achetez pas votre médicament sur ordonnance à l'une des pharmacies préférées, la Financière Sun Life déduit du montant des dépenses admissibles que vous déclarez des frais par ordonnance pour chaque numéro d'identification du médicament (DIN) indiqué sur le reçu une fois que la coassurance a été appliquée. Des frais de 4 $ par ordonnance s'appliquent au Québec, peu importe la pharmacie.

Médicaments sur ordonnance

J'essaie d'arrêter de fumer. Le régime peut-il m'aider?
Oui, dans le cas des produits d'assistance pour cesser de fumer qui nécessitent une ordonnance et ne sont pas offerts en vente libre, sous réserve de frais maximums remboursables de 1 000 $ à vie.

Le régime couvre-t-il Viagra?
Oui, le régime couvre les réclamations de médicaments sur ordonnance pour traiter la dysfonction érectile sous réserve de frais maximums remboursables de 1 300 $ par personne couverte par année civile.

Le régime couvre-t-il les médicaments expérimentaux?

Les produits ou traitements expérimentaux ne sont jamais remboursables, sauf si la Financière Sun Life estime qu'une preuve substantielle de leur sécurité ou de leur efficacité existe (au moyen d'examens cliniques objectifs) pour l'usage recommandé et les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés. Certains médicaments essentiels au maintien de la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance sont couverts s'ils sont prescrits par un médecin.

Le régime permet-il de se procurer une provision illimitée de médicaments thérapeutiques ou d'entretien?
Bien qu'il n'y ait pas de plafonds pour les médicaments, vous pouvez seulement obtenir un remboursement pour les médicaments qu'il est raisonnable d'utiliser ou de consommer dans les trois mois suivant l'achat. Le régime rembourse uniquement une provision de médicaments pour un maximum de 100 jours à la fois.

Le régime couvre-t-il les fournitures pour diabétiques?
Oui, y compris les aiguilles hypodermiques, les seringues et les produits chimiques pour diagnostic. Cependant, si vous achetez un pistolet à injection d'insuline, vous ne pouvez pas demander le remboursement d'aiguilles ni de seringues au cours des 36 mois suivants.

Le régime couvre-t-il les contraceptifs?
Oui, les contraceptifs oraux ou non oraux prescrits par un médecin et délivrés par un pharmacien autorisé peuvent être remboursés.

Les médicaments injectables sont-ils couverts?
Oui, y compris les sérums antiallergiques administrés par injection.

Où puis-je obtenir une liste des médicaments sur ordonnance qui nécessitent une autorisation préalable?
Veuillez communiquer avec Cubic Health Inc., notre fournisseur tiers, par l'entremise du programme FACET pour une autorisation préalable. Les utilisateurs de ce service sont invités à lire la politique de confidentialité de Cubic Health Inc., à laquelle ils seront assujettis.

Comment puis-je présenter une demande de règlement pour les médicaments pour la perte de poids?
Les frais d'ordonnance des médicaments pour la perte de poids (y compris les suppléments alimentaires ou vitaminiques injectables prescrits par un médecin et pris conjointement avec un programme de médicaments pour la perte de poids) seront considérés comme des frais admissibles seulement si la personne couverte est obèse aux termes de la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Réseau de pharmacies préférées

CE QUI EST COUVERT

NAV CANADA s'engage à fournir à ses employés suffisamment d'informations pour leur permettre de dépenser l'argent de leur régime d'avantages sociaux de la façon la plus rentable possible. C'est pourquoi la Société a établi un réseau de pharmacies préférées, afin de les aider à économiser sur les coûts de leurs médicaments sur ordonnance.

La participation à ce programme est volontaire et vous permet d'épargner de l'argent tout en accédant à des services pharmaceutiques complets qui comprennent les avantages suivants :

- élimination des frais de 10 $ par ordonnance;
- commodité et valeur ajoutée offertes aux participants du régime.

En raison de la réglementation provinciale, il n'est pas autorisé d'inclure les pharmacies du Québec dans le réseau. Des frais de 4 $ par ordonnance continueront de s'appliquer à tous les médicaments sur ordonnance achetés au Québec.

Des frais de 10 $ continueront de s'appliquer à tous les médicaments sur ordonnance achetés à l'extérieur du réseau de pharmacies préférées.

FONCTIONNEMENT

1. Sélectionnez la pharmacie du réseau de pharmacies préférées la plus près de chez vous ou celle qui répond le mieux à vos besoins.
2. Donnez votre nouvelle prescription au pharmacien ou transférez une prescription déjà existante.
3. Présentez les renseignements de votre carte de paiement direct des médicaments à votre pharmacien.
4. Profitez de dépenses moins élevées sur-le-champ.

Sélectionnez votre province dans la liste ci-dessous pour trouver une pharmacie préférée dans cette province. Cliquez sur le site du fournisseur pour trouver la pharmacie la plus près de chez vous au moyen du lien « Emplacements » ou « Magasins » et de la fonction de filtre « Pharmacie ».

Province / territoire	Pharmacie
Québec	Le Code de déontologie de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) comprend un certain nombre de dispositions interdisant les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments (assureurs, fournisseurs de cartes-médicaments) ou les promoteurs de régime de réduire les prix (ou d'offrir un autre partage des bénéfices quelconque) en échange

Province / territoire	Pharmacie
	d'incitatif visant à encourager les membres du régime à utiliser une pharmacie préférée.
Alberta Colombie-Britannique Manitoba Terre-Neuve-et-Labrador Nouvelle-Écosse Saskatchewan	**En magasin :** Costco Pharmacy • Il n'est pas nécessaire d'être membre du magasin pour se procurer des médicaments sur ordonnance à la pharmacie. • Recevez une carte Comptant d'une valeur de 10 $ de Costco lorsque vous adhérez comme nouveau membre Privilège ou Exécutif. Walmart Pharmacy • Bénéficiez de 10 % de rabais sur les lunettes, les lentilles et les verres de contact d'ordonnance achetés à un centre de l'optique de la chaîne Walmart. Le rabais ne s'applique pas aux examens de la vue. **Par la poste :** Rexall Direct • Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct.
Nouveau-Brunswick Ontario	**En magasin et par la poste :** Costco Pharmacy • Il n'est pas nécessaire d'être membre du magasin pour se procurer des médicaments sur ordonnance à la pharmacie. • Recevez une carte Comptant d'une valeur de 10 $ de Costco lorsque vous adhérez comme nouveau membre Privilège ou Exécutif. Walmart Pharmacy • Bénéficiez de 10 % de rabais sur les lunettes, les lentilles et les verres de contact d'ordonnance achetés à un centre de l'optique de la chaîne Walmart. Le rabais ne s'applique pas aux examens de la vue. **Par la poste :** Rexall Direct • Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct.

Province / territoire	Pharmacie
Territoires du Nord-Ouest Île-du-Prince-Édouard Yukon	En magasin : Walmart Pharmacy • Bénéficiez de 10 % de rabais sur les lunettes, les lentilles et les verres de contact d'ordonnance achetés à un centre de l'optique de la chaîne Walmart. Le rabais ne s'applique pas aux examens de la vue. Par la poste : Rexall Direct • Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct.
Nunavut	**Par la poste :** Rexall Direct • Recevez une carte-rabais de Rexall une fois que vous avez répondu à un sondage après votre inscription au service de livraison à domicile de Rexall Direct sur le site Web de Rexall Direct.

FOIRE AUX QUESTIONS

Dois-je passer par une pharmacie du Réseau de pharmacies préférées (RPP)?
Non. L'utilisation d'une pharmacie du Réseau de pharmacies préférées est facultative, mais cela vous offre de nombreux avantages, notamment une réduction des coûts à votre charge. Notez également que le régime déduira de votre remboursement les frais par ordonnance de 10 $ si vos médicaments n'ont pas été achetés auprès de l'une des pharmacies préférées. Des frais de 4 $ par ordonnance s'appliquent au Québec, peu importe la pharmacie.

Comment puis-je trouver une pharmacie participante?
Allez à la section « Fonctionnement » et sélectionnez votre province dans la liste. Les pharmacies participantes et leurs sites Web y sont affichés.

