Régimes d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick

UN GUIDE POUR LES JUGES DE LA COUR PROVINCIALE

Standing Committee on Insured Benefits
Comité permanent sur les régimes d'assurance

New Nouveau Brunswick

Ce livret résume les avantages sociaux collectifs offerts aux juges à la date d'émission et a été préparé uniquement à des fins d'information. Même si tout a été mis en œuvre pour s'assurer que le présent sommaire est exact, les avantages peuvent changer de temps à autre. À titre de sommaire, ce livret ne comprend pas la totalité des détails, qualifications, restrictions, exclusions et limites applicables aux régimes d'avantages sociaux collectifs des employés.

Le présent sommaire n'est pas un document juridique et ne crée aucun droit ni aucune obligation d'ordre juridique. Le contrat officiel d'assurance collective des employés, les ententes de service, la législation, les règlements et les lignes directrices régiront toutes les questions de droit aux avantages sociaux.

© Droit d'auteur de la Couronne, Province du Nouveau-Brunswick, 2022
Régime d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick: Un guide pour les juges de la Cour provinciale
Services des avantages sociaux des employés
Ministère des Finances et du Conseil du Trésor
Date d'émission : novembre 2022
Dernière révision : juin 2025

Pour obtenir la version la plus récente de ce livret, utilisez ce code QR.

Table des matières

Introduction 1
Fournisseurs de services 1
Admissibilité, adhésion et demande tardive 2
Critères d'admissibilité des juges 2
Critères d'admissibilité des personnes à charge 2
Adhésion et changements 3
Changements dans la vie 4
Processus de demande tardive 6
Désignation du bénéficiaire 6
Prestation de survivant 7
Contributions et paiements des primes 8
Taux des primes mensuelles 8
Entrée en vigueur de la couverture et retenues des primes 9
Maintien de la couverture lors d'un congé ou d'une mise en disponibilité 10
Congé approuvé 10
Cessation de la couverture 12
Régime de soins médicaux 13
Comment adhérer 13
Prestations couvertes 13
Conseils santé et gestion des maladies chroniques 19
Comment accéder à la prestation? 20
Soumission des réclamations 20
Limites et exclusions 21
Régime d'assurance voyage 23
Comment adhérer 23
Prestations couvertes 23
Références à l'extérieur du Canada 25
Assistance voyage dans le monde entier 25
Soumission des réclamations 26
Limites et exclusions 26
Régime d'assurance voyage d'affaires 28
Comment adhérer 28
Prestations couvertes 28
Assistance voyage dans le monde entier 29
Soumission des réclamations 29
Limites et exclusions 29
Régime de soins dentaires 30
Comment adhérer 30
Prestations couvertes 30
Soumission des réclamations 32

Limites et exclusions ... 32
Régime d'assurance-vie ... 34
Comment adhérer ... 34
Prestation pour maladie en phase terminale ... 35
Soumission des réclamations ... 35
Limites et exclusions ... 35
Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident ... 36
Comment adhérer ... 36
Prestations couvertes ... 37
Prestation pour maladies graves ... 37
Prestation pour état comateux ... 38
Prestations supplémentaires pour toutes les options de couverture ... 38
Prestations supplémentaires pour l'ADMA - volontaire ... 40
Soumission des réclamations ... 40
Limites et exclusions ... 41
Assurance pour maladies graves - Garantie facultative ... 42
Critères d'admissibilité ... 42
Maladies couvertes ... 42
Comment adhérer ... 43
Soumission des réclamations ... 44
Limites et exclusions ... 45
Exonération des primes ... 46
Quand et comment faire une demande pour l'exonération des primes ... 46
Période de l'exonération des primes ... 47
Cessation de l'exonération des primes ... 48
Limites et exclusions ... 48
Conversion et transfert ... 49
Conversion de l'assurance-vie et de l'ADMA ... 49
Transfert de la couverture des régimes de soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires aux régimes d'avantages sociaux des retraités ... 50
Contacts ... 52
Croix Bleue Medavie (administrateur des réclamations / assureur) ... 52
Vestcor (administrateur des régimes) ou l'employeur ... 52
Annexe A : Demandes et formulaires ... 53
Annexe B: Liste de contrôle pour l'adhésion ... 54
Annexe C: Carte d'identification de Croix Bleue Medavie ... 55
Annexe D: Lignes directrices - Demande de prestation de décès ... 56

Introduction

Les régimes d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick offrent aux juges de la Cour provinciale participants une aide dans la couverture des dépenses précisées en matière de soins de santé, de voyage et de soins dentaires, un soutien durant les périodes difficiles et une protection financière en cas de maladie, de blessure et d'événements imprévus. Les régimes d'avantages sociaux des juges de la Cour provinciale sont financés par les contributions du juge et de l'employeur et sont supervisés par le Comité permanent sur les régimes d'assurance (CPRA). Ils sont gérés régulièrement pour s'assurer qu'ils sont abordables, viables et qu'ils répondent aux besoins des juges. L'administration quotidienne de ces politiques sur les avantages sociaux est supervisée par l'équipe des Services des avantages sociaux des employés, du ministère des Finances et du Conseil du Trésor.

Ce livret, à l'intention des juges et des personnes à leur charge, donne un aperçu des régimes d'avantages sociaux suivants :

- Régime de soins médicaux
- Régime d'assurance voyage
- Régime d'assurance voyage d'affaires
- Régime de soins dentaires
- Régime d'assurance-vie
- Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA)
- Exonération des primes

De plus, ce livret contient des renseignements utiles sur le maintien de la couverture des régimes d'avantages sociaux durant les interruptions de l'emploi et à la cessation d'emploi.

Pour obtenir de l'information sur les avantages sociaux offerts à d'autres groupes, veuillez consulter les livrets suivants:

- Régimes d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick: Un guide pour les employés actifs
- Régimes d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick: Un guide pour les retraités

Fournisseurs de services

Dans le cas des régimes d'avantages sociaux, les services sont assurés et administrés par les fournisseurs externes énoncés dans le tableau suivant. Les fournisseurs sont susceptibles de changer à la fin de chaque contrat.

Régimes d'avantages sociaux et services	Fournisseur de services
Régime de soins médicaux	Croix Bleue Medavie (CBM)
Régime d'assurance voyage	Croix Bleue Medavie (CBM)
Régime d'assurance voyage d'affaires	Croix Bleue Medavie (CBM)
Régime de soins dentaires	Croix Bleue Medavie (CBM)
Régime d'assurance-vie	Croix Bleue Medavie (CBM)
Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA)	Croix Bleue Medavie (CBM)
Exonération des primes	Croix Bleue Medavie (CBM)
Administration des réclamations / Assureur	Croix Bleue Medavie (CBM)
Administration des régimes	Vestcor

Retour à la table des matières

Admissibilité, adhésion et demande tardive

Les régimes d'avantages sociaux sont offerts à tous les juges de la Cour provinciale du Nouveau-Brunswick et à leurs personnes à charge qui répondent aux critères d'admissibilité énumérés ci-dessous et aux critères d'admissibilité des personnes à charge énumérés à la page 3. Les juges et les personnes à charge **doivent** s'inscrire dans les **31 jours civils** suivant leur admissibilité aux régimes. Aucune question médicale ne sera posée aux juges et personnes à charge s'ils soumettent leur demande d'adhésion dans ces 31 jours civils. Si ce délai n'est pas respecté, les juges et personnes à charge seront traités comme des demandeurs tardifs, devront remplir une *Déclaration de santé* et risquent de se voir refuser la couverture par l'assureur.

Les juges participants ont également la possibilité d'inscrire les personnes à charge admissibles aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage, de soins dentaires, d'assurance-vie des personnes à charge et d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA) - volontaire. Une assurance facultative contre les maladies graves est également offerte aux juges et aux personnes à charge admissibles.

Critères d'admissibilité des juges

Les critères d'admissibilité des juges aux régimes d'avantages sociaux sont les suivants :

- Les juges qui travaillent à temps plein seront admissibles dès leur premier jour de travail.
- Les juges auxquels on a mis fin à l'emploi et qui sont ensuite réembauchés dans les six (6) mois suivant leur cessation d'emploi sont admissible au rétablissement de leur couverture immédiatement à leur retour au travail.
- Les juges qui ont eu un changement dans la vie admissible, tel que décrit à la page 5, et qui répondent à l'un des critères d'admissibilité énumérés ci-dessus, ont la possibilité d'adhérer ou d'apporter des changements à leurs avantages sociaux dans un délai de **31 jours civils** suivant le changement dans la vie.
- Les juges doivent être des résidents du Canada pour être admissibles à la participation, et doivent travailler au Canada. De plus, pour la couverture des soins médicaux, d'assurance voyage (s'applique aussi à l'assurance voyage d'affaires) et des soins dentaires seulement, les juges doivent être couverts par l'assurance-maladie d'un gouvernement provincial ou territorial (par exemple, Medicare).

