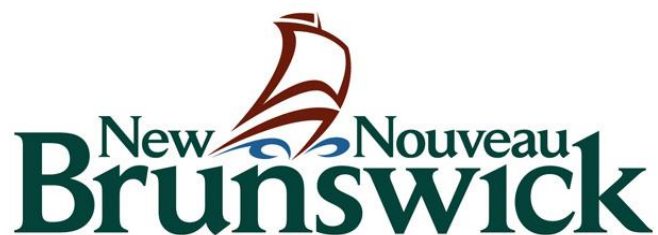


RETIREE BENEFIT PLANS
PROVINCE OF NEW BRUNSWICK



RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX DES RETRAITÉS
GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK

This booklet summarizes the important features of the Group Benefit Plans for retired employees. The exact terms and conditions are described in the more detailed provisions of the Group Contract between the Province of New Brunswick and Medavie Blue Cross.

The information contained in this Booklet is important, and we suggest that it be filed in a safe place.

GENERAL PROVISIONS

Eligible Employees - The Province of New Brunswick offers Health Care coverage to employees who are retiring or whose coverage has been terminated (for any reason) under a different format from that available to active employees. To be eligible, you must be a resident of Canada, and be eligible for benefits under a provincial government health care program in your province of residence (e.g., Medicare). You must be age 50 or older at date of transfer, unless your coverage has been terminated due to disability, in which case you can transfer into the retirement plan at any age. You may elect to transfer coverage from an approved active plan to the retirement plan by making application **within 31 days from the date your coverage ended**.

Participating members in this plan can choose one of the following two ways to pay for benefits:

1. If in receipt of a monthly pension, premium payments can be deducted directly from monthly pension cheques; OR
2. Monthly premiums can be paid by the plan member through a pre-authorized chequing arrangement from their bank account. A void cheque is required with this application.

Ce livret contient un résumé des principales dispositions des régimes collectifs destinés aux employés retraités. Les conditions exactes du contrat sont contenues dans le contrat collectif entre la province du Nouveau-Brunswick et Croix Bleue Medavie.

Les renseignements contenus dans ce livret sont importants : nous vous suggérons de le garder en lieu sûr.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Employés admissibles - Le gouvernement du Nouveau-Brunswick offre aux employés qui partent à la retraite ou dont la couverture a pris fin (pour une raison quelconque) un régime de soins médicaux qui est différent de celui offert aux employés actifs. Pour être y admissible, vous devez être résident du Canada et être admissible à des prestations aux termes du régime de soins médicaux de votre province de résidence (p. ex. : le régime d'assurance-maladie). Vous devez avoir au moins 50 ans à la date du transfert, à moins que votre couverture ait pris fin en raison d'incapacité. Dans ce cas, vous pouvez adhérer au régime des retraités à tout âge. Vous pouvez décider de transférer la couverture d'un régime actif approuvé au régime des retraités en présentant une demande en ce sens dans les **31 jours qui suivent la date de fin de votre couverture**.

Les participants à ce régime peuvent payer leurs cotisations de l'une des façons suivantes :

1. S'ils reçoivent une prestation de retraite mensuelle, les primes peuvent être prélevées directement à partir de leur chèque de pension mensuel; OU
2. Ils peuvent également payer les cotisations au moyen de paiements automatiques prélevés à partir de leur compte bancaire. Dans ce cas, un spécimen de chèque annulé est exigé.

An application titled *Transfer Form (Health, Travel, Dental)* is available at Vestcor.org/employeebenefits.

Un formulaire de demande intitulé *Demande de transfert (Soins médicaux, voyages et dentaires)* est disponible sur Vestcor.org/avantages-sociaux.

1. If you have chosen to have your payments for coverage deducted from your pension cheque, please forward this application form with your application for pension.
1. Si vous avez choisi de faire prélever le montant de vos cotisations à partir de votre chèque de pension, veuillez faire parvenir ce formulaire de demande avec votre demande de pension.
2. If you have chosen to have your payments for coverage deducted directly from your bank account, please forward this application form, along with a void cheque, directly to Medavie Blue Cross at the address indicated on the form.
2. Si vous avez choisi de faire prélever le montant de vos cotisations directement à partir de votre compte bancaire, veuillez faire parvenir le formulaire de demande, accompagné d'un spécimen de chèque annulé, à Croix Bleue Medavie, à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Eligible Dependents - *Dependents* are defined as your *Spouse* and *Dependent children*.

Spouse means an individual to whom the Retiree is legally married, or a common-law spouse with whom the Retiree has cohabited continuously in a conjugal relationship for at least one year immediately prior to being eligible for coverage. With respect to common-law spouse, there is a requirement of public representation of a spousal relationship. **Only one individual will qualify as a *Spouse***. This definition extends to partners of the same sex.

A retiree's surviving spouse (and any eligible dependents) who has coverage under the active employee plan may transfer into the retirement plan if he/she is age 50 or older at date of retiree's death.

Surviving spouses cannot add new spouses & dependents who were acquired through re-marriage or cohabitation.

Dependent children means the Retiree's unmarried, unemployed, natural, adopted children or stepchildren, who are dependent upon the Retiree for financial care and support. *Dependent children* are eligible for coverage:

- to age 21; or
- to age 26 if a full-time student at an accredited educational institution; or
- beyond age 21 if mental or physical disability commenced prior to age 21 and continues thereafter.

Personnes à charge admissibles – Les *personnes à charge* désignent votre *conjoint* et les *enfants à votre charge*.

« *Conjoint* » désigne une personne à qui le retraité est légalement marié ou un conjoint de fait avec lequel le retraité a cohabité dans une relation conjugale pendant une période continue d'au moins un an immédiatement avant d'être admissible à la couverture. En ce qui concerne le conjoint de fait, l'existence d'une relation conjugale doit être reconnue publiquement. **Une seule personne peut être admissible à titre de *conjoint***. La présente définition s'applique aux partenaires de même sexe.

Le conjoint survivant d'un retraité (et toute personne à charge admissible) qui reçoit une couverture en vertu d'un régime des employés actifs peut transférer sa couverture au régime des retraités s'il est âgé de 50 ans ou plus à la date de décès du retraité.

Un conjoint survivant ne peut ajouter un nouveau conjoint ou de nouvelles personnes à charge par suite d'un nouveau mariage.

« *Enfants à charge* » désigne les enfants célibataires, au chômage, biologiques ou adoptifs ou les beaux-fils ou belles-filles du retraité qui sont financièrement à sa charge et qui dépendent de son soutien. Un *enfant à charge* a droit à la couverture :

- jusqu'à l'âge de 21 ans; ou
- jusqu'à l'âge de 26 ans, s'il étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé; ou
- après l'âge de 21 ans, s'il est atteint d'une déficience mentale ou physique ayant débuté avant l'âge de 21 ans et qui continue par la suite.

Commencement of Benefits – To transfer to the retiree plan, your coverage must be continuous and commence the first of the month following the date your coverage ended as an employee.