Pourquoi le Réseau de pharmacies préférées (RPP) n'existe-t-il pas au Québec?
Le Code de déontologie de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) comprend un certain nombre de dispositions interdisant les gestionnaires de régimes d'assurance-médicaments (assureurs, fournisseurs de cartes-médicaments) ou les promoteurs de régime de réduire les prix (ou d'offrir un autre partage des bénéfices quelconque) en

échange d'incitatifs visant à encourager les membres du régime à utiliser une pharmacie préférée.

Dois-je fournir les renseignements de ma carte de paiement direct des médicaments à la pharmacie préférée pour pouvoir profiter des tarifs préférentiels et de l'exemption des frais par ordonnance?

Oui. Pour profiter de l'exemption des frais par ordonnance et des tarifs préférentiels, vous devez fournir les renseignements de votre carte de paiement direct des médicaments au pharmacien au point de vente, à défaut de quoi vous ne pourrez pas bénéficier de l'entente sur les tarifs préférentiels.

Voyages

CE QUI EST COUVERT

En cas d'urgence à l'intérieur ou à l'extérieur de la province, communiquez avec Global Excel Management (GEM) :

Au Canada ou aux États-Unis : 1-800-511-4610

À partir d'un autre endroit : 1-519-514-0351

Voyages personnels

100 %

Le Régime de soins de santé rembourse la totalité des frais habituels et raisonnables engagés pour des soins médicaux d'urgence :

- à l'extérieur de votre province de résidence;
- excédant le montant remboursable par votre régime d'assurance-maladie provincial, sous réserve des frais maximums remboursables de 500 000 $ par personne couverte.

Les frais engagés doivent porter sur des services :

- prescrits par un médecin et médicalement nécessaires;
- reçus dans les 90 jours suivant votre départ de la maison ou en tout temps si vous êtes en service commandé (si le traitement se prolonge au-delà de 90 jours, les frais connexes sont couverts);
- reçus par suite d'une urgence;
- payables en partie par le régime provincial.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles comprennent ce qui suit :

- séjour en salle commune et les services hospitaliers complémentaires reçus dans un hôpital général;
- services d'un médecin;
- soins reçus à l'hôpital à titre de patient externe;
- transport aller seulement en classe économique, pour le patient et le spécialiste de la santé qui l'accompagne, afin qu'il puisse revenir dans la province de résidence, lorsque médicalement nécessaire;
- évacuation médicale par ambulance lorsque les soins appropriés, de l'avis de la Financière Sun Life, ne sont pas disponibles dans la région où l'urgence s'est produite;

- assistance familiale, sous réserve de certaines limites :
    - maximum combiné payable pour tous les avantages d'assistance familiale - 2 500 $ par urgence en voyage
    - transport retour pour les enfants à charge couverts de moins de 16 ans qui sont laissés sans surveillance parce que l'employé(e) ou la conjoint(e) couvert(e) de l'employé(e) est hospitalisé(e). Au besoin, une escorte sera fournie pour accompagner l'enfant à charge. Le maximum payable représente le coût du tarif en classe économique.
    - maximum combiné payable - 2 500 $ par urgence en voyage
    - visite par un proche d'un membre de la famille qui est hospitalisé depuis plus de sept jours et qui voyage seul. La couverture comprend le coût du tarif en classe économique, ainsi que les repas est l'hébergement jusqu'à concurrence de 150 $ par jour pour un(e) conjoint(e), un parent, un enfant, un frère ou une sœur. Cet avantage couvre aussi les dépenses engagées s'il est nécessaire d'identifier un membre de la famille décédé afin que le corps puisse être remis à la famille.
    - repas et hébergement si le voyage d'un(e) employé(e) ou d'un(e) personne à charge couverte est prolongé en raison de l'hospitalisation d'un membre de la famille. Les dépenses supplémentaires d'hébergement et de repas engagées par les membres de la famille accompagnateurs sont couvertes jusqu'à concurrence de 150 $ par jour.
- transport à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de donner les soins appropriés, ou retour au Canada;
- recommandation d'un médecin, consultation et suivi;
- recommandation d'un avocat;
- service d'interprétation téléphonique;
- service de messagerie où les messages sont conservés pendant 15 jours pour les membres de la famille et les associés d'affaires;
- paiement anticipé des frais hospitaliers et médicaux;
- retour de la dépouille en cas de décès, jusqu'à un maximum de 3 000 $.

Si un traitement ou un service n'est pas offert dans la province du patient et que ce dernier est dirigé vers un hôpital dans une autre province sur recommandation écrite du médecin dans sa province de résidence, le régime paie 100 % des frais habituels et raisonnables pour les mêmes services, jusqu'à concurrence de 25 000 $ par maladie.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Global Excel Management (GEM) s'occupera de coordonner les paiements du régime provincial d'assurance-maladie et de la Financière Sun Life pour les titulaires de la garantie complémentaire. Vous n'avez pas à présenter une demande de règlement à moins que vous ne vouliez que les prestations soient coordonnées en vertu d'un autre régime.

Si vous ne communiquez pas avec Global Excel Management (GEM) :

1. Obtenez les reçus détaillés.
2. Soumettez les frais à votre régime provincial d'assurance-maladie dans les 14 jours suivant votre retour au Canada.
3. Une fois le remboursement obtenu, envoyez à la Financière Sun Life :
    - un formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux;
    - le double des reçus (ou des photocopies);
    - le relevé de paiement provincial.

Ne tardez pas à envoyer votre demande parce que les régimes provinciaux sont très stricts sur les délais. Si votre demande est présentée trop tard, elle risque de ne pas être payée par la province ou la Financière Sun Life.

CONSEILS

- Pour obtenir des renseignements détaillés sur la santé et les voyages, visitez le www.santevoyage.gc.ca, un site Web de Santé Canada qui fournit :
    - des renseignements à jour sur les éclosions de maladie à l'échelle internationale;
    - des recommandations sur l'immunisation des voyageurs;
    - des conseils généraux sur la santé à l'intention des voyageurs internationaux;
    - des lignes directrices pour la prévention et le traitement de maladies particulières.
- Si vous prévoyez voyager hors des sentiers battus, vous devez prendre des précautions additionnelles en matière de santé. Consultez un professionnel de la santé au moins six semaines avant votre voyage, puisque certains vaccins ne peuvent pas être donnés en même temps.
- Passez en revue la protection offerte par NAV CANADA et déterminez si vous avez besoin d'une assurance additionnelle.
- Veuillez apporter avec vous votre carte d'avantages sociaux comme preuve d'assurance.
- Sachez comment joindre Global Excel Management (GEM) en cas d'urgence médicale et assurez-vous que votre (vos) compagnon(s) de voyage, votre agent de voyage et quelqu'un à la maison connaît la procédure à suivre.
- Assurez-vous de connaître les risques en matière de santé propres à votre destination. Ayez avec vous des fournitures de premiers soins.
- Gardez vos médicaments sur ordonnance dans leur contenant d'origine et ayez avec vous une ordonnance du médecin pour tout médicament contrôlé.
- Ne laissez pas vos médicaments sur ordonnance dans vos bagages enregistrés au cas où ceux-ci seraient perdus.
- Ayez avec vous un certificat médical pour vos seringues, si vous en avez besoin à des fins médicales.

- Assurez-vous d'avoir tous les visas appropriés. Faites des photocopies de vos visas et conservez-les à un autre endroit que les originaux.
- Photocopiez la page d'identification de votre passeport. Ne gardez pas la copie avec votre passeport et laissez une autre copie à quelqu'un à la maison.
- Pour obtenir des comptes-rendus de voyage sur différents pays, consultez le site Affaires étrangères à l'adresse http://www.voyage.gc.ca/consular_home-fr.asp et prenez connaissance des conseils applicables à votre destination.
- Voyage à Cuba : Vous devez présenter une preuve d'assurance-voyage à votre arrivée à Cuba. Cliquez ici pour accéder à la lettre.
- Certains hôpitaux en Californie, en Floride, en Arizona et au Nevada exigent maintenant un dépôt auprès des patients canadiens, peu importe s'ils facturent le patient ou la compagnie d'assurance directement. Lorsque c'est possible, communiquez avec Global Excel Management (GEM) avant d'engager des frais.