Critères d'admissibilité des personnes à charge

Les personnes à charge sont définies comme le conjoint et les enfants à charge du juge et leurs critères d'admissibilité aux régimes d'avantages sociaux sont énoncés dans le tableau de la page 3.

Pour que les personnes à charge aient le droit de participer à un des régimes d'avantages sociaux, le juge doit aussi participer à ce régime (par exemple, une personne à charge ne peut pas participer au régime de soins dentaires, sauf si le juge y participe aussi).

Les personnes à charge doivent résider du Canada et pour la couverture des soins médicaux, d'assurance voyage et des soins dentaires seulement, elles doivent être couvertes par l'assurance-maladie d'un gouvernement provincial ou territorial (par exemple, Medicare).

Régimes d'avantages sociaux	Personnes à charge	Critères d'admissibilité
Soins médicaux Assurance Voyage Soins dentaires Assurance-vie pour personnes à charge ADMA volontaire	Conjoint	Un conjoint est admissible à la couverture s'il ou elle est légalement marié au juge ou s'il vit en union de fait avec le juge depuis au moins un an. Un conjoint divorcé n'est pas admissible à la couverture. Seulement un seul conjoint est admissible à la couverture. Lorsque le juge a plus d'un conjoint, tel que défini ci-dessus, le juge peut choisir lequel des conjoints sera couvert.
	Enfants*	Les enfants à charge sont admissibles pour une couverture si tous les critères suivants sont remplis: • sont âgés de moins de 21 ans; • sont les enfants naturels, adoptés ou beaux-enfants du juge; • sont sans emploi - dépendent du juge pour leurs soins et leur soutien financier; et • ne sont pas mariés ou dans une relation de conjoint de fait. **IMPORTANT!** Dans le cas d'un enfant né (mort-né), la couverture de l'assurance-vie pour personnes à charge prendra effet à partir de la 28e semaine de la conception.
	Étudiants	La couverture des enfants à charge peut se poursuivre jusqu'à leur 26e anniversaire, s'ils sont étudiants à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité. Une preuve d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité est requise.
	Personnes à charge ayant dépassé l'âge limite	La couverture des enfants à charge peut se poursuivre au-delà de l'âge de 21 ans si un handicap mental ou physique a été diagnostiqué avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 26 ans s'il était étudiant à temps plein à la date du diagnostic. Le *questionnaire pour personne à charge spéciale* doit être complété.
** Ne comprend pas les enfants en famille d'accueil.*		

Adhésion et changements

Pour que les juges et les personnes à charge **adhèrent** aux régimes d'avantages sociaux, ils doivent remplir le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* et le soumettre à leur bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans un délai de **31 jours civils** suivant leur date d'admissibilité à participer ou de **31 jours civils** suivant un changement dans la vie énoncé au tableau de la page 5. Une liste de contrôle pour l'adhésion est présentée à l'annexe B.

Assurance-vie et à ADMA – garantie de base – La participation est obligatoire et l'employeur doit inscrire le juge immédiatement dès qu'il devient admissible.

Soins médicaux, assurance voyage, soins dentaires et l'assurance vie et ADMA – garantie facultative - La participation est facultative, mais les juges **doivent** s'inscrire ou apporter des modifications en remplissant le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* et en le soumettant au bureau des ressources humaines ou des services de paie dans les **31 jours civils** suivant la date d'admissibilité ou dans les **31 jours civils** suivant un changement dans la vie, comme indiqué dans le tableau de la page 5. Si le délai de 31 jours est dépassé, le juge et les personnes à sa charge seront considérés comme des demandeurs tardifs.

Retour à la table des matières

ADMA volontaire – La participation est facultative. L'adhésion ou les modifications peuvent être effectuées à tout moment en remplissant le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* et en le soumettant au bureau des ressources humaines ou des services de paie. La date d'entrée en vigueur sera le premier jour du mois suivant.

Assurance-vie des personnes à charge - La participation est facultative. L'adhésion à ce régime peut se faire dans les **31 jours civils** suivant la date d'admissibilité ou pendant la période d'adhésion ouverte annuelle, qui a généralement lieu au mois de mai.

Assurance voyage d'affaires – Accessible seulement pour les juges qui ne sont pas inscrits au régime de soins médicaux/assurance voyage. Il est possible d'y adhérer à tout moment en remplissant le *Formulaire de demande d'adhésion – Voyage d'affaires de l'employé* et en le soumettant au bureau des ressources humaines ou des services de paie, ou directement à l'administrateur des réclamations (CBM).

Changements dans la vie

Pour adhérer et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle en raison d'un changement dans la vie **pendant que vous êtes activement au travail** (capable de travailler selon un horaire régulier), vous **DEVEZ** soumettre un formulaire d'adhésion/de changement dans les **31 jours civils qui suivent le changement dans la vie** (voir le tableau à la page 5).

Si le changement dans la vie survient **pendant que vous êtes en congé autorisé**, vous aurez **31 jours civils suivant la date de votre retour au travail** pour soumettre un *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* pour adhérer et/ou d'apporter des changements à votre couverture actuelle. Il existe des **exceptions** pour les deux changements dans la vie décrits ci-dessous.

- **Naissance ou adoption :**
  - Si vous avez maintenu votre couverture pendant votre congé de maternité/paternité ou d'adoption, vous avez **31 jours civils** à partir de la date de la naissance ou de l'adoption pour ajouter des personnes à charge et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle. **Si le délai des 31 jours civils est dépassé**, vous devrez attendre votre retour au travail pour soumettre une demande tardive afin d'adhérer à votre couverture existante ou d'y apporter des modifications. **Aucune demande tardive ne sera acceptée pendant un congé autorisé.**

  - Si vous n'avez pas maintenu votre couverture ou si vous n'aviez pas de couverture avant ce changement dans la vie, vous avez **31 jours civils** suivant la date de votre retour au travail pour adhérer, ajouter des personnes à charge et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle.

- **Perte involontaire de la couverture:**
  - Si vous et/ou vos personnes à charge perdez involontairement votre couverture de soins médicaux et/ou soins dentaires **pendant que vous êtes en congé autorisé,** vous avez de **31 jours civils** à compter de la date à laquelle vous avez perdu votre couverture pour adhérer et/ou apporter des changements à votre couverture actuelle. **Si le délai des 31 jours civils est dépassé**, vous devrez attendre votre retour au travail pour soumettre une demande tardive afin d'adhérer à votre couverture existante ou d'y apporter des modifications. **Aucune demande tardive ne sera acceptée pendant un congé autorisé.**

IMPORTANT! Si vous ne pouvez pas obtenir les documents requis dans un délai de **31 jours civils**, envoyez immédiatement le formulaire d'adhésion/de changement à votre employeur, puis envoyez les documents requis lorsqu'ils sont disponibles.

Retour à la table des matières

Changement dans la vie	Qui peut être ajouté?	Documentation requise
1. Mariage 2. Union de fait*	Juge, conjoint et enfants à charge	1. Copie du certificat/déclaration de mariage. 2. La *Déclaration officielle d'union de fait*. **IMPORTANT!** L'ajout d'un conjoint de fait, ne peut être fait que dans les 31 jours civils suivant une année de cohabitation.
1. Naissance 2. Adoption	Juge, conjoint et enfants à charge	1. Copie du certificat de naissance Copie des documents d'adoption signés et scellés.
1. Divorce 2. Séparation*	Juge et enfants à charge	1. Copie du jugement de divorce. Copie de l'entente de séparation.
Décès du conjoint	Juge et enfants à charge	Copie du certificat de décès.
Inscription initiale aux études postsecondaires	Enfants à charge	S'applique à la première inscription** de l'étudiant aux études postsecondaires. Preuve d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité.
Perte involontaire de la couverture	Juge, conjoint et enfants à charge	S'applique seulement aux régimes de soins médicaux et assurance voyage et/ou soins dentaires. Preuve de la fin de la couverture semblable*** provenant de l'employeur ou de l'assureur (dont la date de fin de la couverture, une description de la couverture et une attestation de qui était couvert).
Obtention de l'assurance-maladie gouvernementale (par exemple, Medicare)	Juge, conjoint et enfants à charge	Preuve d'acceptation de l'assurance maladie gouvernementale - lettre de confirmation d'admissibilité indiquant la date d'entrée en vigueur de la couverture.