Dependent coverage (if applicable) begins for your eligible dependents on the same date as your coverage or within 31 days of their becoming eligible.

Change of Marital Status - In the event of a change in your marital status requiring adjustments of benefits and related deductions:

1. If premiums are remitted by deductions from your pension cheque - contact Vestcor in writing.
2. If premiums are remitted through pre-authorized chequing arrangements - contact Medavie Blue Cross.

Entrée en vigueur – Pour le transfert au régime des retraités, votre couverture doit être continue et entrer en vigueur le premier du mois suivant la date à laquelle votre couverture prenait fin à titre d'employé.

La couverture des personnes à votre charge (s'il y a lieu) commence à la même date que la vôtre, ou dans les 31 jours suivant la date de leur admissibilité.

Changement d'état civil - advenant un changement d'état civil entraînant une modification de la protection et de la somme payable en primes :

1. si les primes sont payées au moyen de prélèvements sur les prestations de retraite, communiquez par écrit avec Vestcor;
2. si les primes sont payées par paiement bancaire préautorisé, communiquez avec Croix Bleue Medavie.

Claiming Benefits - The following procedures should be followed in the event of a claim:

1. Prescription Drugs - You are responsible for the co-payment on your prescription drug benefits, along with any other costs associated with the purchase of your drug of choice (e.g. brand name drug vs. generic drug).
2. All other benefits are provided on a reimbursement basis.
3. Travel - Please refer to page 13 of this booklet.

You must pay for the service yourself, obtain an official receipt and submit the receipt to Medavie Blue Cross for reimbursement. Where Private Duty Nursing, Vision Care, or Accidental Dental claims are involved, you should also arrange for the completion of the appropriate claim forms, which are available from any Medavie Blue Cross office or the provider of the service. If you choose to pay for your drugs rather than show your card at the pharmacy, the drug claims submitted for payment must include receipts which contain the following information for each prescription item:

- patient's name
- prescription number and date dispensed
- drug Identification Number or drug name, strength and quantity.

A new identification card will be issued on transfer. Please indicate your group and identification number on all correspondence, including receipts forwarded to Medavie Blue Cross for reimbursement.

HEALTH CARE BENEFITS SUPPLEMENTARY HOSPITAL BENEFITS

NO Supplementary Hospital Benefits, including semi-private room accommodation, are provided.

Demande de règlement - Pour une demande de règlement, vous devez procéder de la manière suivante :

1. Médicaments sur ordonnance – Il vous incombe de payer votre quote-part des prestations pour médicaments sur ordonnance, ainsi que les autres coûts liés à l'achat du médicament de votre choix (c.-à-d. un médicament de marque par rapport à un médicament générique).
2. Toutes les autres garanties sont administrées selon le système de remboursement.
3. Protection-voyage - veuillez vous reporter à la page 13 de ce livret.

Vous devez payer pour le service dispensé et obtenir un reçu officiel que vous soumettrez à la Croix Bleue Medavie pour obtenir le remboursement. Dans le cas de demandes de règlement pour soins infirmiers privés, soins de la vue ou soins dentaires par suite d'un accident, vous devez faire remplir le formulaire approprié que vous obtiendrez auprès de la Croix Bleue Medavie ou du dispensateur du service reçu. Dans le cas de demandes de règlement pour des médicaments, un reçu contenant l'information ci-dessous pour chaque article prescrit doit être annexé à la demande.

- le nom du patient
- le numéro de l'ordonnance et la date de dispensation
- le numéro d'ordre ou le nom du médicament, la concentration et la quantité dispensée.

Une nouvelle carte d'identification sera établie lors du transfert au nouveau régime. N'oubliez pas de mentionner le numéro de groupe et d'identification dans toutes les lettres nous étant adressées, y compris sur les reçus que vous envoyez à la Croix Bleue Medavie aux fins de remboursement.

PRESTATIONS SOINS DE SANTÉ PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION

Aucune prestation n'est offerte, y compris les frais de séjour en chambre semi-privée.

EXTENDED HEALTH BENEFITS
(Paid at 80% of maximum eligible expense)

Accidental Dental - Charges for dental treatment, when natural teeth have been damaged by a direct accidental blow to the mouth, or a fractured or dislocated jaw requiring setting services within 180 days of accident.

Aerochamber spacing device – An extension device primarily for use with asthma medication inhalers, purchase is limited to the usual and customary expense.

Artificial Larynx – Purchase is limited to the usual and customary expense, repairs and adjustments are limited to a maximum expense of \$300 per calendar year.

Audiologist - Charges for services rendered by an audiologist are limited to a maximum eligible expense of \$200 per calendar year.

Burn Pressure Garments / Lymphadema sleeves - Charges for special made-to-measure dressings, when prescribed by physician, to a maximum eligible expense of \$500 in a calendar year.

Clinical Psychologist, Social Worker, Counselling Therapist, Psychotherapist, and Psychoeducator (Quebec only) - Charges for treatment by a licensed clinical psychologist, social worker, counselling therapist, psychotherapist, and psychoeducator (Quebec only) up to a maximum eligible expense of \$500 in a calendar year.

PRESTATIONS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES
(à raison de 80 % du montant maximal admissible)

Soins dentaires à la suite d'un accident - les frais demandés pour les soins dentaires requis lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct accidentel à la bouche ou à la mâchoire, ou pour une fracture ou une dislocation de la mâchoire requérant des services de restauration dans les 180 jours suivant l'accident.

Chambre d'inhalation – dispositif utilisé spécialement avec les inhalateurs pour le traitement de l'asthme, la dépense admissible maximale est fixée à des frais habituels.

Larynx artificiel – la dépense admissible maximale est fixée à des frais habituels, les réparations ou les réglages sont limités à 300 \$ par année civile.

Audiologiste – les frais demandés pour les services administrés par un audiologiste sont limités à un montant maximal admissible de 200 \$ par année civile.

Vêtements de pression pour brûlures / manches de Lymphadema - les frais demandés pour des pansements spéciaux faits sur mesure lorsqu'ils sont prescrits par un médecin jusqu'à concurrence d'un montant maximal admissible de 500 \$ par année civile.

Psychologue clinicien(ne), travailleur social ou travailleuse sociale, conseiller thérapeute ou conseillère thérapeute, psychothérapeute, et psychoéducateur ou psychoéducatrice (Québec seulement) - les frais de traitement dispensés par un(e) psychologue clinicien(ne), un travailleur social ou une travailleuse sociale, un conseiller thérapeute ou une conseillère thérapeute, un(e) psychothérapeute, et un psychoéducateur ou une psychoéducatrice (Québec seulement) jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile.

Diabetic equipment (ie. glucometers and precijets) – Maximum eligible expense is \$700 in a 5 calendar year period. **Insulin pumps** when prescribed by a physician and deemed reasonable by Medavie Blue Cross are covered at \$6,500 per 5 calendar years. **Continuous glucose monitoring transmitters** covered at 80% of the cost up to a maximum of \$160 per calendar year. **Sensors** covered at 80% up to a maximum of \$1,824 per calendar year.