Professionnels de la santé

CE QUI EST COUVERT

80 %

Le Régime de soins de santé couvre les frais habituels et raisonnables engagés pour les services ci-dessous à condition :

- qu'ils soient médicalement nécessaires pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure;
- qu'ils relèvent du domaine de compétence de ce praticien;
- qu'ils requièrent les compétences et les qualités du praticien;
- qu'ils soient fournis par un praticien attitré, enregistré ou certifié par l'autorité provinciale appropriée ou par une organisation professionnelle.

Vous payez la différence.

Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

FRAIS ADMISSIBLES

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

Frais admissibles	Frais maximums remboursables
Acupuncteur Chiropodiste/podiatre Naturopathe Ostéopathe Massothérapeute autorisé	300 $[1] par personne couverte par année civile.
Chiropraticien	500 $[1] par personne couverte par année civile.
Électrolyste	• Par un électrolyste ou un médecin. • Limitée au traitement pour épiler les parties exposées du visage ou du cou (lorsque le patient souffre d'un traumatisme émotif grave à cause de cet état). • 20 $ par visite. • Ordonnance d'un psychiatre ou d'un psychologue exigée tous les 12 mois.
Physiothérapeute	• Pas de limite. • Ordonnance du médecin exigée tous les 12 mois.
Psychologue	• 1 000 $[1] par personne couverte par année civile.
Orthophoniste	• $500 $[1] par personne couverte par année civile. • Ordonnance du médecin exigée tous les 12 mois.

[1]Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

FOIRE AUX QUESTIONS

Le régime couvre-t-il les frais d'analyse de laboratoire ou de radiographies?
Oui, c'est-à-dire :

- les tests réalisés dans un laboratoire commercial pour le diagnostic d'une maladie, à l'exclusion des tests effectués au bureau du médecin ou à la pharmacie;
- les radiographies demandées par un médecin, un chiropraticien, un ostéopathe ou un chiropodiste/podiatre.

Le régime ne couvre pas le coût des tests ou radiographies effectués dans un laboratoire privé.

Soins de la vue

CE QUI EST COUVERT

80 %

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables pour les dépenses admissibles.

Vous payez la différence.

Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

FRAIS ADMISSIBLES

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

Frais admissibles	Restrictions
Yeux artificiels et leur remplacement	Y compris le remplacement d'œil existant, sous réserve d'un délai de : • 60 mois après le dernier achat pour les personnes couvertes de plus de 21 ans; ou • 12 mois après le dernier achat pour le conjoint ou l'enfant de 21 ans ou moins.
Examens de la vue	Par un optométriste attitré. Un examen par personne couverte par période de deux années civiles.
Lunettes et verres de contact nécessaires à la correction de la vue et achetés sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste, y compris leur réparation	Frais maximums remboursables de 225 $[1] par période de deux années civiles.
Lunettes ou verres de contact (achat initial) nécessaires à la suite d'une chirurgie ou d'un accident	L'achat doit avoir lieu dans les six mois après la chirurgie ou l'accident, ou dès que raisonnablement possible, de l'avis de la Financière Sun Life.
Chirurgie oculaire au laser	Les frais peuvent être remboursés à titre de frais de soins de la vue et sont inclus dans les frais maximums remboursables de 225 $[1] pour les lunettes et les verres de contact par période de deux années civiles jusqu'à ce que la prestation maximale ait été versée (au titre du Régime de soins de santé ordinaire).

[1] Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Lunettes, verres de contact et examens de la vue

Vous pouvez présenter votre demande de règlement en format électronique ou papier.

Chirurgie oculaire au laser et yeux artificiels, ainsi que leur remplacement

Vous pouvez présenter votre demande de règlement en format papier seulement.

Vous pouvez continuer de demander le remboursement des frais de chirurgie au laser en vertu du Régime de soins de santé jusqu'à ce que le solde soit payé, à condition que la personne pour laquelle la demande est présentée soit toujours assurée en vertu du régime.

Au début de la période de deux années civiles suivante, présentez un nouveau formulaire Demande de règlement Garantie Frais médicaux avec une copie du reçu original et du document Détail des prestations de la Financière Sun Life.

FOIRE AUX QUESTIONS

Le régime couvre-t-il les lunettes de soleil?
Oui, si elles comportent des verres de prescription.

Comment fonctionne le processus de demandes de règlement aux deux ans?
Si vous obtenez un remboursement de 225 $ pour l'achat de lunettes, de verres de contact ou une chirurgie au laser au cours d'une période de deux années qui s'étend du 1er janvier 20121 au 31 décembre 2022, vous ne pouvez pas présenter une nouvelle demande avant le début de la nouvelle période de deux ans (du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024).

Dans le cas de la chirurgie oculaire au laser, si la personne est toujours couverte par le régime, vous pouvez à nouveau présenter les frais toutes les deux années civiles, jusqu'à ce que le coût total de la chirurgie ait été remboursé.

Hôpital et ambulance

CE QUI EST COUVERT

Hôpital

100%

Le Régime de soins de santé paie les frais habituels et raisonnables engagés pour une hospitalisation en chambre à deux lits.

Si vous choisissez une chambre à un lit, vous devez payer la différence entre le tarif pour une chambre à deux lits et celui pour une chambre à un lit. Le régime paie uniquement les frais de séjour à l'hôpital en chambre à deux lits.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

Ambulance

80 %

Le Régime de soins de santé paie les frais habituels et raisonnables pour le service d'ambulance terrestre ou aérienne, à la condition que :

- le service ait été prescrit par un médecin et soit médicalement nécessaire;
- le fournisseur soit autorisé.

Vous payez la différence.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Hôpital

Si vous, votre conjoint ou l'un de vos enfants êtes hospitalisé, remettez votre carte d'avantages sociaux au préposé à l'admission de l'hôpital.

Généralement, les hôpitaux facturent directement le régime. Si votre hôpital ne procède pas ainsi, envoyez un formulaire de demande de règlement Garantie Frais médicaux dûment rempli avec la facture de l'hôpital à la Financière Sun Life. Si c'est l'hôpital qui lui fait parvenir la demande, la Financière Sun Life paiera directement; sinon, elle vous remboursera les frais admissibles d'hospitalisation en chambre à deux lits.

Ambulance

Vous pouvez présenter votre demande de règlement en format papier seulement.

FOIRE AUX QUESTIONS

Puis-je obtenir un remboursement plus élevé du régime?
Non, il n'est pas possible de payer davantage pour bénéficier d'une protection plus élevée. Si vous choisissez d'être hospitalisé en chambre à un lit, vous devez payer la différence entre le tarif pour une chambre à deux lits et celui pour une chambre à un lit.

Le régime couvre-t-il d'autres types de services hospitaliers?
Habituellement, au Canada, les frais hospitaliers sont couverts par votre régime d'assurance-maladie provincial.

Le régime couvre-t-il le coût d'un accompagnement par un employé médical certifié?
Oui, si cela est nécessaire sur le plan médical.

Prothèses auditives

CE QUI EST COUVERT

Prothèses auditives régulières

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables engagés pour des prothèses auditives prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, y compris leurs réparations, mais à l'exclusion des piles.

100%

Les frais maximums remboursables ont été fixés à 1 000 $ par personne couverte par période de 60 mois.

Pour être admissible :

- la prestation maximale payable par le régime provincial pour le service ou le produit doit avoir été versée;
- le service ou le produit doit avoir été prescrit par un médecin et être médicalement nécessaire.

Vous payez la différence.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

Prothèses auditives à la suite d'une chirurgie ou d'un accident

Le régime couvre les frais engagés pour l'achat initial de prothèses auditives nécessaires à la suite d'une chirurgie ou d'un accident lorsque l'achat est effectué dans les six mois après la chirurgie ou cet accident, ou dès que raisonnablement possible, de l'avis de la Financière Sun Life.

80 %

Aucuns frais maximums remboursables.

Pour être admissible :

- la prestation maximale payable par le régime provincial pour le service ou le produit doit avoir été versée;
- le service ou le produit doit avoir été prescrit par un médecin et être médicalement nécessaire.

Vous payez la différence.