Pour tous les changements dans la vie, toute personne ajoutée aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires doivent fournir une preuve d'assurance-maladie gouvernemental (par exemple, Medicare).

**On ne peut profiter que de l'un ou l'autre, pas des deux. Par exemple, si un couple qui obtient le statut de conjoint de fait se marie par la suite, le mariage ne sera considéré comme un changement dans la vie que si le couple n'a pas profité du changement dans la vie lié au statut de conjoint de fait (c'est-à-dire, n'ont pas adhéré ou n'ont pas apporté de changements lors de l'obtention du statut de conjoint de fait). La même interprétation s'applique à la séparation et au divorce.*

*** **« Première inscription »** signifie qu'**il s'agit** d'un changement dans la vie à chaque fois qu'un enfant à charge entre à l'université ou au collège pour la première fois ou qu'il y revient après s'être inscrit des années auparavant et avoir abandonné ses études ou après avoir obtenu son diplôme et qu'il revient quelques années plus tard pour poursuivre ses études. Toutefois, il **ne s'agit pas** d'un changement dans la vie pour chaque année d'études lorsqu'elles sont continues (par exemple, septembre 2023 (première année d'études), septembre 2024 (deuxième année d'études), septembre 2025 (troisième année d'études), etc.)*

**** Une **« couverture semblable »** signifie une couverture pour une catégorie comparable de prestations. Une couverture semblable peut avoir été offerte par un régime qualifié de l'employeur du conjoint du participant ou d'autres personnes à charge. Le promoteur du régime (FTB) ou la personne désignée (employeur) déterminera si la couverture est semblable. Par exemple, le juge doit avoir bénéficié d'une couverture médicale et dentaire auprès d'une autre source pour être considéré comme ayant perdu une telle couverture semblable. Autre exemple, si le juge n'a perdu que sa couverture dentaire, il n'est pas admissible à la couverture santé en vertu d'un événement qui change la vie.*

Retour à la table des matières

Processus de demande tardive

Soins médicaux, assurance voyage, assurance-vie et ADMA, garantie facultative - Il est important que les juges et les personnes à charge admissibles comprennent qu'ils seront traités comme des demandeurs tardifs et qu'ils risquent de se voir refuser la couverture par l'assureur s'ils ne s'inscrivent pas ou n'apportent pas de changements dans les **31 jours civils** suivant leur admissibilité ou s'ils choisissent **de refuser ou d'annuler la couverture** et souhaitent s'inscrire à une date ultérieure.

Les juges et les personnes à charge qui adhèrent à titre de **demandeurs tardifs** aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage ou d'assurance-vie et ADMA, garantie facultative devront remplir une *Déclaration de santé* et, pour des raisons de confidentialité, la soumettre directement à l'assureur pour le processus de souscription médicale. Le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* doit être soumis séparément au bureau des ressources humaines ou des services de la paie.

Le processus de souscription médicale peut prendre de deux (2) à trois (3) mois. **Veuillez noter que l'assureur peut vous contacter pour recueillir des informations supplémentaires si nécessaire.** L'assureur informera directement le demandeur de sa décision. Si la demande est acceptée, la couverture débutera à la date d'approbation de la souscription médicale.

Soins dentaires - Il n'y a pas de procédure de demande tardive. Toutefois, les personnes qui ne s'inscrivent pas dans les **31 jours civils** suivant leur admissibilité à participer, **seront assujetties à un remboursement maximal**, par participant, de 100 $ au total pour tous les soins dentaires admissibles pendant les 12 premiers mois de couverture. Par exemple, si le juge et son conjoint sont des demandeurs tardifs, ils sont tous deux admissibles au remboursement maximal de 100 $. La couverture débutera le premier jour du mois suivant.

ADMA volontaire - Il n'y a pas de procédure de demande tardive. Les juges et les personnes à charge peuvent adhérer en tout moment et la couverture débutera le premier jour du mois suivant.

Assurance-vie des personnes à charge - Il n'y a pas de procédure de demande tardive. L'adhésion à ce régime ne peut se faire que pendant le délai de **31 jour civil** suivant la date d'admissibilité ou pendant **la période annuelle d'adhésion ouverte** qui a généralement lieu au mois de mai.

Assurance voyage d'affaire - Il n'y a pas de procédure de demande tardive et les personnes à charge ne sont pas admissibles à ce régime.

IMPORTANT! Les juges peuvent seulement soumettre une demande tardive que lorsqu'ils **sont activement au travail.**

Désignation du bénéficiaire

Au décès d'un participant, le bénéficiaire désigné recevra la prestation payable. Un bénéficiaire doit être désigné pour les régimes d'assurance-vie/ADMA, garantie de base, d'assurance-vie/ADMA, garantie facultative et d'ADMA, garantie volontaire. Le juge est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance-vie des personnes à charge.

Voici les lignes directrices pour désigner un bénéficiaire :

- Toutes les désignations et tous les changements de bénéficiaires sont assujettis à la loi.

Retour à la table des matières

- Le bénéficiaire est la ou les personnes que le juge a désignées par écrit sur le *Formulaire désignation d'un bénéficiaire/de changement*. Le juge peut ajouter, changer ou enlever un bénéficiaire en tout temps en remplissant un nouveau formulaire.

- Si aucun bénéficiaire n'est indiqué ou si tous les bénéficiaires sont décédés, la prestation sera versée à la succession du juge.

- Un bénéficiaire doit être une personne vivante ou un organisme de bienfaisance (enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada).

- Si un bénéficiaire n'a pas l'âge de la majorité, un fiduciaire doit être désigné pour recevoir et verser tout montant payable pendant la période durant laquelle le bénéficiaire n'a pas l'âge de la majorité.

- Si plusieurs bénéficiaires sont désignés et que rien n'est indiqué au sujet de la façon de la diviser, la prestation payable sera divisée en parts égales entre les bénéficiaires.

- Aucune option conditionnelle n'est offerte et les bénéficiaires ne peuvent pas être classés par ordre de préférence. Si un bénéficiaire est décédé au moment du décès du juge, le montant de la prestation ne peut être transféré à un bénéficiaire secondaire.

Le relevé annuel des avantages sociaux des juges indique qui a été nommé comme bénéficiaire.

Prestation de survivant

Les personnes à charge participantes peuvent maintenir la **couverture des régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires** en transférant aux régimes d'avantages sociaux des retraités à la suite du décès du juge. L'administrateur des régimes (Vestcor) doit en être avisé dans les **31 jours civils** suivant le décès du juge.

Pour transférer la couverture aux régimes d'avantages sociaux des retraités, un conjoint **doit être âgé de 50 ans ou plus** au moment du décès du juge ou dans les **31 jours civils** suivant la date du décès du juge.

Pour qu'un enfant à charge transfère la couverture, **le conjoint doit aussi transférer sa couverture**. La couverture d'un enfant à charge ne peut être transférée aux régimes d'avantages sociaux des retraités si le conjoint ne procède pas non plus à un transfert.

Même si les personnes à charge d'un juge décédé peuvent maintenir la couverture en participant aux régimes d'avantages sociaux des retraités, la couverture ne peut jamais être étendue à toute autre personne (par exemple, si le conjoint survivant du juge se remarie ou donne naissance à de nouveaux enfants, la couverture ne sera pas étendue à ces nouvelles personnes à charge).

S'il **n'est pas âgé de 50 ans ou plus** au moment du décès du juge ou dans les **31 jours civils** qui suivent le décès, le conjoint survivant (y compris les personnes à charge admissibles) peut décider de passer à une police individuelle fournie par Croix Bleue Medavie appelée le ***Régime de conversion Select*** sans devoir fournir une preuve d'assurabilité (sans aucune question médicale). Cette option est seulement offerte dans les **31 jours civils** suivant le décès du juge. Pour plus d'information, consulter la section Conversion et transfert.

Les personnes à charge participantes peuvent aussi maintenir leurs **assurances-vie et ADMA** à la suite du décès du juge par une conversion en une police individuelle.

Contributions et paiements des primes

Les primes sont prélevées mensuellement sur le salaire du juge et la structure du partage des coûts des primes pour chaque avantage social est présentée dans le tableau ci-dessous.

Veuillez noter que pendant son congé non payé, le juge sera responsable du montant entier des paiements de primes (à moins que le juge et l'employeur n'aient convenu d'un autre arrangement de partage des coûts). Pour plus d'informations, veuillez consulter la section sur le maintien de la couverture.