Diagnostic and X-ray Services - Charges for diagnostic and x-ray services in a hospital when not provided by a Government Program.

Dietician - Charges for services rendered by a dietician are limited to a maximum eligible expense of \$200 per calendar year.

Equipment Rental – Charges for rental of a wheel chair, hospital-type bed (including mattress and safety rails) and equipment for administration of oxygen. If the need for these items is long term, the insurer, at their discretion, may approve the purchase of these items.

Hearing Aids - Charges for hearing aids (excluding batteries) up to a maximum eligible expense of \$800 for each ear in any five consecutive calendar year period for adults and in any three consecutive calendar year period for dependent children. Must be prescribed by an otologist and / or clinical audiologist.

Homeopath - Charges for services rendered by a homeopath are limited to a maximum eligible expense of \$200 per calendar year.

Matériel pour diabétiques (c.-à-d. glucomètres et Précijets [seringues hypodermiques sans aiguille]) – le montant maximal admissible est fixé à 700 \$ pour une période de cinq années civiles. **Les pompes à insuline**, sur ordonnance d'un médecin et lorsqu'elles sont jugées raisonnables par la Croix Bleue Medavie, jusqu'à concurrence d'un montant maximal admissible de 6 500 \$ par 5 années civiles. **Les émetteurs de surveillance de la glycémie en continu** sont couverts à 80 % du coût jusqu'à un maximum de 160 \$ par année civile. **Les capteurs** sont couverts jusqu'à un maximum de 1 824 \$ par année civile.

Services de diagnostic et de radiographie - le coût des services de diagnostic et de radiographie dispensés dans un hôpital lorsqu'ils ne sont pas offerts par un programme gouvernemental.

Diététiste – les frais demandés pour les services d'un diététiste sont limités à un montant maximal admissible de 200 \$ par année civile.

Location d'appareils – les frais demandés pour la location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital (y compris le matelas et les rampes latérales de protection) et l'équipement nécessaire à l'administration de l'oxygène. Advenant la nécessité de conserver ces fournitures à long terme, l'assureur, à sa discrétion, peut approuver l'achat de ces fournitures.

Appareils auditifs - coût d'appareils auditifs (sans les piles) prescrits par un otologiste ou un audiologiste clinicien. Montant maximum admissible de 800 \$ par oreille par période de cinq années civiles consécutives pour les adultes ou par période de trois années civiles consécutives pour les enfants à charge admissibles.

Homéopathe – les frais demandés pour les services administrés par un homéopathe sont limités à un montant maximal admissible de 200 \$ par année civile.

Medical Supplies and Services -Elastic Support Stockings and/or Elastic Wraps are covered up to a total of \$160 per calendar year. **Surgical bras** are covered up to 80% of the cost of 2 surgical bras. **Oxygen, Shoulder Harness, Slings and Manual Wheelchair Repair** will be covered to 80% of the typical charge in NB for each of these items or services.

Occupational Therapist - Charges for services rendered by an occupational therapist are limited to a maximum eligible expense of \$200 per calendar year.

Orthosis - Charges for custom made orthopedic orthosis shoes due to a deformed foot, such as a birth defect or extreme post trauma. The maximum eligible expense of \$800 in a calendar year.

Orthopedic Shoes and Modifications - Charges for custom fitted orthopedic shoes, custom molded arch supports and permanent modifications to orthopedic or regular shoes including lifts, rocker soles, wedges, steel plates, stirrups to accommodate braces, and self-adhesive closures, when required to accommodate, relieve or remedy mechanical foot defects or abnormalities and is prescribed by an orthopedic surgeon, physiatrist, rheumatologist, or the attending physician. Does **not** include shoes purchased only to accommodate orthotics or shoes required for general support and comfort such as extra-depth shoes, Birkenstock, Nike, Brooks, Rockport, etc. The maximum combined eligible expense is \$300 in a calendar year.

Fournitures médicales et services – les bas de contention élastiques ou les bandes de contention élastiques sont couverts jusqu'à un maximum de 160 \$ par année civile. Les **soutiens-gorges chirurgicaux** sont couverts jusqu'à un maximum de 80% du coût de deux soutiens-gorges chirurgicaux. **L'oxygène, les harnais, les écharpes et la réparation de fauteuils roulants** sont couverts chacun à 80 % des frais habituels au Nouveau-Brunswick.

Ergothérapeute – les frais demandés pour les services administrés par un ergothérapeute sont couverts jusqu'à un montant maximal admissible de 200 \$ par année civile.

Orthèses – coût de chaussures orthopédiques avec orthèses faites sur mesure en raison de déformation du pied comme des défauts de naissance ou post-traumatiques extrêmes. Le montant maximal admissible est de 800 \$ par année civile.

Chaussures et modifications orthopédiques – Coût d'achat de chaussures orthopédiques faites sur mesure, de supports de voûte plantaire faits sur mesure et de modifications permanentes aux chaussures ordinaires ou orthopédiques, y compris les surélévations, les semelles compensées, les coins orthopédiques, les renforcements d'acier, les étriers et les fermetures autoadhésives nécessaires pour s'adapter à un défaut (ou à une anomalie) du pied, le soulager ou le guérir, sur ordonnance d'un chirurgien orthopédiste, d'un physiatre, d'un rhumatologue ou du médecin traitant. La garantie pour chaussures orthopédiques **ne comprend pas** l'achat de chaussures qui s'adaptent uniquement aux orthèses et aux chaussures aux fins de confort et de support général, par exemple les chaussures profondes ou les chaussures de marque Birkenstock, Nike, Brooks et Rockport. Les frais maximums combinés admissibles se chiffrent à 300 \$ par année civile.

Ostomy Supplies - Charges for essential ostomy supplies.

Other Practitioners - Charges for treatment by a registered chiropractor, osteopath, acupuncturist, chiropodist / podiatrist, speech therapist or naturopathic doctor of medicine (not a relative). The maximum eligible expense is \$250 for each type of practitioner in a calendar year, which may include an x-ray charge of \$25.

Physician Services - Charges outside the participant's province of residence (but within Canada) in excess of the allowance under a Government Health Plan.

Physiotherapy, Athletic Therapy and Massotherapy – Charges for physiotherapy, athletic therapy and massotherapy treatment when rendered by a licensed physiotherapist, a certified massotherapist or a certified athletic therapist (not a relative) are limited to a combined maximum eligible expense of \$480 in a calendar year. If only Massotherapy services are used, charges are limited to maximum eligible expense of \$400 per calendar year.

Private Duty Nursing - Charges for home nursing care (other than convalescent or nursing home) on the written authorization of the physician. Focused nursing support which includes a nursing assessment to determine the most efficient manner to utilize services to maximize the benefit and a wider range of health care professionals who are authorized to deliver these services. The nurse must be an RN, RNA, or CNA or member of the V.O.N. (not a relative) registered with the Nurses' Association. The maximum eligible expense will be \$10,000 per calendar year.