Veuillez lire les exclusions applicables à cette protection.

Fournitures et services médicaux

CE QUI EST COUVERT

80 %

Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables engagés pour des services ou des produits couverts, à la condition que :

- la prestation maximale payable par un régime provincial pour le service ou le produit ait été versée;
- le service ou le produit ait été prescrit par un médecin et soit médicalement nécessaire.

Vous payez la différence.

Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

FRAIS ADMISSIBLES

Veuillez lire les restrictions et les exclusions applicables à cette protection :

Frais admissibles	Restrictions
Membres artificiels, temporaires et permanents (pour remplacer les temporaires)	Y compris le remplacement de prothèses existantes, sous réserve d'un délai de : • 60 mois après le dernier achat pour les patients de plus de 21 ans; ou • 12 mois après le dernier achat pour le conjoint ou l'enfant de 21 ans ou moins Tout remplacement anticipé peut être autorisé s'il est prouvé médicalement que la croissance ou la perte des tissus environnants nécessite un remplacement.
Bandages et pansements chirurgicaux	Nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère.
Glucomètres	Glucomètres pour les diabétiques insulino-dépendants ou pour les diabétiques aveugles au sens de la loi ou daltoniens qui ne sont pas insulino-dépendants. Y compris la réparation ou le remplacement, sous réserve d'un délai de 60 mois après la date d'achat du glucomètre.

Frais admissibles	Restrictions
Supports orthopédiques de métal ou de plastique rigide	Excluant les appareils d'orthodontie et les articles pour usage athlétique essentiellement.
Prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une mastectomie	Y compris un remplacement de chaque prothèse au cours de toute période de 24 mois.
Produits de colostomie, d'iliostomie et de trachéotomie, cathéters et poches de drainage pour les patients incontinents, paraplégiques ou quadriplégiques	Sans objet.
Dentiste/chirurgien dentiste	Le Régime de soins de santé rembourse les frais habituels et raisonnables engagés à raison de 80 % pour les services d'un dentiste/chirurgien dentiste (ainsi que les frais d'attelles et d'arcs dentaires) lorsqu'ils sont nécessaires pour le traitement d'une fracture à la mâchoire ou d'une blessure accidentelle aux dents naturelles causée par un coup externe, violent et accidentel. Les accidents associés à des gestes habituels comme de se nettoyer les dents, de mastiquer ou de manger ne sont pas couverts. Le traitement doit être donné dans les 12 mois après l'accident (pour les enfants âgés de moins de 17 ans, le traitement doit être donné avant que l'enfant n'atteigne 18 ans).
Accessoires durables fabriqués spécialement pour un usage médical, nécessaires pour un usage thérapeutique provisoire à la résidence privée du patient – location ou achat au choix de la Financière Sun Life – y compris les déambulateurs, les lits d'hôpital, les moniteurs d'apnée et les systèmes d'alarme pour patients énurétiques	Le remboursement est limité au coût de l'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient ait besoin d'un équipement motorisé.
Bas de contention et vêtements de contention pour les victimes de brûlures	Fabriqués sur mesure ou ayant une compression minimale de 30 millimètres.
Pistolets à injection d'insuline pour les diabétiques insulino-dépendants	Frais maximums remboursables de 760 $[1] par personne couverte tous les 36 mois.
Pompes à insuline et accessoires complémentaires pour les diabétiques insulino-dépendants, y compris la réparation ou le remplacement au moins 60 mois après la date de l'achat	Remboursés uniquement s'ils sont prescrits par un médecin rattaché à un centre reconnu de traitement du diabète d'un établissement universitaire.
Soutiens-gorge orthopédiques	Frais maximums remboursables de 100 $[1] par personne couverte par année civile.

Frais admissibles	Restrictions
Chaussures orthopédiques qui font partie intégrante d'un appareil orthopédique ou qui sont spécialement fabriquées pour la personne, y compris la modification desdites chaussures, à condition que les chaussures et les modifications aient été prescrites par un médecin, un chiropodiste ou un podiatre	Frais maximums remboursables par personne couverte par année civile : • le total des frais moins le coût moyen des chaussures ordinaires déterminé par la Financière Sun Life; ou • 150 $ si cette somme est moindre.
Orthèses	Frais maximums remboursables de 300 $[1] par personne couverte par année civile.
Oxygène et son administration	
Soins infirmiers privés à domicile	Frais maximums remboursables de 15 000 $[1] par personne couverte par année civile, à la condition que les soins aient été prescrits par un médecin et soient médicalement nécessaires. La personne fournissant ou prescrivant les soins infirmiers : • ne doit pas habiter avec le patient; • ne doit pas être liée au patient par le sang ou le mariage. Communiquez préalablement avec la Financière Sun Life pour vous assurer que le régime paiera les frais.
Services d'un médecin admissibles au remboursement en vertu d'un ou de plusieurs régimes d'assurance-maladie provinciaux	
Bandages herniaires, béquilles, attelles, appareils plâtrés et collets cervicaux en métal ou en plastique rigide	
Fauteuil roulant requis pour un usage thérapeutique à la résidence privée du patient – location ou achat au choix de la Financière Sun Life – y compris les réparations ou le remplacement	Le remboursement est limité au coût de l'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que le patient a besoin d'un équipement motorisé (au moins 60 mois après l'achat précédent).
Perruques, lorsque le patient a perdu tous ses cheveux à la suite d'une maladie	Frais maximums remboursables à vie de 500 $[1]

[1]Les frais avec un montant maximum remboursable seront assujettis à la coassurance de 100 %.

Assurance-vie

ASSURANCE-VIE DE BASE

En cas de décès, quelle qu'en soit la cause, votre bénéficiaire recevra une prestation égale au montant d'assurance en vigueur à la date de la retraite.

Si vous prenez votre retraite, que vous comptez au moins deux années de service et que vous choisissez une rente immédiate, la protection est réduite de 10 % (de la protection en vigueur au moment de votre retraite) à compter du 1er du mois suivant votre 61e anniversaire et ce, chaque année par la suite, jusqu'à ce qu'elle soit ramenée à un montant minimum de 5 000 $ après votre 70e anniversaire de naissance.

Si vous quittez NAV CANADA et choisissez de différer votre rente de retraite, la protection est réduite de 10 % (de la protection totale en vigueur au moment de votre retraite) à compter du 1er du mois suivant votre 61e anniversaire et ce, chaque année par la suite, jusqu'à ce qu'elle soit ramenée à 0 $, le 1er du mois suivant votre 70e anniversaire de naissance (la protection minimale de 5 000 $ ne s'applique pas aux retraités touchant une rente différée).

Exemple	
Revenu annuel à la retraite	59 900 $
Protection à 60 ans	120 000 $
Date de naissance	15 mars
Protection à compter du 1er du mois suivant le 61e anniversaire de naissance	59 900*2*90 % = 107 820 $, rajusté à $250 = 108 000 $
Protection à compter du 1er du mois suivant le 62e anniversaire de naissance	59 900*2*80 % = 95 840 $, rajusté à $250 = 96 000 $
Protection à compter du 1er du mois suivant le 63e anniversaire de naissance	59 900*2*70 % = 83 860 $, rajusté à $250 = 84 000 $

Les prestations ne sont pas imposables quand elles sont versées au bénéficiaire que vous avez désigné (les intérêts versés entre la date du décès et la date du paiement le sont). Toutefois, si elles sont payées à votre succession, des frais d'homologation pourraient s'appliquer, car elles sont considérées comme un bien.

Versement anticipé des prestations du Régime d'assurance-vie de base

Si vous êtes en phase terminale et que votre espérance de vie est de 12 mois ou moins, vous pouvez faire une demande de prêt commercial au titre du programme de prestations de la Financière Sun Life prévu à cette fin. Ce programme vous permet de recevoir une avance pouvant atteindre 50 % de la couverture prévue par son assurance-vie de base, jusqu'à concurrence de 100 000 $ et sous réserve des conditions suivantes :

- vous souffrez d'une blessure ou d'une maladie devant entraîner votre décès dans les 12 mois et pour laquelle il n'y a pas de perspective raisonnable de rétablissement, selon les renseignements médicaux fournis par votre médecin;
- vous n'avez pas désigné un bénéficiaire irrévocable;
- vous présentez une demande par écrit à la Financière Sun Life; NAV CANADA autorise le paiement;
- vous et votre bénéficiaire signez un consentement avant le versement de la prestation.