Avantages sociaux	Part du juge	Part de l'employeur
Soins médicaux	25%	75%
Assurance voyage	25%	75%
Assurance voyage d'affaires	0%	100%
Soins dentaires	50%	50%
Assurance-vie – garantie de base	0%	100%
Assurance-vie – garantie facultative	100%	0%
Assurance-vie des personnes à charge	50%	50%
ADMA – garantie de base	0%	100%
ADMA – garantie facultative	100%	0%
ADMA – garantie volontaire	100%	0%

Taux des primes mensuelles

Soins médicaux et assurance voyage (en vigueur le 1er avril 2025)		
	Employeur	**Juge**
Juge seulement (couverture individuelle)	156,96 $	52,32 $
Juge + 1 personne à charge (couverture de deux personnes)	330,21 $	110,07 $
Juge + 2 personnes à charge ou plus (couverture familiale)	492,78 $	164,26 $

Soins dentaires (en vigueur le 1er avril 2025)		
	Employeur	**Juge**
Juge seulement (couverture individuelle)	17,76 $	17,75 $
Juge + 1 personne à charge (couverture de deux personnes)	30,37 $	30,36 $
Juge + 2 personnes à charge ou plus (couverture familiale)	45,53 $	45,52 $

Assurance-vie (en vigueur le 1er avril 2025)		
	Employeur	**Juge**
Garantie de base	13,5¢ / 1 000 $ de salaire*	---
Garantie facultative	---	18,2¢ / 1 000 $ de salaire*
Pour les personnes à charge	1,81 $	1,80 $

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA) (en vigueur le 1er mai 2023)		
	Employeur	**Juge**
Garantie de base	1,3¢ / 1000 $ de salaire*	---
Garantie facultative	---	1,5¢ / 1000 $ de salaire*
Garantie volontaire - individuelle	---	2,1¢ / 1000 $ de prestation
Garantie volontaire - familiale	---	3,1¢ / 1000 $ de prestation

Retour à la table des matières

IMPORTANT! Les primes pour l'assurance vie/ADMA, garantie de base et facultative sont déterminées **sur la base du salaire à temps plein du poste**. La prestation sera également calculée sur la base de ce salaire à temps plein.

Par exemple : Les juges qui travailleront moins d'heures en raison de programmes de préretraite ou de réduction temporaire, leurs paiements de primes ne changeront pas.

Soins médicaux et soins dentaires	Les primes sont des taux forfaitaires.	Pas de changement, à moins qu'ils ne réduisent leur couverture.
Assurance vie/ADMA, garantie de base et facultative	Les primes sont calculées sur la base de l'équivalent du salaire à temps plein du poste.	Aucun changement
ADMA volontaire	Les primes sont calculées sur la base d'une valeur monétaire choisie.	Pas de changement, à moins qu'ils ne réduisent ou augmentent leur couverture.
Assurance-vie des personnes à charge	La prime est un taux forfaitaire.	Aucun changement

Entrée en vigueur de la couverture et retenues des primes

La date d'entrée en vigueur de la couverture est la date à laquelle l'emploi commence.

Les primes de tous les régimes d'assurance couvrent le mois suivant, à l'exception de l'ADMA volontaire et l'assurance pour maladies graves-garantie facultative, qui couvrent le mois en cours.

Les exigences relatives à la déduction des primes après la date d'embauche d'un juge sont décrites dans le tableau ci-dessous.

Statut	Date d'embauche	Entrée en vigueur de la couverture	Retenues prélevées pour:
Permanent	1er mars	1er mars	La couverture de mars et avril
Permanent	Entre le 2 et le 31 mars	Entre le 2 et le 31 mars	La couverture d'avril

Maintien de la couverture lors d'un congé ou d'une mise en disponibilité

En cas d'interruption de l'emploi, les juges et les personnes à leur charge pourraient avoir droit au maintien de la couverture d'une partie ou de la totalité des prestations pendant une période précise. Les interruptions d'emploi sont soumises aux dispositions la *Loi sur la Cour provinciale*.

Lorsque l'information dans cette section diffère de ce qui est indiqué dans *Loi sur la Cour provinciale*, les dispositions de la *Loi* auront préséance.

Congé approuvé

- Les juges qui sont approuvés pour un **congé avec salaire complet ou partiel** (ne comprend pas le régime de congé de salaire différé) resteront couverts pour tous leurs avantages sociaux et l'entente de partage des coûts avec l'employeur est maintenue pour la durée du congé.

- Pour un **congé non payé** approuvé, **le juge et l'employeur** doivent remplir le formulaire *Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité* et le transmettre à l'employeur ou à l'administrateur des régimes (Vestcor) **dans les 60 jours civils** du début du congé. **Le juge doit signer, dater et parafer ses options sur le formulaire, qu'il décide de maintenir ou non la couverture.** La garantie facultative pour maladies graves se poursuivra automatiquement (voir la remarque à la page 12).

- Si le juge **choisit d'interrompe sa couverture**, il doit soumettre le formulaire *Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité* indiquant son choix de ne pas continuer. Les primes étant payées pour la couverture du mois suivant, **leur couverture prendra fin le dernier jour du mois pour lequel la dernière prime a été payée** et sera alors suspendue. La seule exception concerne l'ADMA volontaire, qui prévoit une couverture pour le mois en cours. Par conséquent, la couverture de l'ADMA volontaire sera suspendue à la fin du mois au cours duquel le congé a commencé. La couverture de toutes les prestations ne sera **rétablie qu'au retour au travail du juge.**

- Si le juge **choisit de maintenir la couverture** pendant le **congé non payé**, il sera **responsable de l'intégralité (100 %) du paiement de toutes les primes** pour les prestations qu'il a choisi de maintenir comme il est désigné sur le formulaire *Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé/Mise en disponibilité*, sauf si le juge et l'employeur ont convenu d'un accord de partage des coûts.

  IMPORTANT! Le maintien de la couverture de l'assurance-vie/ADMA de base est obligatoire afin de maintenir la couverture de l'assurance-vie/ADMA facultative, de l'assurance-vie pour personnes à charge et de l'ADMA volontaire.

EXCEPTIONS pour le maintien du partage des coûts :

- Pendant un **congé de maladie non payé**, le partage des coûts se poursuit pendant les quatre (4) premiers mois du congé. Le cinquième mois, le juge sera **responsable de l'intégralité (100 %) du paiement de toutes les primes** pour les prestations qu'il a choisi de maintenir. Si un juge utilise des congés de maladie payés, ce temps sera comptabilisé dans les « quatre (4) premiers mois du congé ».

  Par exemple, si un juge dispose de deux (2) mois de congés de maladie payés et commence son congé non payé le troisième mois, le maintien du partage des coûts ne s'appliquera qu'aux troisième et quatrième mois, puisque le premier et le deuxième mois ont fait l'objet d'un partage des coûts par le

biais de retenues salariales Le cinquième mois, le juge commencera à payer 100 % des primes des prestations qu'il a choisi de maintenir.

Pendant un **congé de maternité**, le partage des coûts se poursuit pendant toute la durée du congé. Lorsque le congé de maternité se transforme en congé parental, la juge sera **responsable de l'intégralité (100 %) du paiement de toutes les primes** pour les prestations qu'elle a choisi de maintenir.

Les quatre (4) premiers mois de congé de maladie servent également de période d'attente pour l'exonération des primes. Le juge **doit continuer à payer les primes pendant la période d'attente de quatre mois.** Si les primes n'ont pas été payées pendant la période d'attente, cela signifie que le juge a renoncé à son droit à l'exonération des primes.

IMPORTANT! Le juge peut utiliser un congé approuvé avec un salaire complet ou partiel au-delà de la période d'attente, mais l'exonération des primes ne prendra effet que lorsque tous les paiements de salaire auront cessé. Pour plus d'informations, veuillez vous reporter à la section de l'exonération des primes de ce livret.

Pour plus d'informations sur les changements dans la vie qui surviennent pendant un congé, voir la section sur les changements dans la vie.

Bien que le **congé avec régime de salaire différé** et que le **congé avec salaire au prorata** sont des formes de congé non payé, aux fins du maintien des prestations, seul le congé avec salaire au prorata est jugé être un congé payé (parce que les prestations seront maintenues automatiquement au moyen de retenues salariales).

IMPORTANT! Si le paiement des primes n'est pas reçu **dans les 60 jours civils suivant le début du congé**, la couverture sera interrompue et ne sera rétablie qu'au moment du retour au travail du juge**. Les paiements rétroactifs ne seront pas acceptés.** Le paiement des primes se fait:

- à l'employeur pour la couverture de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires par les méthodes applicables ; et
- à l'administrateur des régimes (Vestcor) pour toutes les autres primes (assurance-vie, ADMA, ILD) par chèques postdatés ou mandats mensuels libellés à l'ordre du ministre des Finances.