Fournitures ostomiques - les frais demandés pour des fournitures ostomiques essentielles.

Autres praticiens - coût des traitements administrés par un chiropraticien, un ostéopathe, un acuponcteur, un pédicure / podologue autorisé, un orthophoniste ou un médecin en naturopathie (qui n'a aucun lien de parenté avec le malade). Le montant maximal admissible est 250 \$ par praticien par année civile, y compris des frais de radiographie de 25 \$.

Soins d'un médecin - les frais demandés à l'extérieur de la province de résidence du participant (mais à l'intérieur du Canada) qui sont en sus du montant accordé en vertu d'un programme de santé gouvernemental.

Physiothérapie / Thérapie sportive et massothérapie – le coût de traitements de physiothérapie, de thérapie sportive et de massothérapie lorsqu'ils sont administrés par un physiothérapeute titulaire d'un permis, un massothérapeute agréé ou un thérapeute du sport certifié (qui n'a aucun lien de parenté avec le malade) est limité à un montant global maximal admissible de 480 \$ par année civile. Si vous n'avez recours qu'à des services de massothérapie, les frais sont limités à une dépense maximale admissible de 400 \$ par année civile.

Soins infirmiers privés – le coût des soins infirmiers à domicile (autres que la convalescence ou les services d'un foyer de soins) moyennant l'autorisation écrite du médecin. Une évaluation infirmière pour déterminer la manière la plus efficace d'utiliser les services afin de tirer le maximum de la prestation et une plus grande sélection de professionnels de la santé autorisés à offrir ces services. L'infirmier(ère) doit être un(e) infirmier(ère) autorisé(e), un(e) infirmier(ère) auxiliaire autorisé(e) ou diplômé(e) ou membre des Infirmières de l'Ordre de Victoria (qui n'a aucun lien de parenté avec le malade) inscrit(e) auprès de l'Association des infirmier(ère)s. Le montant maximal admissible est égal à 10 000 \$ par année civile.

Professional Ambulance - Charges for professional ambulance services, or air transportation if necessary for a stretcher patient, to a maximum eligible expense of \$500 per calendar year.

Prosthetic Appliances - Charges for the following remedial prosthetic appliances or supplies: artificial limbs, breasts or eyes, crutches, splints, casts and trusses. Rental of braces is an eligible expense. If within two years, replacement of these items will not be a benefit unless due to pathological change. Repairs and / or adjustments are provided to a maximum eligible expense of \$300 in a calendar year.

Special Ambulance Attendant - Charges for travel expenses of an accompanying Registered Nurse (not a relative) where medically necessary and approved by insurer. Maximum eligible expense is \$300 in a calendar year.

Speech Aids - Charges for speech aid equipment, when approved by a qualified speech therapist and authorized by the physician, for persons who do not have oral communication ability to a lifetime maximum eligible expense of \$500.

Wigs – When hair loss is due to an underlying pathology or its treatment (i.e. cancer), not for natural pattern baldness, limited to a maximum expense of \$300 per lifetime.

Service ambulancier professionnel - les frais de services ambulanciers professionnels ou de transport aérien, si nécessaire, pour un malade en civière, jusqu'à concurrence d'un montant maximal admissible de 500 \$ par année civile.

Prothèses - les frais demandés pour les appareils ou les fournitures correctifs suivants : membres artificiels, prothèses mammaires, yeux, béquilles, éclisses, plâtres et bandages herniaires. Les frais de location pour les appareils orthopédiques sont admissibles. À l'intérieur d'une période de deux ans, le remplacement de ces appareils n'est pas admissible à des prestations à moins qu'un changement pathologique en soit la cause. Les réparations et les ajustements sont couverts jusqu'à concurrence d'un montant maximal admissible de 300 \$ par année civile.

Ambulancier auxiliaire spécial – les frais de voyage pour les services d'accompagnement d'une infirmière autorisée (qui n'a aucun lien de parenté avec le malade) lorsque médicalement nécessaires et approuvés par l'assureur. Le montant maximal admissible est de 300 \$ par année civile.

Supports orthophoniques - les frais demandés pour l'équipement de supports orthophoniques, lorsqu'il est approuvé par un orthophoniste qualifié et autorisé par le médecin, pour les personnes incapables de communiquer oralement, jusqu'à concurrence d'un montant maximal admissible de 500 \$ la vie durant.

Perruques – lorsque la perte de cheveux est attribuable à une pathologie sous-jacente ou à son traitement (c.-à-d. le cancer) et non à une calvitie naturelle la dépense admissible maximale étant limitée à 300 \$ à vie.

VISION CARE BENEFITS
(Paid at 80% of maximum eligible expense)

Eye Examination – Charges of a registered, licensed optometrist or ophthalmologist for eye examinations are covered at 80% of the typical charge in the province of NB once every two calendar years.

Lenses / Frames / Laser Corrective Surgery / Implants / Intraocular Lenses – Charges of a registered, licensed optometrist or ophthalmologist for laser corrective surgery, implants, and intraocular lenses plus charges for lenses and frames when prescribed by an optometrist / ophthalmologist. Prescribed safety glasses are a benefit. Contact lenses are also a benefit, when desired as a personal preference, and not a medical necessity. The combined maximum eligible expense is \$180 in two consecutive calendar years.

Contact Lenses - Charges for contact lenses when medically necessary for ulcerated keratitis; severe corneal scarring, keratoconus or aphakia, provided sight can be improved to at least the 20/40 level by contact lenses but cannot be improved to that level by spectacle lenses. Maximum eligible expense is \$200 in two-consecutive calendar years.

Visual Training – Visual training and remedial eye exercises, limited to a lifetime maximum eligible expense of \$150 per person.

PRESTATIONS POUR LES SOINS DE LA VUE (à raison de 80 % du montant maximal admissible)

Examens de la vue – les honoraires d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste agréé et autorisé à pratiquer des examens de la vue sont couverts jusqu'à concurrence de 80 % des frais habituels pour un examen de la vue au N.-B tous les deux ans.

Lentilles / Montures / Chirurgie corrective au laser / Implants / Lentilles intraoculaires – les honoraires d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste agréé et autorisé à pratiquer pour chirurgie corrective au laser, implants et lentilles intraoculaires, plus les frais pour les lentilles et montures lorsqu'elles sont prescrites par un optométriste ou un ophtalmologiste. Les lunettes de sécurité achetées sur ordonnances sont admissibles. Les verres de contact sont également admissibles même lorsqu'il s'agit d'une préférence personnelle sans nécessité médicale. Le montant maximal global admissible est de 180 \$ par période de deux années civiles consécutives.