Si vous êtes à au plus cinq ans d'une réduction prévue de votre assurance-vie de base, le versement anticipé que vous pouvez recevoir ne peut excéder 50 % du montant réduit le moins élevé de votre assurance-vie de base, jusqu'à concurrence de 100 000 $. Si vous êtes à au plus cinq ans de l'échéance de votre assurance-vie de base, vous ne pouvez faire de demande de prêt commercial au titre du programme de prestations du vivant de la Financière Sun Life. Ce programme fait l'objet d'autres restrictions, telles qu'elles sont imposées par la Financière Sun Life.

Le montant payé (plus les intérêts cumulés) réduira d'autant les prestations d'assurance-vie de base que votre bénéficiaire recevra par suite de votre décès.

BÉNÉFICIAIRES

Désignation de bénéficiaire

Un participant qui souhaite désigner un ou plusieurs bénéficiaires peut le faire en indiquant sur le formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire le nom au complet de chacun des bénéficiaires et leur lien avec le participant.

Le participant peut aussi désigner un bénéficiaire dans son testament ou dans un formulaire subséquent de désignation de bénéficiaire.

Le participant doit remplir, dater et signer les formulaires. Le participant doit apposer ses initiales sur toute modification ou altération, même mineure, au bénéficiaire désigné. Le liquide correcteur n'est pas accepté. Le témoin qui signe le formulaire ne peut être l'un des bénéficiaires désignés.

Les formulaires doivent être envoyés aux bureaux des Ressources humaines de NAV CANADA situés au 77, rue Metcalfe, 9e étage, Ottawa (Ontario) K1P 5L6.

Le participant peut désigner comme bénéficiaire :

- des personnes;
- un organisme de bienfaisance ou une association philanthropique enregistré (le nom et le numéro d'enregistrement de l'institution sont requis);
- une organisation religieuse ou un établissement d'enseignement (nom requis);
- sa succession;
- une fiducie (au Québec, une fiducie doit être officiellement établie).

Désignations révocables et irrévocables

Une désignation *révocable* signifie que le participant peut modifier en tout temps les bénéficiaires désignés.

La désignation d'un bénéficiaire est présumée révocable, à moins que celle-ci ne soit spécifiquement indiquée comme étant irrévocable. Il existe une exception à cette règle au Québec : la désignation d'un conjoint de droit (par mariage ou union civile) comme bénéficiaire est présumée irrévocable, à moins que cette désignation ne soit spécifiquement indiquée comme étant révocable (veuillez noter que cette exception ne s'applique pas aux conjoints de fait).

Une désignation *irrévocable* signifie que le participant ne peut pas modifier la désignation sans satisfaire à des exigences spécifiques (consulter la section *Modification de la désignation de bénéficiaire* ci-dessous).

Modification de la désignation de bénéficiaire

Si la désignation de bénéficiaire est révocable :

Le participant et un témoin doivent remplir, dater et signer un nouveau formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire.

Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable :

Le participant et un témoin doivent remplir, dater et signer un nouveau formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire. Pour que le participant soit en mesure de modifier un bénéficiaire irrévocable ou modifier la désignation de bénéficiaire pour la faire passer d'irrévocable à révocable, le participant doit aussi soumettre l'un des documents suivants, selon la situation :

- le formulaire « Consentement du bénéficiaire » signé par le bénéficiaire irrévocable, et dans lequel ce dernier renonce à ses droits;
- un certificat de divorce (au Québec, un divorce prononcé après le 1er décembre 1982 annule automatiquement la désignation du conjoint comme bénéficiaire, même si celle-ci est irrévocable);
- la preuve du décès du bénéficiaire irrévocable.

Autres renseignements au sujet de la désignation de bénéficiaire

Désignation d'un seul bénéficiaire :

Pour désigner un seul bénéficiaire, le participant doit indiquer sur le formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire le nom du bénéficiaire et son lien avec lui.

Désignation de bénéficiaire en sous-ordre :

Un bénéficiaire en sous-ordre est la personne désignée pour recevoir les prestations si le bénéficiaire principal décède avant le participant. Pour nommer un bénéficiaire en sous-ordre, le participant doit remplir la section « Bénéficiaire en sous-ordre » du formulaire Assurance-vie de base – Désignation de bénéficiaire.

Désignation de plus d'un bénéficiaire :

Pour désigner plus d'un bénéficiaire, le participant doit indiquer le nom de chacun des bénéficiaires, leur lien avec le participant et le pourcentage alloué. Le total des pourcentages alloués doit s'élever à cent pour cent. Si des pourcentages ne sont pas indiqués, un partage égal sera établi entre les bénéficiaires.

	Exemple 1	Exemple 2
Bénéficiaire 1	25 %	98 %
Bénéficiaire 2	25 %	1 %
Bénéficiaire 3	25 %	1 %
Bénéficiaire 4	25 %	
	Bénéficiaire en sous-ordre ou succession	Bénéficiaire en sous-ordre ou succession
Explication	Si l'un(e) des bénéficiaires décède avant le (la) participant(e), sa portion de 25 % sera partagée également entre les bénéficiaires restants. Bénéficiaire 1 décède avant le participant, sa portion de 25% sera partagée également entre les bénéficiaires 2, 3 et 4.	Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), sa portion de 98 % sera partagée également entre les bénéficiaires restants. Bénéficiaire 1 décède avant le participant, sa portion de 98% sera partagée également entre les bénéficiaires 2 et 3.

Résidents du Québec :

Dans le cas d'un partage égal entre les bénéficiaires, le pourcentage accordé au bénéficiaire décédé sera partagé également entre le(s) bénéficiaire(s) survivant(s). Dans le cas d'un partage inégal, la portion de la prestation du bénéficiaire décédé sera payée à la succession du participant ou au(x) bénéficiaire(s) en sous-ordre désigné(s). Les pourcentages restants seront payés tels qu'indiqués sur les formulaires de désignation de bénéficiaire.

	Exemple 1	Exemple 2
Bénéficiaire 1	25 %	98 %
Bénéficiaire 2	25 %	1 %
Bénéficiaire 3	25 %	1 %
Bénéficiaire 4	25 %	Bénéficiaire en sous-ordre 1 ou succession
Explication	Si l'un(e) des bénéficiaires décède avant le (la) participant(e), sa portion de 25 % sera partagée également entre les bénéficiaires restants. Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), les bénéficiaires 2, 3 et obtiendront 1/3 chacun.	Si l'un(e) des bénéficiaires décède avant le (la) participant(e), sa portion sera payée au bénéficiaire en sous-ordre (si un[e] tel[le] bénéficiaire est désigné[e]) ou à la succession. Si le (la) bénéficiaire 1 décède avant le (la) participant(e), les bénéficiaires 2 et 3 obtiendront le 1 % tel que indiqués, et les 98 % restants seront payés au (à la) bénéficiaire en sous-ordre ou à la succession (selon le formulaire dûment rempli au dossier).

Désignation d'un bénéficiaire d'âge mineur pour les résidents du Québec :

Au Québec, les prestations versées à un bénéficiaire qui, au moment du paiement est d'âge mineur, seront réglées en son nom au(x) parent(s) ou à son tuteur légal. Si vous souhaitez prendre des dispositions pour qu'un administrateur ou un fiduciaire administre les prestations versées à un enfant mineur, vous pouvez l'inclure dans votre testament et désigner le fiduciaire comme bénéficiaire. Il serait peut-être bon de consulter un avocat pour déterminer si vous devez prendre des mesures pour planifier votre succession.

Désignation d'un bénéficiaire d'âge mineur pour les résidents des autres provinces :

Dans toutes les provinces à l'exception du Québec, un participant qui désigne un mineur comme bénéficiaire doit aussi désigner un fiduciaire. Si aucun fiduciaire n'est désigné, les sommes dues pourraient être versées au tribunal.