La durée maximale pendant laquelle un juge peut être autorisé à maintenir sa couverture durant un congé non payé dépend du type de congé et est indiquée dans le tableau ci-dessous. Pour consulter la liste complète des **périodes maximales de maintien de la couverture en cas de congé non payé**, cliquez ici.

	Assurance-vie	Assurance ADMA	Soins médicaux et soins dentaires
Adoption	Durée du congé	Durée du congé	Durée du congé
Perfectionnement professionnel	Jusqu'à 12 mois	Jusqu'à 12 mois	Jusqu'à 12 mois
Garde d'enfants	Durée du congé	Durée du congé	Durée du congé
Régime de salaire différé	Jusqu'à 12 mois	Jusqu'à 12 mois	Jusqu'à 12 mois
Études	Jusqu'à 3 ans	Jusqu'à 3 ans	Durée du congé
Lancement d'une entreprise	Jusqu'à 3 ans	Jusqu'à 3 ans	Jusqu'à 3 ans
Général	Jusqu'à 3 ans	Jusqu'à 3 ans	Durée du congé
Maternité	Durée du congé	Durée du congé	Durée du congé
Nomination/Élection	Jusqu'à 6 mois	Jusqu'à 6 mois	Jusqu'à 6 mois
Maladie	Durée du congé	Durée du congé	Durée du congé
Été de congé	Jusqu'à 2 mois	Jusqu'à 2 mois	Jusqu'à 2 mois

Retour à la table des matières

Cessation de la couverture

Généralités

- En cas de cessation d'emploi, toute couverture sauf la garantie facultative pour maladies graves (voir la remarque à la page 12) prend fin à la date de cessation d'emploi, à moins d'indication contraire dans une politique sur les indemnités de départ. Sauf en ce qui concerne le régime facultatif d'assurance ADMA, les primes payées à l'avance pour le mois suivant seront remboursées si elles ont été prélevées pendant le mois de la cessation d'emploi. Il n'y aura pas de remboursement au prorata de la prime pour le mois en cours.

  En cas de cessation d'emploi, le juge et les personnes à sa charge disposent des options décrites dans la section Conversion et transfert de ce livret.

  Si l'employeur licencie un juge alors qu'il bénéficie d'une exonération de primes approuvée pour cause d'invalidité, l'exonération de primes est maintenue et sa couverture est maintenue.

- À condition de réunir les critères d'admissibilité, le juge dont l'emploi a pris fin et qui est **réembauché dans les six mois suivant la cessation de son emploi** a droit au rétablissement de sa couverture dès son retour au travail. Les principes s'appliquant à la retenue pour les primes sont les mêmes que pour les exemples du tableau de la page 9.

Départ à la retraite

- Puisque les primes des régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires sont prélevées un (1) mois à l'avance, la couverture des régimes des juges de la Cour provinciale se poursuit normalement jusqu'à la fin du mois suivant le départ à la retraite.

- La couverture du Régime des retraités débute donc le premier jour du mois suivant. Le paiement des primes du régime d'avantages sociaux des retraités se fait par prélèvement automatique et sont déduites du compte bancaire choisi par le retraité le premier jour de chaque mois.

Remarque : En toutes circonstances (cessation d'emploi, retraite, congé autorisé), la **garantie facultative pour maladies graves** sera automatiquement maintenue, à moins que vous ne choisissiez de la suspendre ou d'y mettre fin en appelant l'équipe des garanties facultatives de Croix Bleue Medavie au 1-844-949-3809.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux offre des prestations aux juges participants pour des dépenses spécifiques liées aux services de praticiens, aux soins de la vue, aux traitements et équipements médicaux et aux médicaments sur ordonnance. Les personnes qui adhèrent aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage ou de soins dentaires recevront une carte d'identification de Croix Bleue Medavie.

Les juges peuvent choisir de participer au régime de soins médicaux en choisissant l'une des trois options de couverture suivantes et les primes pour chaque option de couverture sont payées à 75 % par l'employeur et à 25 % par le juge.

- **Juge seulement :** La couverture s'applique au juge seulement.
- **Juge + 1 personne à charge :** La couverture s'applique au juge et à une personne à charge (soit le conjoint ou l'enfant).
- **Juge + 2 personnes à charge ou plus** : La couverture s'applique au juge et à toutes les personnes à charge (soit le conjoint et les enfants).

Le régime de l'assurance voyage est un prolongement du régime de soins médicaux. Lorsqu'un juge adhère à l'une des trois options suivantes du régime de soins médicaux, son adhésion se fera automatiquement à l'option correspondante de l'assurance voyage.

Comment adhérer

- Remplir la page 3 du *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs*.

- Envoyer le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans les **31 jours civils** suivant la date d'admissibilité à la couverture, ou dans les **31 jours civils** suivant un changement dans la vie (voir le tableau à la page 5).

- Les juges et les personnes à charge qui **ne s'inscrivent pas ou n'apportent pas de changements** dans les **31 jours civils** suivant leur admissibilité seront traités comme des demandeurs tardifs et risquent de se voir refuser la couverture par l'assureur. Les personnes qui s'inscrivent tardivement au régime de soins médicaux devront remplir une *déclaration de santé* et, pour des raisons de confidentialité, l'envoyer directement à l'assureur comme preuve d'assurabilité et soumettre séparément le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* à leur bureau des ressources humaines ou des services de la paie.

Prestations couvertes

Médicaments sur ordonnance et frais médicaux	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 80%	
Prestations	**Montant maximum admissible**
Aides à la parole	400 $ à vie
Ambulancier auxiliaire spécial	240 $ par année civile
Bande élastique	160 $ par année civile
Casques de remodelage crânien	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - 2 à vie

Retour à la table des matières

Cessation du tabagisme	800 $ par période de 5 années civiles - Participant paie 20%, jusqu'à un montant maximal de 15 $ par ordonnance. **(Paiement direct avec la carte d'identité Croix Bleue)**
Chambre d'inhalation	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - un à vie (participants âgés de moins de 13 ans)
Conseils santé et gestion des maladies chroniques	500 $ par année civile (tous les programmes combinés)
Coussins et insertions	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Débitmètres de pointe	36 $ par période de 2 années civiles
Diabète - Autre équipement	560 $ par année civile
Diabète - Capteurs et transmetteurs de surveillance de la glycémie	4 000 $ par année civile **(Paiement direct avec la carte d'identité Croix Bleue)**
Diabète - Fournitures	Illimité - Participant paie 20%, jusqu'à un montant maximal de 15 $ par ordonnance. **(Paiement direct avec la carte d'identité Croix Bleue)**
Diabète - Pompe à insuline	5 200 $ par période de 5 années civiles
Équipements de mobilité	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Équipement médical ***	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Fournitures ostomiques	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Harnais d'épaule / élingues	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Larynx artificiel	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - un à vie
Larynx artificiel - Réparations	240 $ par année civile
Lève-personnes pour patients	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - une location et un achat par période de 5 années civiles
Manches pour lymphoedème	500 $ par année civile
Matériel de test d'allergie	40 $ par année civile
Médicaments sur ordonnance	Illimité - Participant paie 20%, jusqu'à un montant maximal de 15 $ par ordonnance. * ** **(Paiement direct avec la carte d'identité Croix Bleue)**
Orthèses	640 $ par année civile
Orthèses plantaires / Chaussures orthopédiques	240 $ par année civile
Perruques	240 $ à vie
Prothèses (membres, yeux)	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Prothèses de membres myoélectriques	10 000 $ à vie
Services de transport ambulancier professionnel	400 $ par année civile
Soins dentaires à la suite d'un accident ***	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Soins infirmiers*** (voir le formulaire à l'annexe A)	10 000 $ par année civile
Soutiens-gorge chirurgicaux	2 par année civile
Tests de diagnostic	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Vêtements de compression	2 paires par année civile

Retour à la table des matières

Vêtements de pression pour brûlures	500 $ par année civile
Vêtements de soutien élastiques	160 $ par année civile
** À l'exception de la méthadone et de Suboxone pour lesquelles le participant paie un déductible de 15 $ par mois.* *** À l'exception de certains médicaments spécialisés à coût élevé.* **** Sous réserve d'une autorisation préalable de l'administrateur des réclamations (CBM).*	

Aides à la parole - Achat d'appareils d'aide à la parole, lorsqu'ils sont autorisés par un orthophoniste et le médecin traitant, pour les participants qui n'ont pas de capacité de communication orale.

Ambulancier auxiliaire spécial – Les frais d'un infirmier pour accompagner le participant transporté dans une ambulance, lorsque l'administrateur des réclamations (CBM) l'autorise. L'infirmier ne doit pas être un parent du participant.

Bande élastique - Achat d'une bande élastique.