Verres de contact - les frais pour les verres de contact lorsque nécessaires pour cause médicale en cas de kératite ulcéreuse, taie sévère de la cornée, kératocône ou aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 par des verres de contact, sans qu'il soit possible d'améliorer la vue à ce niveau au moyen de lunettes. Le montant maximum admissible est de 200 \$ par période de deux années civiles consécutives.

Entraînement visuel - l'entraînement visuel et les exercices correctifs de la vue, le montant maximal admissible étant limité à 150 \$ par personne la vie durant.

PRESCRIPTION DRUG BENEFITS***Direct Payment******(\$15.00 co-payment per prescription item******rev. 04/2004)***

Prescription Drugs include drugs which by law may only be obtained with the written prescription of a physician or dentist, authorized by insurer and dispensed by a pharmacist. Coverage under the Plan is limited to a Defined Benefit Formulary and claims are assessed using the Mandatory Generic Substitution (MGS) approach. Under this approach, your pharmacist will automatically dispense the lower cost generic drug unless there is supporting medical documentation that has been approved by the insurer.

Prescription drugs that do not appear on the Defined Benefit Formulary or for which there is a medically adverse reaction may be considered under a Special Authorization Process by application directly to the insurer.

To apply for Special Authorization, you must arrange for the health care professional rendering the service to complete a Special Authorization form. Any costs incurred for completion of this form is your responsibility.

Diabetic Supplies - Charges for the following diabetic supplies in a reasonable quantity prescribed by a physician: needles, syringes, swabs, test tapes, lancets, and infusion sets (disposable needles and tubes used with insulin pumps). Plan member responsible to pay 20% of the cost of the supplies, up to a maximum of \$15.

**PRESTATIONS POUR LES MÉDICAMENTS
SUR ORDONNANCE*****Paiement direct******(15,00 \$ de paiement conjoint, par article******d'ordonnance rév. 04/2004)***

Les médicaments sur ordonnance comprennent les produits qui, selon la loi, ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste, avec l'autorisation de l'assureur et dispensés par un pharmacien. La couverture en vertu du régime est limitée à un formulaire de prestations déterminées, et les réclamations sont évaluées au moyen de l'approche de substitution générique obligatoire (SGO). Selon cette approche, votre pharmacien dispensera automatiquement le médicament générique le moins coûteux, à moins que des renseignements médicaux à l'appui aient été approuvés par l'assureur.

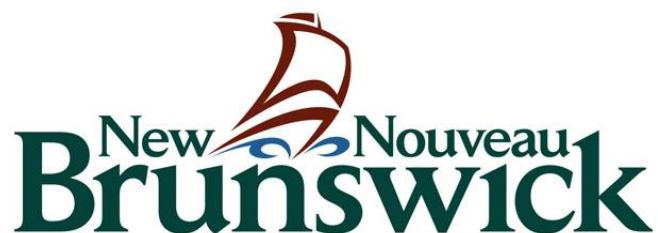
Les médicaments sur ordonnance qui ne figurent pas au formulaire de prestations déterminées ou qui entraînent une réaction indésirable chez l'adhérent pourraient être considérés par suite d'une demande d'autorisation spéciale présentée directement à l'assureur.

Pour soumettre une demande d'autorisation spéciale, vous devez demander à votre professionnel de la santé de remplir un formulaire Demande d'autorisation spéciale. Les coûts associés à l'obtention de ce formulaire rempli sont à votre charge.

Fournitures pour diabétiques – les frais demandés pour les fournitures diabétiques suivantes en quantité raisonnable sur l'ordonnance d'un médecin : aiguilles, seringues, tampons, rubans d'analyse, lancettes et nécessaires à injections (aiguilles et tubes jetables utilisés avec les pompes à insuline). Le participant est responsable de payer 20 % du coût des fournitures jusqu'à concurrence de 15 \$.

TRAVEL PLAN

RETIRES - PROVINCE OF NEW BRUNSWICK



RÉGIME DE PROTECTION-VOYAGE

RETRAITÉS – GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK

GROUP TRAVEL

The Province of New Brunswick offers Travel coverage to retiring employees. You may elect to transfer coverage from an approved active plan to the retirement plan by making application within 31 days from the date your coverage ended.

Group Travel covers a wide range of benefits which are provided as a result of an accident or unexpected illness incurred outside the participant's province of residence in Canada or outside Canada while on business or vacation. Subject to maximums, the Plan pays 100% of the eligible expenses less any amount payable under any Government Health Program, to a maximum of \$2,000,000 per participant per incident.

If you have a pre-existing condition, known prior to travelling, it must be "stabilized" for three months prior to date of departure to be eligible for a claim. "Stabilized" means you did not require either medical consultation or diagnosis or hospitalization or changed in medication related to that known condition during this three-month period.

A procedure has been established that will allow retirees who plan to travel to determine **in advance** if a claim would be paid for a known medical condition.

One week prior to departure you must call Medavie Blue Cross at 1-800-667-4511 to confirm if a known medical condition would be covered.

RÉGIME COLLECTIF DE VOYAGE

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick offre à ses employés retraités un régime d'assurance voyage. Vous pouvez décider de transférer la couverture d'un régime actif approuvé au régime des retraités en présentant une demande en ce sens dans les 31 jours suivant la date de la fin de votre couverture.

Le Régime collectif de voyage offre une vaste gamme de prestations qui sont payables à la suite d'un accident ou d'une maladie imprévue qui survient à l'extérieur de la province de résidence du participant lorsqu'il est en voyage d'affaires ou en vacances au Canada ou à l'extérieur du Canada. Sous réserve des montants maximums, le régime paie la totalité des frais admissibles moins tout montant permis en vertu d'un programme de santé gouvernemental, pour un maximum de 2 000 000 \$ par incident, et ce, par participant.

Si vous avez un problème médical connu, votre condition doit avoir été stable pendant trois mois avant la date du départ en voyage pour pouvoir faire une demande de remboursement. "Condition stable" signifie que vous n'avez pas eu besoin soit de consultation médicale ou de diagnostic ou d'hospitalisation ou de changement de médicament en rapport avec cette condition déjà connue, et ce, au cours des trois mois précédant votre départ.

Une procédure a été établie pour permettre aux retraités qui ont l'intention de voyager à l'extérieur du pays de déterminer **à l'avance** si une demande de règlement sera acceptée pour une condition médicale déjà connue.

Une semaine avant votre départ, vous devez communiquer avec la Croix Bleue Medavie au 1-800-667-4511 afin de confirmer si la condition médicale déjà connue sera couverte.

Ambulance - Normal charges for licensed ambulance service including air ambulance and evacuation to and from the nearest qualified medical facility.

Coming Home - Extra costs of return economy fare by the most direct route (air, bus, train) when an illness is such that the patient must return home and be accompanied by a qualified medical attendant (not a relative). Written authorization is required from the attending physician. If returning on a commercial aircraft, this coverage includes:

- two economy seats by most direct route to the patient's home city in Canada, one for the covered patient and one round trip fare for a medical attendant; or
- the number of economy seats required to accommodate the covered person if on a stretcher and one round trip for a medical attendant.