Désignation d'une succession :

Si vous désignez votre succession comme bénéficiaire, vous devriez prendre en considération ce qui suit :

- Le produit de l'assurance-vie versé à la succession peut faire l'objet de demandes de paiements des créanciers tandis que le produit versé à un bénéficiaire désigné peut, dans certains cas, être à l'abri des créanciers.
- Dans certains cas, un testament doit être vérifié et les coûts de ce service varieront d'une province à une autre. Ces coûts ne sont pas engagés si le produit est versé à un bénéficiaire désigné. La vérification n'est pas requise pour un testament notarié au Québec.

Si aucun bénéficiaire n'est désigné :

Le produit de l'assurance-vie sera versé à la succession du participant. Un testament courant et en bonne et due forme devrait être soumis avec toute demande de règlement afin d'éviter des retards auprès des exécuteurs testamentaires ou liquidateurs de succession.

DEMANDE DE RÈGLEMENT

Advenant votre décès, un membre de votre famille doit en informer le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou en composant le 1-888-774-4732, option 2. Cette personne fera parvenir les formulaires et l'information nécessaires à vos bénéficiaires désignés.

FOIRE AUX QUESTIONS

Les prestations sont-elles non imposables?

Oui. Cependant, si vous ne désignez pas de bénéficiaire ou si vous désignez la succession comme bénéficiaire, des frais d'homologation peuvent s'appliquer.

De quelle manière les prestations sont-elles versées?

Sous forme de versement global en dollars canadiens.

EXCLUSIONS

Aucune restriction ne s'applique aux prestations de ce régime.

Demande de règlement – Régime de soins de santé

Si vous résidez dans une province qui offre un programme couvrant des frais également admissibles en vertu du Régime de soins de santé de NAV CANADA, vous devez d'abord présenter une demande à l'organisme provincial. Vous pourrez ensuite présenter une demande en vertu du Régime de soins de santé pour la partie non remboursée des frais admissibles.

Demande de règlement en vertu du régime de NAV CANADA

Mobile

1. Allez à l'application mobile de la Financière Sun Life.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Présenter une demande de règlement.
4. Sélectionner l'option appropriée.

En ligne

1. Allez à www.masunlife.ca/navcanada.
2. Entrez votre code d'accès et votre mot de passe.
3. Cliquez sur Mes règlements.
4. Sélectionner l'option appropriée dans la section Mes règlements.

Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212 ou en cliquant sur « Inscrivez-vous maintenant » sur la page d'ouverture de session.

Format papier

1. Payez les frais et obtenez un reçu.
2. Remplissez le formulaire applicable.
3. Envoyez le formulaire et le reçu original par la poste à la Financière Sun Life.

Coordination des prestations

Si vous et votre conjoint êtes couverts par plus d'un régime, vous pouvez demander le remboursement jusqu'à concurrence des frais admissibles, selon les soins admissibles en vertu du régime de votre conjoint. Vous pouvez également coordonner vos prestations si vous et votre conjoint êtes tous deux couverts par le Régime de soins de santé de NAV CANADA et que chacun de vous a souscrit à la protection familiale.

En tout temps, soumettez d'abord vos frais au régime qui vous couvre comme employé à temps plein ou à temps partiel (si, par exemple, vous êtes couvert en vertu d'un autre régime comme conjoint ou retraité).

Frais engagés par...	Présentez votre demande de règlement...
Vous	1. D'abord à votre régime de NAV CANADA 2. Puis au régime de votre conjoint, s'il reste un solde
Votre conjoint	1. D'abord au régime de votre conjoint 2. Puis à votre régime de NAV CANADA, s'il reste un solde
Vos enfants	1. D'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance est le premier dans l'année (si les deux parents sont nés le même jour, au parent dont le prénom vient en premier par ordre alphabétique) 2. Puis au régime de l'autre parent, s'il reste un solde

Si vous êtes séparé ou divorcé et demandez un remboursement pour vos enfants

Si vous avez la garde partagée de vos enfants, les demandes doivent être présentées dans le même ordre. Vous pouvez présenter les demandes pour votre enfant à condition d'en être le parent légal.

Les demandes doivent d'abord être présentées au régime du parent qui en a la garde principale, puis au régime de l'autre parent, s'il reste un solde.

Délais prescrits

Régime de soins de santé

Les demandes de règlement doivent être soumises à la Financière Sun Life au plus tard 90 jours après :

- la fin de l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés; ou
- la fin de la couverture.

Vérification des demandes de règlement de soins médicaux

Vous n'avez qu'à communiquer avec le service à la clientèle de la Financière Sun Life au numéro sans frais 1-800-361-6212.

Vous pouvez aussi visiter l'adresse www.masunlife.ca/navcanada et cliquer sur Pour les participants aux régimes, en utilisant votre code d'accès et votre mot de passe. Vous pouvez obtenir un code d'accès et un mot de passe en communiquant avec la Financière Sun Life au 1-800-361-6212.

APPEL

Vous devez présenter une demande d'examen par écrit à la Financière Sun Life. Si vous n'êtes pas d'accord avec la décision rendue à la suite de l'examen, communiquez avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou en composant le 1-888-774-4732, option 2.

Exclusions – Régime de soins de santé

Aucune prestation ne sera versée pour les frais engagés à l'égard de ce qui suit :

- les services payés aux termes d'une loi sur les accidents du travail, de tout autre texte statutaire semblable ou par un organisme gouvernemental;
- les services ou fournitures, assurés ou prescrits par une personne qui réside habituellement au domicile de la personne malade ou qui est liée à cette dernière par le sang ou le mariage;
- les chirurgies, traitements ou fournitures réservés, selon la Financière Sun Life, à des fins cosmétiques ou pour des conditions qui ne peuvent nuire à la santé, sauf s'ils sont requis à la suite d'une blessure accidentelle ou sont expressément couverts;
- les services d'un praticien qui, de l'avis de la Financière Sun Life, ne relèvent pas du domaine de compétence de ce praticien et ne requièrent pas ses compétences et ses qualités;
- les articles ou les services habituellement offerts gratuitement;
- les services rendus concernant les examens médicaux exigés pour souscrire une assurance, s'inscrire à une école, un camp, une association, obtenir un emploi, un passeport, ou pour tout autre but semblable;
- les services dispensés par un médecin agréé et pratiquant au Canada à une personne couverte admissible à un régime d'assurance-maladie provincial, sauf lorsque ces services sont expressément inclus dans la protection;
- les services ou fournitures payables ou disponibles (peu importe s'il y a une liste d'attente) en vertu d'un régime ou d'un programme gouvernemental, à moins qu'il ne soit expressément indiqué dans la liste des éléments couverts;
- les services ou fournitures qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou tout autre organisme de réglementation du gouvernement pour le public;
- les services ou fournitures qui ne sont habituellement pas reconnus en vertu des exigences médicales canadiennes;
- les services ou fournitures qui ne sont pas qualifiés de dépenses médicales en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (du Canada);
- la partie des frais relevant de la responsabilité juridique d'un tiers;
- la partie des services ou produits obtenus dans un hôpital à l'extérieur du Canada qui serait normalement payée par le régime d'assurance-maladie ou d'hospitalisation provincial si ces services ou produits avaient été fournis dans un hôpital au Canada, quand l'employé est couvert par un régime d'assurance-maladie provincial;
- la coassurance ou les frais semblables exigés en cas d'hospitalisation qui excèdent les frais payés par un régime d'assurance-maladie ou d'hospitalisation provincial ou territorial et qui n'ont pas été engagés pour une chambre à deux lits;
- les produits ou traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage recommandé et les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, selon la Financière Sun Life;