Casques de remodelage crânien - Achat de casques de remodelage crânien, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Cessation du tabagisme – la couverture comprend la thérapie de remplacement de la nicotine, dont les timbres, les gommes, les pastilles et les médicaments oraux. Tous ces produits devront être prescrits par un médecin ou un professionnel de la santé qui est autorisé à prescrire en vertu des lois provinciales applicables.

Chambre d'inhalation - Achat d'une chambre d'inhalation, lorsque le personnel médical approprié l'autorise. Cette garantie est offerte aux participants âgés de moins de 13 ans seulement.

Conseils santé et gestion des maladies chroniques – Veuillez consulter la page 19 pour les informations relatives à cette prestation.

Coussins et insertions - Achat de coussins et d'insertions pour fauteuils roulants ou scooters, lorsque le personnel médical approprié l'autorise**.**

Débitmètres de pointe - Achat de débitmètres de pointe, qui mesurent la consommation d'oxygène d'une personne, lorsque le médecin traitant l'autorise.

Diabète - Autre équipement – Achat d'autres équipements pour le diabète, lorsque l'administrateur des réclamations (CBM) l'autorise.

Diabète - Capteurs et transmetteurs de surveillance de la glycémie – Achat de capteurs et transmetteurs de glycémie qui détectent la quantité de glucose dans le sang (taux de sucre dans le sang). Pour bénéficier de cette couverture, il faut être dépendant de l'insuline pour le traitement du diabète.

Diabète - Fournitures – les frais pour les aiguilles, les écouvillons, les lancettes, les seringues, les rubans d'analyse, les trousses de perfusion et les tubes jetables utilisés avec les pompes à insuline.

Diabète - Pompe à insuline – Achat d'une pompe à insuline, lorsqu'il est autorisé par le médecin traitant et approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM).

Équipement de mobilité - Achat d'appareils orthopédiques, de cannes, de plâtres, de béquilles, de colliers cervicaux, de bandages herniaires, lorsque le personnel médical approprié l'autorise. Si le remplacement de

l'équipement de mobilité est nécessaire en raison de changements pathologiques ou physiologiques, l'administrateur des réclamations (CBM) peut l'autoriser.

Équipement médical – Les frais de location de fauteuils roulants, de scooters, de lits d'hôpital ou d'équipement pour l'administration d'oxygène, lorsqu'ils sont autorisés par un médecin. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité prolongée, on estime que le besoin de ces articles sera de longue durée, l'administrateur des réclamations (CBM) peut autoriser l'achat de ces articles.

Fournitures ostomiques – achat de fournitures essentielles pour stomies et de pompes d'aspiration compactes, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Harnais d'épaule / élingues - Achat de harnais d'épaule et d'élingues.

Larynx artificiel – achat d'un larynx artificiel, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Larynx artificiel - Réparations – frais d'ajustement et de réparation d'un larynx artificiel.

Lève-personnes pour patients - Location ou achat de lève-personnes pour patients, qui facilitent le transport du participant.

Manches pour lymphoedème - Achat de manchons de compression qui atténuent l'enflure associée au lymphoedème, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Matériel de test d'allergie - Achat de matériel de test d'allergie, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Médicaments sur ordonnance – L'achat de médicaments sur ordonnance qui peuvent être obtenus seulement avec une ordonnance écrite d'un professionnel de la santé (médecin, infirmière praticienne, dentiste ou pharmacien) qui est un membre dûment autorisé de son ordre professionnel dans les limites de son autorité établie par la loi, ces médicaments sont délivrés par une pharmacie et sont autorisés par l'administrateur des réclamations (CBM).

Les remboursements relatifs aux médicaments sur ordonnance se limitent à ceux qui apparaissent sur le formulaire de prestations déterminées. Les réclamations sont évaluées au moyen de la méthode de substitution générique obligatoire (SGO), qui dispense le produit interchangeable au plus bas prix qui soit disponible.

Pour demander un remboursement relatif aux médicaments sur ordonnance qui n'apparaissent pas sur le formulaire de prestations déterminées, il faut remplir le *Formulaire de demande d'autorisation préalable – médicaments spécialisés*.

Pour demander une exemption de la méthode SGO en raison d'allergies, il faut remplir le *Formulaire de demande d'exception à la substitution obligatoire d'un médicament générique*. Les deux formulaires doivent être soumis à l'administrateur des réclamations (CBM).

Orthèses – Achat de chaussures orthopédiques avec orthèses faites sur mesure à partir d'une forme sculptée pour les pieds déformés.

Orthèses plantaires / **Chaussures orthopédiques** – Achat de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou préfabriquées (et modifications/ajustements de celles-ci), lorsque cela est jugé médicalement nécessaire en

raison de déformations congénitales, post-traumatiques ou d'anomalies graves du pied. Achat d'orthèses plantaires faites sur mesure, lorsqu'elles sont jugées médicalement nécessaires en raison d'un peso planus, d'une fasciite plantaire, de défauts mécaniques du pied ou d'autres anomalies du pied nécessitant des orthèses faites sur mesure. Toutes les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires doivent être prescrites par un physiatre, un podologue/chiropodiste, un rhumatologue, un chirurgien orthopédique ou le médecin traitant.

Perruques – L'achat de perruques, lorsque la perte de cheveux est attribuable à une pathologie sous-jacente ou à son traitement (par exemple, le cancer) et qu'elle est autorisée par le personnel médical approprié. Cette garantie ne couvre pas les prothèses capillaires, la thérapie de remplacement ou d'autres procédures pour la perte physiologique des cheveux (c'est-à-dire la calvitie).

Prothèses / Prothèses de membres myoélectriques - Achat de prothèses mammaires, oculaires et de membres artificiels, lorsque le personnel médical approprié l'autorise. Si le remplacement de ces prothèses est nécessaire en raison de changements pathologiques ou physiologiques, l'administrateur des réclamations (CBM) peut l'autoriser.

Service de transport ambulancier professionnel – Les frais de transport en ambulance (y compris par avion) vers et depuis l'hôpital/établissement médical approprié le plus proche.

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. Les traitements dentaires doivent être autorisés dans les 180 jours suivant l'accident, et les travaux dentaires doivent être achevés dans les 24 mois suivant l'accident. Les demandes de remboursement doivent être préautorisées par l'administrateur des réclamations (CBM).

Soins infirmiers - Frais pour les services de soins infirmiers dispensés au domicile du participant. Cette garantie ne couvre pas les soins infirmiers dispensés dans un hôpital, une maison de soins infirmiers ou à des fins de convalescence. Les demandes de remboursement doivent être préautorisées par l'administrateur des réclamations (CBM).

Soutiens-gorge chirurgicaux – Achat de soutiens-gorge qui offrent un soutien aux seins après une intervention chirurgicale, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Tests de diagnostic - Frais de services de laboratoire de diagnostic (y compris les radiographies, les électrocardiogrammes, les échographies, et les analyses de laboratoire), lorsqu'ils sont effectués par un laboratoire approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM).

Vêtements de compression - Achat de vêtements de compression à gradient sur mesure (avec une compression minimale de 20 mmHg), lorsque le médecin traitant l'autorise.

Vêtements de pression pour brûlures - Achat de vêtements de pression pour brûlures, lorsque le personnel médical approprié l'autorise.

Vêtements de soutien élastiques - Achat de vêtements de soutien élastiques, lorsqu'ils sont autorisés par le médecin traitant.

Hospitalisation
Le montant payé pour la prestation énumérée ci-dessous est 100%
Chambre d'hôpital privée

Frais pour les soins de la vue	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 100%	
Prestations	**Montant maximum admissible**
Entraînement visuel	150 $ à vie
Examen de la vue	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - une fois par période de 2 années civiles
Examen de la vue pour lunettes de sécurité	90 $ par période de 2 années civiles
Lentilles / Montures / Verres de contact / Chirurgie corrective au laser / Lunettes de sécurité / Implants / Lentilles intraoculaires	375 $ par période de 2 années civiles
Verres de contact en raison d'une maladie / chirurgie de la cataracte	200 $ par période de 2 années civiles

Entraînement visuel – frais d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste pour l'entraînement visuel et les exercices oculaires correctifs.

Examen de la vue / Examen de la vue pour lunettes de sécurité – frais d'examen des yeux par un optométriste ou un ophtalmologue.

Lentilles / Montures / Verres de contact / Chirurgie corrective au laser / Lunettes de sécurité / Implants / Lentilles intraoculaires – les frais pour les verres/montures de lunettes correctives, les verres de contact, les lunettes de sécurité, les implants ou les lentilles intraoculaires utilisés dans le cadre d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie oculaire au laser, lorsqu'ils sont prescrits par un optométriste ou un ophtalmologiste. Cette garantie ne couvre pas les lunettes de soleil non correctrices.