Dental Services - Charges for dental treatment to a maximum of \$1,000 in all when, as the result of accidental injury (direct accidental blow to the mouth), natural teeth have been damaged, or a fractured or dislocated jaw requires setting. Such dental treatment must be rendered or reported and approved for payment by the insurer within 180 days of the accident and be supported by details of the accident.

Diagnostic Services - Charges for laboratory services for diagnostics and x-rays when ordered by the attending physician.

Ambulance - les frais normaux pour les services d'ambulance agréés, y compris le transport aérien et l'évacuation jusqu'au lieu le plus près où se trouvent les services médicaux compétents.

Retour du malade – les frais additionnels de transport en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsqu'une maladie est telle que le malade doit retourner chez lui et être accompagné par un aide médical qualifié (qui n'est pas un parent). Le médecin traitant doit fournir une autorisation écrite. Si le retour se fait dans un avion commercial, la protection suivante est incluse :

- deux billets en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la ville de résidence au Canada, un billet pour le malade assuré et un billet aller-retour pour l'accompagnateur médical; ou
- si une civière s'impose, le coût de sièges supplémentaires nécessaires pour l'installation de la civière, ainsi qu'un billet aller-retour pour l'accompagnateur médical.

Services de soins dentaires - les frais pour les soins dentaires administrés par suite d'une blessure accidentelle (coup direct et accidentel à la bouche), lorsque les dents naturelles ont été endommagées ou qu'une fracture ou dislocation de la mâchoire requiert une restauration, jusqu'à concurrence d'un montant global de 1 000 \$. Ces soins dentaires doivent être donnés ou signalés et approuvés aux fins de paiement par l'assureur dans les 180 jours de l'accident avec toutes les précisions au sujet de l'accident.

Frais de diagnostic - les frais d'analyse de laboratoire et de radiographie lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant.

Emergency and Payment Assistance – The services of a 24-hour emergency hotline are available to participants who need assistance while travelling. By telephoning the appropriate number on the back of your card when a medical emergency occurs, coverage will be confirmed to the hospital or physician. Payment of medical expenses will be arranged or coordinated on behalf of the participant.

Hospital – The cost of hospital room accommodations (not a suite) and medically necessary inpatient / outpatient services.

Meals and Accommodations - Up to \$1,200 Canadian (\$150 per day for 8 days) per trip for extra costs of commercial accommodation and meals incurred by the employee, or by a covered dependent remaining with a travelling companion when the trip is delayed due to illness or accident to a travelling companion or a covered person. This must be verified by the attending physician and supported with receipts from commercial organizations.

Nurse – Charges for private duty nursing, when ordered by an attending physician.

Out of Country Referral - Coverage is provided, on a referral basis only, for services out of the Country which are **medically required**, and not available in Canada. The Plan pays 100% of the eligible expense up to a lifetime maximum payment of \$500,000 per person. Prior approval of the insurer is required.

Assistance en cas d'urgence et pour le paiement - un service d'aide jour et nuit est assuré, au moyen d'une ligne téléphonique directe, pour les participants qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. Si une urgence médicale survient, vous pouvez téléphoner au numéro au verso de votre carte. Le service prendra les dispositions nécessaires pour confirmer votre adhésion au régime de protection auprès du médecin ou de l'établissement hospitalier. Le paiement des frais médicaux sera fait ou coordonné au nom du participant.

Frais d'hospitalisation - le coût d'une chambre d'hôpital (une seule pièce) et les soins médicalement nécessaires reçus à l'hôpital ou aux services de consultation externe.

Repas et hébergement - jusqu'à concurrence de 1 200 \$ CAN (150 \$ par jour pendant 8 jours) par voyage pour les frais supplémentaires d'hébergement et le coût des repas dans un établissement commercial pour l'employé ou une personne à charge assurée qui doit demeurer avec un compagnon ou une compagne de voyage lorsque le voyage est interrompu par suite de maladie ou de blessure dont souffre le compagnon, la compagne ou la personne assurée. Cette demande de règlement doit être appuyée d'une preuve du médecin traitant et de reçus des établissements commerciaux.

Soins infirmiers – les frais pour soins infirmiers personnels lorsqu'ils sont prescrits par un médecin traitant.

Recommandation de soins médicaux à l'extérieur du pays - sur recommandation seulement, sont admissibles les services reçus à l'extérieur du pays qui sont **médicalement requis** et qui ne sont pas offerts au Canada. Le régime paie la totalité des frais admissibles jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 500 000 \$ par personne la vie durant. L'approbation préalable de l'assureur est requise.

Paramedical Services - Charges made by a licensed chiropractor, osteopath, chiropodist, podiatrist or physiotherapist, up to the usual and customary fee excluding x-rays.

Physicians and Surgeons - Customary charges of physicians and surgeons for services rendered.

Prescriptions - Charges for drugs, serums and injectables in a quantity sufficient for the period of travel, as purchased on the prescription of a physician (vitamins, patent and proprietary drugs excluded).

Return of Deceased - Up to \$3,000 Canadian towards the cost of preparation and homeward transportation of the deceased (excluding the cost of a coffin) to the point of departure in Canada by the most direct route in the event of death of the covered person.

Transportation to Visit the Covered Person - Return economy fare by most direct route for transportation costs (air, bus, train), when the covered person has been confined to hospital, or has died, and the attending physician advised the necessary attendance of a family member or close friend of the covered person.

Vehicle Return - An allowance of up to \$500 Canadian for the cost of driving the patient's vehicle, either private or rental, by commercial agency to the patient's residence or nearest appropriate vehicle rental agency when the patient is unable to return it due to sickness or accident.

Wheelchairs, Crutches, Canes - Rental of wheelchairs, crutches, canes when required as a result of a sudden illness, when ordered by a physician. These items must be obtained outside the province of residence to qualify as benefits.

Soins paramédicaux - les honoraires des chiropraticiens licenciés, des ostéopathes, des podologues, des podiatres et des physiothérapeutes, au tarif habituel et ordinaire sans compter les radiographies.

Honoraires de médecins et chirurgiens - les frais habituels des médecins et chirurgiens pour les soins rendus.

Ordonnances - les frais pour médicaments, sérums et produits injectables, en quantité suffisante pour la durée du voyage, achetés sur ordonnance d'un médecin (à l'exception des vitamines et des médicaments brevetés).

Retour de la dépouille - jusqu'à concurrence de 3 000 \$ CAN pour le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) par la route la plus directe au point de départ au Canada, advenant le décès de la personne assurée.

Transport pour visiter la personne assurée – les frais de transport aller-retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) lorsqu'une personne assurée est retenue à l'hôpital ou décède et que le médecin traitant a déterminé comme nécessaire la présence d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e) proche de la personne assurée.