- les médicaments qui, de l'avis de la Financière Sun Life, sont expérimentaux;
- les articles ou produits qui font l'objet de publicité et qui, selon la Financière Sun Life, constituent des remèdes traditionnels;
- les vitamines (sauf les préparations injectables), les suppléments de minéraux et de protéines, à moins qu'ils ne soient expressément inclus dans la protection;
- les substances nutritives thérapeutiques, à moins qu'elles ne soient expressément incluses dans la protection;
- les produits nécessaires à une diète et suppléments pour diète;
- les aliments pour bébés et succédanés de sucre et de sel;
- les pastilles, rince-bouche, shampooings non médicamenteux, produits pour l'entretien des verres de contact, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émollients;
- les médicaments d'origine à moins que la Financière Sun Life ait approuvé l'exception ou qu'aucun médicament générique ne soit offert sur le marché;
- les médicaments utilisés à des fins cosmétiques;
- les médicaments amaigrissants (y compris les vitamines injectables et les compléments alimentaires prescrits dans le cadre d'un programme de gestion du poids) à moins que la personne couverte ne soit jugée obèse conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS);
- les médicaments utilisés pour traiter des affections pour lesquelles cette utilisation n'est pas recommandée par le fabricant;
- les médicaments sur ordonnance en vente libre;
- les articles pour usage principalement athlétique;
- le traitement continu d'une blessure ou d'une maladie subie avant votre départ ou celui de la personne à votre charge à l'extérieur de votre province de résidence;
- les soins que le gouvernement interdit d'inclure dans la protection;
- les fournitures chirurgicales et les articles pour diagnostic;
- les services qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être différés jusqu'à ce que la personne retourne dans la province où elle réside, à moins que la condition médicale de la personne l'empêche raisonnablement de retourner dans sa province pour y recevoir les services médicaux;
- les services liés à une maladie ou à une blessure à l'origine de l'urgence, et ce, une fois l'urgence terminée;
- les services continus découlant directement ou indirectement de l'urgence initiale ou d'une récurrence de celle-ci, après la date établie par l'administrateur du régime ou Global Excel Management (GEM), selon les renseignements médicaux disponibles, pour le retour de la personne dans sa province de résidence alors que celle-ci s'y oppose;
- les services requis pour traiter la maladie ou la blessure pour laquelle la personne a reçu des services d'urgence, y compris des complications découlant de cette maladie ou de cette blessure, si la personne a refusé ou négligé sans raison valable les services médicaux recommandés qui lui ont été offerts;
- lorsque le déplacement a été effectué en vue d'obtenir des services médicaux pour traiter une blessure ou une maladie ou des services liés à cette maladie ou à cette

blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou de cette blessure;

- toute portion des frais de services ou de matériel excédant les frais habituels et raisonnables dans la collectivité où ils sont fournis;
- la portion des frais qui est remboursable en vertu d'un régime d'assurance-maladie provincial ou d'un programme parrainé par le gouvernement d'une province;
- les frais de soins dentaires ne faisant pas partie des dépenses admissibles;
- les dépenses relatives à la réparation ou au remplacement d'accessoires durables achetés.

Formulaires

Régime de soins de santé	www.masunlife.ca/navcanada
Assurance-vie	Communiquez avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca ou en composant le 1-888-774-4732, option 2.

Glossaire

Acupuncteur
Toute personne ayant obtenu un agrément, une autorisation ou une certification de l'organisme de réglementation professionnelle ou de l'organisation professionnelle provincial concerné ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Certains professionnels de la santé
Acupuncteur, chiropodiste/podiatre, chiropraticien, naturopathe, ostéopathe, physiothérapeute, psychologue et massothérapeute autorisé.

Chiropodiste/podiatre
Personne détenant le permis délivré par l'organisme provincial autorisé ou, à défaut, appartenant à l'Association canadienne des professionnels du pied ou encore, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Chiropraticien
Membre de l'Association des chiropraticiens du Canada ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Chirurgie
Opération médicale effectuée sur une personne couverte par le régime et recommandée par un médecin ou un médecin spécialiste autorisé qui pratique la médecine au Canada.

Conjoint
Votre conjoint légitime, de n'importe quel sexe, ou la personne qui vit avec vous à titre de conjoint en permanence et de façon exclusive depuis au moins un an et qui vit toujours avec vous à ce même titre.

Votre conjoint doit avoir moins de 75 ans pour être couvert par l'assurance mort ou mutilation accidentelles en voyage d'affaires, ou avoir moins de 65 ans pour être couvert par l'assurance contre les maladies graves.

Électrolyste
Personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède les qualifications professionnelles d'un électrolyste autorisé.

Enfant(s)

Vos enfants célibataires (ainsi que les enfants sous la garde de votre conjoint avec lequel vous vivez), y compris les enfants adoptifs, les beaux-fils, les belles-filles, les enfants en foyer d'accueil ou les enfants dont vous ou votre conjoint êtes le tuteur légal et qui :

- ont moins de 21 ans;
- ont 21 ans ou plus et sont à votre charge en raison d'une incapacité physique ou d'une déficience psychique survenue quand ils étaient admissibles au titre du programme d'avantages sociaux (ou quand ils auraient été admissibles si vous aviez été assuré); ou
- ont 21 ans ou plus, mais moins de 25 ans (26 ans pour les enfants d'employés qui résident au Québec), et qui sont des étudiants à temps plein inscrits dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien financier.

Au titre de Régime de soins de santé, un enfant est considéré comme étant âgé de 21, 25 ou 26 ans jusqu'au premier jour du mois qui suit immédiatement le mois auquel il atteint cet âge.

Frais maximums

Calcul pour déterminer les frais maximums remboursables :

Demande de règlement	180 $
Niveau de remboursement	100 % x 180 $ = 180 $
Maximum remboursable dans une année civile pour une demande de règlement particulière	150 $
Montant du remboursement	150 $

Frais par ordonnance

Droit imposé par le Régime de soins de santé pour chaque numéro d'identification de médicament (DIN) soumis aux fins d'une réclamation et indiqué sur un reçu individuel lorsque l'achat n'a pas été fait à une pharmacie du réseau de pharmacies préférées.

Garantie complémentaire

Protection offerte au titre du Régime de soins de santé procurant une protection supplémentaire à celle prévue par le régime d'assurance-maladie provincial, aux employés et aux retraités de NAV CANADA admissibles à être couverts par un régime d'assurance-maladie provincial.

Habituels et raisonnables

Fait référence à un ordre de grandeur général des honoraires pour des services ou des produits particuliers dans une région donnée, déterminé par la Financière Sun Life après consultation des guides des tarifs publiés par les associations médicales.

Hôpital
Hôpital autorisé par la loi à fournir à l'interne des services de diagnostic, des chirurgies majeures ainsi que des soins et des traitements aux personnes souffrant d'une maladie ou d'une blessure et où sont disponibles, 24 heures sur 24, les services de soins infirmiers autorisés et de médecins. Comprend les hôpitaux autorisés par la loi à fournir des traitements spécialisés aux personnes souffrant de troubles mentaux, de dépendance à la drogue ou à l'alcool, de cancer ou d'arthrite ainsi qu'aux convalescents ou aux malades chroniques. Ne comprend pas les maisons de soins infirmiers, les établissements pour personnes âgées, les maisons de repos et tout endroit où se donnent des soins semblables.

Infirmier
Infirmier autorisé, infirmier auxiliaire autorisé, ou infirmier auxiliaire diplômé inscrit auprès d'un organisme professionnel ou au registre de sa province ou, en l'absence d'un tel registre, infirmier qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Maintien artificiel des fonctions vitales
Le maintien artificiel des fonctions vitales signifie que la personne couverte est sous les soins d'un médecin ou médecin spécialiste autorisé et est maintenue en vie grâce à un soutien nutritionnel, respiratoire et (ou) cardiovasculaire lorsqu'un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales s'est produit.

Maladie chronique
État qui va au-delà de l'évolution normale d'une maladie aiguë ou au-delà d'un délai raisonnable avant que le tissu endommagé ne guérisse. Tout état qui dure plus de six mois peut être considéré comme chronique.

Massothérapeute autorisé
Titulaire d'un permis de l'organisme provincial régissant cette profession ou, en l'absence d'un tel organisme, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Médecin
Docteur en médecine (M.D.) légalement autorisé à pratiquer la médecine.

Naturopathe
Membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Ophtalmologiste
Docteur en médecine (M.D.) légalement autorisé à pratiquer l'ophtalmologie.

Optométriste
Membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Orthophoniste
Titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre (en titre ou qualifié pour l'être) de l'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Ostéopathe
Personne ayant obtenu un agrément, une autorisation ou une certification de l'organisme de réglementation professionnelle ou organisation professionnelle provincial concerné ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Pharmacien autorisé
Personne autorisée à pratiquer la pharmacie et dont le nom est inscrit au registre de l'organisme régissant cette profession dans la province où elle pratique.