Verres de contact en raison d'une maladie / chirurgie de la cataracte – Les frais pour les verres de contact lorsqu'elles sont prescrites par un ophtalmologiste pour une kératite ulcérée, une cicatrice cornéenne grave, un kératocône (cornée conique) ou une aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée à un niveau d'au moins 20/40 par des verres de contact mais ne puisse pas être améliorée à ce niveau par des lentilles de lunettes.

Frais pour les appareils auditifs	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 100%	
Prestations	**Montant maximum admissible**
Appareils auditifs	1 250 $ par oreille par période de 5 années civiles (adultes) ou par période de 3 années civiles (enfants à charge de moins de 21 ans)
Appareils auditifs - Réparations	400 $ par période de 5 années civiles

Appareils auditifs – achat d'appareils auditifs, lorsqu'elles sont prescrites par un otolaryngologiste, un otologue ou un audiologiste.

Appareils auditifs - Réparations – les frais d'ajustement et de réparation des appareils auditifs.

Frais des praticiens	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 80%	
Prestations	**Montant maximum admissible**
Autres services de praticiens (praticiens admissibles énumérés ci-dessous)	200 $ pour chaque praticien(ne) éligible par année civile
Massothérapie	400 $ par année civile *
Musicothérapie	200 $ par année civile
Physiothérapie / Thérapie sportive	480 $ par année civile *
Praticiens de la santé mentale (praticiens admissibles énumérés ci-dessous)	1 000 $ par année civile
Services radiographie	20 $ par année civile
Soins d'un médecin	Illimité
**Jusqu'à concurrence d'un montant maximum admissible de 480 $ par année civile, avec la partie de la massothérapie qui ne doit pas dépasser 400 $ par année civile.*	

Autres services de praticiens – Les frais pour les services fournis par les chiropraticiens, ostéopathes, acupuncteurs, podologues/podiatres, orthophonistes, ergothérapeutes, diététiciens, homéopathes, audiologistes et naturopathes.

Massothérapie – Frais pour les services fournis par les massothérapeutes.

Musicothérapie – Les frais de traitement par un musicothérapeute, lorsqu'ils sont autorisés par le médecin traitant pour favoriser la communication pour les personnes à charge âgées de moins de 19 ans qui présentent des conditions telles que des difficultés d'apprentissage, des troubles de la parole, des problèmes de comportement ou des troubles émotionnels.

Praticiens de la santé mentale – Frais pour les services fournis par les psychologues, les travailleurs sociaux, les conseillers cliniques, les psychopédagogues et les psychothérapeutes.

Physiothérapie / Thérapie sportive - Frais pour les services fournis par les physiothérapeutes et les thérapeutes du sport.

Services de radiographie – Frais pour les services de radiographie fournis par les chiropraticiens, les ostéopathes, les naturopathes et les chiropodistes/podiatres.

Soins d'un médecin – Frais pour des services fournis par un médecin à l'extérieur de la province de résidence du participant (mais au Canada).

Conseils santé et gestion des maladies chroniques

Cette prestation a pour but d'aider les juges à prendre leur santé en main avec le soutien de professionnels de la santé spécialisés, sans recommandation d'un médecin et sans diagnostic préalable.

Cette prestation comprend quatre (4) programmes :

- Santé pulmonaire (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et abandon du tabac)
- Santé cardiovasculaire (hypertension et gestion du poids)

Retour à la table des matières

- Le diabète (type 1 et type 2)
- La ménopause (symptômes de périménopause et ménopause)

Cette prestation offre :

- Des séances individuelles de conseils en santé par des professionnels de la santé certifiés ayant une expertise spécialisée pour créer des plans personnalisés et réalistes adaptés aux besoins uniques du juge, garantissant la motivation et des résultats durables. Ces conseillers peuvent être des infirmières immatriculées, des diététiciens immatriculés ou des counsellors.

- Les conseillers fourniront un soutien et des conseils continus pour aider les membres à rester sur la bonne voie.

- Un suivi à distance grâce à une gamme d'outils numériques de suivi de la santé (qui seront fournis dans le cadre du programme) et une application mobile permettant de rester en contact avec l'équipe de conseillers.

- Accès à une variété de ressources pour une alimentation saine, une bonne condition physique, des stratégies d'autosoins.

- Les services sont fournis dans les deux langues officielles, français et anglais, par le biais de canaux multiples tels que les visites en personne, en ligne et par téléphone.

- Il n'y a pas de fin définie au programme et les juges peuvent continuer à y participer aussi longtemps qu'ils trouvent une valeur aux conseils de santé. Les résultats dépendront des objectifs de santé individuels du juge et de ses progrès.

- La prestation maximale est de **500 $ par année civile pour tous les programmes combinés** et la quote-part de 20 % s'applique. Le prix varie selon les programmes.

- Le participant devra créer un compte pour accéder à son portail personnalisé et devra saisir les informations de sa carte de crédit au moment de l'inscription pour payer la quote-part de 20 %.

- Pour plus d'informations sur cette prestation, consultez le site Conseils santé et gestion des maladies chroniques – Croix Bleue Medavie.

Comment accéder à la prestation?

- Connectez-vous à votre compte Croix Bleue sur **l'application mobile** ou sur le **site web**.
- Cliquez sur **Connexion santé**.
- Cliquez sur **Conseil santé et gestion des maladies chroniques**.

Soumission des réclamations

Les réclamations portant sur les prestations de santé doivent être soumises à l'administrateur des réclamations (CBM) dans un délai de 24 mois à l'aide de l'application mobile de Croix Bleue Medavie ou du site Web des services aux membres ou par courrier. Dans de nombreux cas, la réclamation peut être soumise sur-le-champ (facturation directe) en présentant votre carte d'identification de Croix Bleue Medavie au professionnel de la santé lorsque vous accédez aux services ou achetez les articles couverts. Les réclamations portant sur les prestations de santé soumises après 24 mois suivant la date à laquelle les dépenses ont été engagées ne seront pas évaluées.

Retour à la table des matières

Les réclamations doivent être accompagnées de preuves à l'appui, ce qui peut comprendre la preuve de participation, les reçus d'achat, les factures, les registres de logement/transport, les dossiers/certificats médicaux, les déclarations écrites des parties concernées, les rapports de police ou tout autre renseignement qui est jugé nécessaire pour que l'administrateur des réclamations (CBM) puisse évaluer la réclamation comme il le faut.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions

Sauf indication contraire, les prestations de santé ne seront pas versées dans les cas suivants :

- Les frais relatifs à des services ou des fournitures de soins de santé de nature expérimentale ou aux fins de diagnostic;
- Les frais relatifs aux évaluations de planification des soins de santé;
- Les frais relatifs aux rendez-vous manqués ou le remplissage de formulaires;
- Les frais relatifs aux cures de repos, aux soins de convalescence, aux soins de garde et aux services de réadaptation dans un hôpital pour les malades chroniques ou une unité de soins chroniques d'un hôpital général, ou les frais engagés par le participant lorsque de l'avis de l'administrateur des réclamations (CBM), le traitement approprié aurait dû être dispensé dans une unité de soins chroniques d'un établissement pour les malades chroniques;
- Les frais relatifs aux services facultatifs (non-urgents) obtenus par un participant à l'extérieur de sa province de résidence lorsque le régime d'assurance-maladie du gouvernement provincial n'a pas accepté la responsabilité à l'égard des articles normalement couverts par la province de résidence du participant;
- Les frais qui normalement n'auraient pas été engagés si le participant n'avait pas été couvert par ce régime d'avantages sociaux;
- Les services ou les fournitures de soins de santé administrés dans un hôpital, par un organisme ou un fournisseur contrôlé par un hôpital ou par un organisme ou un fournisseur financé par tout niveau de gouvernement;
- Les examens médicaux ou les bilans de santé généraux courants exigés aux fins d'utilisation par un tiers;
- Les médicaments limités par la loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou dispensés malgré de tels règlements;
- Le kilométrage ou les frais de livraison pour un trajet vers un hôpital ou un professionnel de la santé (sauf les services d'ambulance) ou à partir de celui-ci;
- Les frais d'enregistrement ou de non-résident dans tout hôpital;
- Les services à des fins cosmétiques ou des affections qui ne nuisent pas à sa santé;
- Les services liés à une blessure ou à une maladie à la suite d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non), dont celles causées directement ou indirectement par les forces armées de tout pays;
- Les services ou les fournitures normalement offerts sans coût ou à un coût nominal, en vertu de toute loi gouvernementale;
- Les services ou les fournitures assurés par une entreprise qui n'a pas été approuvée par l'administrateur des réclamations (CBM);
- Les services ou les fournitures assurés par une personne qui réside habituellement au foyer du participant ou par un membre de la famille immédiate du participant (par le sang ou le mariage);
- Les services ou les fournitures auxquels le participant a droit en vertu de toute loi sur l'indemnisation des accidents du travail;

- Les services ou les fournitures qui ne sont pas nécessaires ou dont l'efficacité n'a pas été démontrée sur le plan médical;
- Les services assurés par un praticien non autorisé ou qualifié;
- Les services requis après avoir commis ou tenté de commettre un acte criminel; ou
- Les services qui sont habituellement payés directement ou indirectement par l'employeur.