Retour du véhicule - une allocation jusqu'à concurrence de 500 \$ CAN pour le coût de faire conduire, par une agence commerciale, le véhicule personnel du malade ou un véhicule de location à sa résidence ou à l'agence pertinente de location de véhicules la plus près, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper.

Fauteuils roulants, béquilles, cannes - les frais de location de fauteuils roulants, béquilles et cannes lorsque ces articles sont requis à la suite d'une maladie subite lorsqu'ils sont prescrits par un médecin. Ces articles doivent être obtenus à l'extérieur de la province de résidence pour être admissibles.

Claiming Benefits

When not using the Emergency and Payment Assistance services, obtain detailed receipts in duplicate for any expenses incurred outside your province of residence. Upon your return, send one of the receipts to your Provincial Government Health Plan for their consideration and payment. When a reply has been received from them, send proof of their payment together with appropriate receipts to Medavie Blue Cross – Claims Department for payment of the remaining eligible benefits. Always provide your Identification Number when submitting a claim.

Claims for services outside of Canada are paid by Medavie Blue Cross in Canadian currency based on the rate of exchange in effect at the conclusion of the services.

Coordination of Benefits - Benefit payments will be coordinated with any other plan or arrangement so that the total amount received from all sources will not be greater than the actual expense incurred.

Comment présenter une demande de règlement

Si vous ne passez pas par l'entremise des Services d'assistance en cas d'urgence et pour le paiement, procurez-vous des reçus détaillés en double exemplaire pour tous les frais engagés à l'extérieur de votre province de résidence. À votre retour, envoyez une copie au régime gouvernemental d'assurance-maladie de votre province pour évaluation et paiement. Lorsque vous aurez reçu leur réponse, envoyez la preuve du paiement avec les reçus pertinents à la Croix Bleue Medavie – Service de règlement, pour obtenir le paiement des frais admissibles. Indiquez toujours votre numéro d'identification lorsque vous présentez une demande de règlement.

Les prestations pour services à l'extérieur du Canada sont payées par la Croix Bleue Medavie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date des services.

Coordination des prestations - Le versement de prestations sera coordonné à tout autre régime ou programme de sorte que le montant total reçu de toutes parts ne sera pas supérieur aux dépenses effectivement engagées.

Exceptions and Limitations - Health Care Benefits will not be payable for charges in connection with the following:

- convalescent, custodial or rehabilitation services
- conditions not detrimental to health
- services or supplies normally provided without cost or at nominal cost by the participant's government health plan
- benefits the participant receives or is entitled to receive from Workers' Compensation
- mileage or delivery charges
- insurrection or war
- participation in the commission of a criminal offense
- a service or supply which is experimental or investigative in nature or one which is not medically necessary.

Exceptions et limites - Il ne sera versé aucune prestation pour une ou plusieurs des causes suivantes :

- soins de convalescence, services de garde ou de réadaptation
- conditions qui ne nuisent pas à la santé
- services ou produits normalement dispensés sans frais ou à un coût minime au participant au titre d'un régime gouvernemental d'assurance-maladie
- prestations que le participant reçoit ou est en droit de recevoir de la Commission des accidents au travail
- indemnité au kilomètre et frais de livraison
- blessures ou maladies résultant d'une guerre ou d'une insurrection
- blessure subie lors de la participation à la perpétration d'une infraction criminelle
- un produit ou service de nature expérimentale ou exploratoire ainsi qu'un produit ou service qui n'est pas nécessaire sur le plan médical.

DENTAL PLAN

RETIRES - PROVINCE OF NEW BRUNSWICK



RÉGIME DE SOINS DENTAIRES

RETRAITÉS – GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK

The Province of New Brunswick offers Dental coverage to retiring employees. You may elect to transfer coverage from an approved active plan to the retirement plan by making application within 31 days from the date your coverage ended.

Dental benefits are based upon the usual and customary charges, up to the New Brunswick Dental Fee Guide for general practitioners. Dental coverage is **not** adjusted automatically to reflect the current Fee Guide. Revisions to coverage must be approved and are usually accompanied by a corresponding rate increase. Please consult Medavie Blue Cross to determine the N. B. Dental Fee Guide in effect.

If you or your dependents incur charges for any of the following, the insurer will reimburse you at the rate of 80%.

Important:

The benefits provided under this Plan are not intended to fix the values of dental services, and dentists are free to charge their usual fees. Any shortfall is the responsibility of the employee.

BENEFITS

Diagnostics

- Clinical oral examinations one recall oral examination in a calendar year.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick offre à ses employés retraités un régime de soins dentaires. Vous pouvez décider de transférer la couverture d'un régime actif approuvé au régime des retraités en présentant une demande en ce sens dans les 31 jours suivant la date de la fin de votre couverture.

Les prestations dentaires sont basées sur les frais usuels et habituels, jusqu'à concurrence du montant prévu dans le Guide d'honoraires de la société dentaire du Nouveau-Brunswick. La garantie Soins dentaires n'est **pas** automatiquement ajustée pour être conforme aux taux en vigueur du Guide d'honoraires. Les révisions à la garantie doivent être approuvées et s'accompagnent généralement d'une augmentation correspondante des taux. Veuillez consulter la Croix Bleue Medavie pour déterminer quel Guide d'honoraires de la société dentaire du Nouveau-Brunswick est actuellement en vigueur.

Si vous ou vos personnes à charge engagez des frais pour l'un des services suivants, l'assureur vous remboursera à raison de 80 %.

Important :

Les prestations offertes en vertu du présent régime ne visent pas à établir la valeur des services dentaires et les dentistes ont toute liberté d'imposer leurs honoraires habituels. L'employé a la responsabilité de combler l'insuffisance des prestations, s'il y a lieu.

PRESTATIONS

Diagnostics

- Examens buccaux cliniques, un examen de rappel par année civile.

X-ray examinations:

- full mouth or panoramic films - one set of each in a calendar year
- single films (up to 10), occlusal, posterior bitewings in a calendar year
- extraoral films – (up to 8) in a calendar year
- temporomandibular joint (TMJ) – (up to 4) in a calendar year
- Tests, laboratory examinations and treatment planning

Preventative Services

Cleaning and polishing, fluoride treatments, limited to one of each in a calendar year; nutritional counselling; oral hygiene instruction, pit and fissure sealants, space maintainers and protective athletic mouthguards, maintenance and repair; one in a calendar year.

Restorative Services

Fillings, recementing inlays and crowns, removal of inlays and crowns, and cement restorations.

Endodontic Services

Diagnosis and treatment of the pulp (nerve) and tissue which supports the end of the root; root canal therapy and emergency procedures.

Periodontic Services

Diagnosis and treatment of disease which affects the supporting tissue of the teeth, such as the gums and bones surrounding the teeth; periodontal appliances (Bite Plate / Bruxism / Myofacial), TMJ appliances – any one upper and one lower appliance in two (2) calendar year.

Prosthodontic Services - Removable

Denture repairs, denture rebasing and relining (once every 24 months) and tissue conditioning.