Physiothérapeute
Membre de l'Association des physiothérapeutes du Canada ou d'une association provinciale affiliée ou, en l'absence d'une telle association, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Psychologue
Psychologue reconnu à titre permanent et qui est inscrit au registre des psychologues de la province où les soins sont donnés ou, en l'absence d'un tel registre, personne qui, de l'avis de la Financière Sun Life, possède une formation comparable.

Réadaptation
Formation professionnelle, programme ou période de travail approuvé par la Financière Sun Life pour faciliter le retour au travail à la suite d'une invalidité.

Régime de soins de santé
Comprend :

- Ambulance
- Fournitures médicales
- Hôpital
- Médicaments sur ordonnance
- Professionnels de la santé
- Prothèses auditives
- Soins de la vue
- Voyages d'urgence

Rente différée
Rente basée sur vos années de service et sur votre revenu à la date à laquelle vous quittez NAV CANADA et qui vous est versée à une date ultérieure. Si vous quittez votre emploi avant d'être admissible à une rente immédiate, il est possible de différer votre rente.

Retraité
Au titre du Régime d'assurance-vie de base
Employé de NAV CANADA comptant au moins deux années de service à la date de son départ à la retraite et touchant des prestations de retraite.

Au titre du Régime de soins de santé
Employé de NAV CANADA qui quitte son emploi avant le 1er septembre 2005, qui compte au moins deux années de service avec NAV CANADA à la date de son départ à la retraite et qui touche des prestations de retraite de NAV CANADA.

Employé syndiqué de NAV CANADA qui quitte son emploi le, ou après le, 1er septembre 2005, mais avant le 1er janvier 2010 et qui, à la date de sa retraite :

- est admissible à une rente immédiate; et
- compte au moins 15 années de service ouvrant droit à pension.

Touche des prestations de retraite de NAV CANADA.

Revenu assurable rajusté
Votre couverture au titre du Régime d'assurance-vie de base correspond à votre revenu annuel à la date de votre retraite, arrondi au multiple de 250 $ suivant, si votre revenu n'est pas déjà un multiple de 250 $.

Toute couverture au titre d'un régime d'assurance-vie pour laquelle votre revenu doit être multiplié par deux est arrondie après la multiplication.

Service ouvrant droit à pension
Durée de la participation au régime de retraite de NAV CANADA, utilisée pour déterminer la date à laquelle vous pouvez prendre votre retraite. La durée de votre participation est établie à partir de votre inscription au régime de retraite et inclut les périodes d'absence.

Soins médicaux
Soins obtenus d'un médecin, médicaments pris sur avis médical ou autres fournitures et services médicaux reçus.

Traitement approprié
Tout traitement administré et prescrit par un médecin ou un médecin spécialiste lorsque la Financière Sun Life estime que cela est nécessaire. Il doit s'agir d'un traitement habituel et raisonnable pour le problème de santé en question et il doit être administré à la fréquence appropriée. Le traitement ne se limite pas uniquement à des examens ou à des tests.

Transport
Tout moyen de transport par terre, eau ou air nécessaire à votre évacuation d'urgence.

Urgence
Maladie, blessure ou état aigu et imprévu qui nécessite des soins immédiats.

Véhicule
Voiture de tourisme privée, voiture familiale, fourgonnette ou véhicule tout terrain.

Avis juridiques importants

Avantages sociaux en ligne décrit les dispositions générales et les protections offertes au titre des régimes d'avantages sociaux de NAV CANADA.

Cette information est la plus exacte et fiable possible. Nous ne pouvons toutefois garantir qu'elle est en tout temps exhaustive et à jour.

- L'interprétation finale est régie par les dispositions des contrats officiels. En cas de divergence entre le contenu du présent document et le contrat pertinent, le libellé du contrat prévaudra.
- Les critères d'admissibilité et/ou les régimes, programmes, pratiques et processus peuvent être modifiés ou supprimés sans préavis aux participants.

Le présent document ne constitue pas un contrat d'emploi entre vous et NAV CANADA, ni une obligation pour NAV CANADA de maintenir en vigueur tout programme, pratique ou politique. NAV CANADA n'est pas responsable des décisions que vous prenez en fonction de ces renseignements.

NAV CANADA recueille, utilise et communique les renseignements personnels et médicaux sur vous et sur les personnes à votre charge pour fournir les protections décrites dans Avantages sociaux en ligne. Les fournisseurs de services, d'assurance, de soins, les administrateurs du régime et les vérificateurs peuvent changer et recevoir vos renseignements personnels au besoin.

La protection de vos renseignements personnels est importante pour NAV CANADA. NAV CANADA et ses fournisseurs de services et d'assurance qui ont besoin de le faire dans le cadre de leurs activités recueillent, utilisent et communiquent les renseignements personnels. Ces renseignements peuvent être utilisés pour :

- déterminer l'admissibilité;
- fournir une protection à vous et aux personnes à votre charge;
- gérer et administrer les régimes décrits;
- déterminer les fournisseurs de services et d'assurance à utiliser; et
- déterminer et tenir à jour les conditions financières appropriées.

Les politiques de protection des renseignements personnels de nos fournisseurs d'assurance sont disponibles dans les sites Web suivants :

- Financière Sun Life: https://www.sunnet.sunlife.com/signin/masunlife/home.wca
- AIG: https://www.aig.ca/fr/accueil

L'accès à vos renseignements personnels est limité aux personnes qui ont besoin de ces renseignements aux fins susmentionnées ou à toute autre personne à laquelle vous autorisez l'accès par écrit. NAV CANADA accepte de protéger et de maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels au moyen de mesures de sécurité et de protection appropriées. NAV CANADA veille à ce que ces parties signent des ententes de confidentialité afin de protéger adéquatement vos renseignements personnels.

Vous pouvez consulter vos renseignements personnels et les modifier au besoin. Pour ce faire, vous devez présenter une demande par écrit à l'adresse HREC-CERH@navcanada.ca.

Si vous avez des questions au sujet des dates de déduction des primes, d'admissibilité et de protection, des procédures d'inscription ou de demande de règlement, veuillez communiquer avec le Centre des employés des Ressources humaines (CERH) au HREC-CERH@navcanada.ca.

Vous pouvez, sur demande, obtenir une copie des politiques, de votre demande ainsi que de toute déclaration écrite ou de tous les autres dossiers que vous avez fournis à la Sun Life comme preuve d'assurabilité, sous réserve de certaines restrictions.

Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue de récupérer une prestation versée au titre d'un contrat de prestations est absolument interdite, sauf si celle-ci a été intentée dans le délai prescrit dans la Loi sur les assurances ou les autres lois applicables (p. ex. Loi sur la prescription des actions, 2002 en Ontario, Code civil du Québec).

Vous pouvez interjeter appel d'un refus, en tout ou en partie, de verser des prestations ou de consentir une assurance selon les descriptions qui en sont faites dans les contrats de l'Assurance-vie de base, du Régime d'assurance des cadres de gestion et de l'Assurance-invalidité de longue durée contre les maladies graves pendant une période d'un an à compter du refus initial d'une prime d'assurance ou d'une prestation. Un appel doit être présenté par écrit et comprendre les motifs qui expliquent que le refus n'est pas justifié.

Si des prestations sont versées mais qu'elles n'étaient pas payables au titre de l'Assurance-vie de base, du Régime d'assurance des cadres de gestion, de l'Assurance-invalidité de longue durée et de la politique d'assurance contre les maladies graves, vous devez vous faire rembourser ledit montant auprès de la Sun Life dans un délai de 30 jours suivant l'envoi de l'avis de paiements en trop, ou dans un délai plus important si la Sun Life y ont consenti par écrit. Si vous ne vous acquittez pas de cette responsabilité, aucune prestation ne vous sera versée au titre de cette politique tant que les paiements en trop n'auront pas été récupérés. Cette mesure ne limite pas le droit conféré à la Sun Life d'avoir recours à d'autres moyens juridiques pour recouvrer les paiements en trop.