Surgical Services

Extraction of teeth.

Radiographies :

- bouche complète ou films panoramiques - une série de chaque par année civile
- radiographie isolée (jusqu'à 10), occlusale languettes postérieures par année civile
- films extrabuccaux (jusqu'à 8) par année civile
- articulation temporo-mandibulaire (ATM)- (jusqu'à 4) par année civile.
- tests, examens de laboratoire et plan de traitement

Services de prévention

Nettoyage et polissage, traitements au fluore, limité à un de chaque par année civile, service de nutritionniste, directives d'hygiène orale, scellants de puits et fissures, mainteneurs d'espace et protège-dents d'athlète, entretien et réparation - un par année civile.

Services de restauration

Obturations, recimentation d'incrustations et de couronnes, ablation d'incrustations et de couronnes et restaurations en ciment.

Endodontie

Le diagnostic et le traitement de la pulpe (nerf) et du tissu qui appuie le bout de la racine; le traitement de canal et les procédures d'urgence.

Périodontie

Diagnostic et traitement de maladies qui affectent les tissus qui supportent les dents, tels que les gencives et les os qui entourent les dents; les appareils périodontaux (plaque d'occlusion / bruxisme / myofaciale), appareils ATM – un appareil supérieur et un appareil inférieur par deux années civiles.

Prosthodontie - amovible

Réparations de prothèses, rebasage et regarnissage de prothèses (une fois par 24 mois) et garnissage temporaire thérapeutique.

Chirurgie

Extraction de dents.

General Services

Emergency treatment of dental pain, local anesthesia as well as conscious sedation, consultation with another dentist.

EXCLUSIONS AND LIMITATIONS

The dental plan does not cover:

- services for which the employee or dependent is entitled and/or prohibited to indemnity from a public Government program, or any plan arrangement
- dental treatment required as a result of self-inflicted injuries, insurrection, war or engaging in a riot
- services for which the Government prohibits the payment of benefit
- services provided without charge or paid for by your Employer
- services performed by an unqualified practitioner
- missed appointments or the completion of claim forms
- services not listed as a covered benefit.

CLAIMS

Claims must be submitted to the Plan carrier for reimbursement. If your dentist is proposing extensive treatment, it is recommend you have a Treatment Plan completed and submitted for review to determine, **in advance**, how much will be covered.

Services généraux complémentaires

Traitement d'urgence pour douleur aux dents, anesthésie locale ou sédation consciente et consultation avec un autre dentiste.

EXCLUSIONS ET LIMITES

Le régime de soins dentaires ne couvre pas :

- les soins pour lesquels l'employé ou une personne à sa charge a droit à une indemnité ou interdits d'indemnité au titre d'un programme gouvernemental public ou de tout autre régime ou disposition
- le traitement dentaire requis à la suite de blessures que le malade s'est infligées lui-même, d'une insurrection, d'une guerre ou de la participation à une émeute
- les soins pour lesquels le gouvernement interdit le paiement des prestations
- les soins qui sont offerts sans frais ou qui sont payés par l'employeur
- les soins rendus par un praticien non qualifié
- les frais demandés pour un rendez-vous manqué ou pour avoir rempli des formules de demande de règlement
- les soins qui ne sont pas désignés comme prestation.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les demandes de règlement doivent être soumises à l'administrateur du régime aux fins de remboursement. Si votre dentiste propose un traitement étendu, nous vous recommandons de faire remplir un plan de traitement pour le soumettre à l'examen afin de déterminer **à l'avance** le montant des prestations prévues.

Inquiries

If payments for coverage are deducted from your pension cheque - please contact:

Vestcor
P. O. Box 6000
Fredericton, N. B.
E3B 5H1

Telephone: (506) 453-2296 or
Toll free 1 800 561-4012
Fax : (506) 457-7388
Website: www.vestcor.org

If payments for coverage are deducted directly from your bank account through pre-authorized chequing arrangements - please contact Medavie Blue Cross.

Medavie Blue Cross has branch offices at the following locations to answer any claims' inquiries you may have relating to your benefit plan:

NEW BRUNSWICK**Fredericton**

Unit 2 – 1055 Prospect Street
Fredericton, N. B.
E3B 5B9
1 800 667-4511 - ext 4001

Saint John

47A Consumers Drive
Saint John, N. B.
E2J 4Z7
1 800 667-4511 - ext 4001

Demandes de renseignements

Si le paiement de vos primes est prélevé à partir de votre chèque de pension, communiquez avec :

Vestcor
C. P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1

Téléphone : (506) 453-2296 ou sans frais
1 800 561-4012
Télécopieur : (506) 457-7388
Site Web : www.vestcor.org

Si vos primes sont prélevées directement à partir de votre compte bancaire au moyen de paiements automatiques, communiquez avec Croix Bleue Medavie.

La Croix Bleue Medavie a des bureaux régionaux aux endroits suivants afin de répondre à vos demandes de renseignements au sujet de votre régime d'avantages assurés :

NOUVEAU-BRUNSWICK**Fredericton**

1055, rue Prospect, bureau 2
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5B9
1 800 667-4511 – poste 4001

Saint-Jean

47A, promenade Consumers
Saint-Jean (Nouveau-Brunswick)
E2J 4Z7
1 800 667-4511– poste 4001

NOVA SCOTIA**Halifax**

Barrington Tower, Scotia Square
1894 Barrington Street
Halifax, Nova Scotia
B3J 2A8
1 800 667-4511 - ext 4001

Dartmouth

Street Address:
230 Brownlow Avenue
Dartmouth, Nova Scotia
E3B 0G5

Mailing Address:

P. O. Box 2200
Halifax, Nova Scotia
B3J 3C6
1 800 667-4511 - ext 4001

PRINCE EDWARD ISLAND**Charlottetown**

Atlantic Technology Centre
90 University Avenue, Suite 120
Charlottetown, PE
C1A 9S2
1 800 667-4511 - ext 4001

NEWFOUNDLAND**St. John's**

Kenmount Business Centre
66 Kenmount Road, Suite 102
St. John's, Newfoundland
A1B 3V7
1 800 667-4511 - ext 4001

NOUVELLE-ÉCOSSE**Halifax**

Tour Barrington, Place Scotia
1894, rue Barrington
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 2A8
1 800 667-4511– poste 4001

Dartmouth

Adresse civique :
230, avenue Brownlow
Dartmouth (Nouvelle-Écosse)
E3B 0G5

Adresse postale :

C. P. 2200
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3J 3C6
1 800 667-4511– poste 4001

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD**Charlottetown**

Centre de technologie de l'Atlantique
90, avenue University, bureau 120
Charlottetown (Î.P.É.)
C1A 9S2
1 800 667-4511– poste 4001

TERRE-NEUVE**St. John's**

Centre Kenmount Business
66, chemin Kenmount, bureau 102
St. John's (Terre-Neuve)
A1B 3V7
1 800 667-4511– poste 4001