Le saviez-vous?
Les « **frais habituels et coutumiers** » désignent les frais normaux pour des services semblables assurés par d'autres fournisseurs ayant le même statut dans la région géographique où les frais sont engagés, selon ce que détermine l'administrateur des réclamations (CBM).

Régime d'assurance voyage

Le régime d'assurance voyage offre des prestations aux juges participants pour des frais précis engagés à cause d'un accident ou d'une maladie au cours d'un voyage à l'extérieur de la province. Les personnes qui adhèrent aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage ou de soins dentaires recevront une carte d'identification de Croix Bleue Medavie.

Le régime de l'assurance voyage est un prolongement du régime de soins médicaux. Lorsqu'un juge adhère à l'une des trois options du régime de soins médicaux, il est automatiquement inscrit à l'option correspondante pour la couverture de l'assurance voyage.

Comment adhérer

- Étant donné que le régime d'assurance voyage est une extension du régime de soins médicaux, veuillez consulter la section du régime de soins médicaux et suivre les mêmes instructions pour adhérer au régime d'assurance voyage.

Prestations couvertes

Frais de voyage	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 100%	
Prestations	**Montant maximum admissible ***
Soins dentaires à la suite d'un accident	1 000 $ par incident
Transport par ambulance	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Retour au domicile	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Services de diagnostic et de radiographie	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Chambre d'hôpital	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Repas / Hébergement	150 $ par jour pour un maximum de 8 jours (total de 1 200 $)
Équipement médical	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Médecins et chirurgiens	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Autres praticiens	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Médicaments sur ordonnance	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Soins infirmiers privés	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Retour de la dépouille	3 000 $ à vie
Transport de la famille / d'un ami	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Retour du véhicule	500 $ par incident
** Le montant maximum admissible pour tous les frais de voyage combinés est de 2 000 000 $ par participant et par incident.*	

Soins dentaires à la suite d'un accident – Les frais de traitement dentaire, lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct accidentel à la bouche, ou qu'une mâchoire fracturée ou disloquée a besoin d'un ajustement correctif. Le traitement dentaire doit être approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM) dans les 180 jours suivant l'accident, et les travaux dentaires doivent être réalisés dans les 24 mois suivant l'accident.

Transport par ambulance – Les frais de transport par ambulance (y compris le transport aérien) à destination et en provenance de l'établissement médical approprié. Cette prestation comprend les transferts inter hospitaliers; lorsque l'établissement existant ne convient pas au traitement ou à la stabilisation.

Retour à la table des matières

Retour au domicile – Frais supplémentaires pour le transport en classe économique vers la ville d'origine du participant au Canada lorsque le participant à son retour doit être accompagné d'un auxiliaire médical en raison d'une maladie. L'auxiliaire médical ne doit pas être un parent du participant. Une autorisation écrite est exigée du médecin traitant. S'il s'agit d'un retour par avion commercial, la prestation comprend :

- Deux places en classe économique par la route la plus directe vers la ville d'origine du participant au Canada (un billet aller pour le participant et un billet aller-retour pour l'auxiliaire médical); ou

- Le nombre de places en classe économique nécessaire, si le participant doit être sur une civière, par la route la plus directe vers la ville d'origine du participant au Canada (un billet aller pour le participant et un billet aller-retour pour l'auxiliaire médical).

Services de diagnostic et de radiographie – Frais de services de laboratoire de diagnostic et de radiographie, lorsqu'ils sont autorisés par le médecin traitant.

Chambre d'hôpital – Frais pour la chambre (non la suite) d'hôpital dans les hôpitaux généraux publics et les services nécessaires sur le plan médical aux patients hospitalisés et aux patients externes.

Repas / hébergement – Frais pour l'hébergement ou les repas imprévus lorsqu'un voyage est retardé à cause de l'accident ou de la maladie d'un participant ou d'un compagnon de voyage. La maladie ou l'accident doit être confirmé par le médecin traitant.

Équipement médical – Achat de plâtres, de béquilles, de canes, d'élingues, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques ou la location d'un fauteuil roulant ou d'un scooter avec l'autorisation d'un médecin et nécessaire à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Médecins et chirurgiens – Frais relatifs aux services fournis par les médecins et les chirurgiens.

Autres praticiens – Frais relatifs aux services fournis par des chiropraticiens, des ostéopathes, des podologistes/podiatres, ou des physiothérapeutes, sauf les frais de radiographie. Le praticien ne doit pas être un parent du participant.

Médicaments sur ordonnance – Frais des médicaments sur ordonnance, de sérum et d'injectables en quantité suffisante pour la période de déplacement, conformément aux procédures de la prestation pour les médicaments sur ordonnance du régime de soins médicaux.

Soins infirmiers privés – Frais relatifs aux soins infirmiers privés avec l'autorisation du médecin traitant. L'infirmier ne doit pas être un parent du participant et ne doit pas être un employé d'hôpital.

Retour de la dépouille – Frais relatifs à la préparation (y compris l'incinération) et au transport de la dépouille chez elle (sauf le coût d'un cercueil) vers la ville d'origine du défunt au Canada.

Transport de la famille / d'un ami – Frais d'un billet aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate ou d'un proche ami lorsque le participant est décédé ou a été hospitalisé et que le médecin traitant indique que la présence d'une telle personne est nécessaire.

Retour du véhicule – Frais pour qu'une agence commerciale conduise le véhicule (privé ou de location) du participant jusqu'à la résidence du participant ou à l'agence de location de véhicules appropriée la plus proche lorsque le participant est incapable de rapporter le véhicule à cause d'une maladie ou d'un accident.

Références à l'extérieur du Canada

Si un participant est référé à l'extérieur du Canada par le médecin traitant pour des services qui sont médicalement nécessaires et qui ne sont pas disponibles au Canada, les frais suivants peuvent être couverts :

Auxiliaire ambulancier – Frais relatifs à un infirmier pour accompagner le participant transporté par ambulance avec l'autorisation de l'administrateur des réclamations (CBM). L'infirmier ne doit pas être un parent du participant.

Transport par ambulance – Frais de transport par ambulance (y compris le transport aérien) à destination et en provenance de l'hôpital/de l'établissement médical approprié le plus proche, lorsque le participant a besoin d'être transporté par civière.

Services hospitaliers – Frais relatifs aux services médicaux accomplis ou assurés dans un hôpital, y compris ce qui suit :

- Chambres d'hôpital;
- Salles d'opération et de rétablissement;
- Chambres aux soins intensifs;
- Oxygène et sang;
- Services infirmiers;
- Médicaments sur ordonnance (y compris les solutions intraveineuses);
- Services de diagnostic et de laboratoire (y compris la radiographie); ou
- Physiothérapie.

Médecins et chirurgiens – Frais relatifs aux services fournis par les médecins et les chirurgiens.

Le montant payable de cette prestation correspond à 100 % des frais habituels et coutumiers qui dépassent les allocations du régime d'assurance-maladie du gouvernement provincial, et le montant maximal payable est de 500 000 $ à vie.

Les participants doivent obtenir une autorisation préalable de l'administrateur des réclamations (CBM) et les services fournis ne doivent pas être de nature expérimentale ni aux fins de diagnostic.

Assistance voyage dans le monde entier

Les participants ont accès à une ligne d'information en cas d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qui peut aider en cas d'urgence en voyage.

Lorsque le participant appelle le numéro de téléphone au verso de sa carte d'identification de Croix Bleue Medavie, la couverture peut être confirmée à l'hôpital ou au médecin traitant et le paiement des frais médicaux peut être arrangé ou coordonné au nom du participant. De plus, les participants peuvent recevoir l'aide suivante :

Aide médicale – Le participant peut appeler pour obtenir une liste des hôpitaux/établissements médicaux à proximité, et des arrangements peuvent être pris pour :

- Les conseils d'un médecin;
- Les suivis médicaux de l'état du participant, et la communication avec la famille du participant;
- Le transport pour retourner au domicile ou le transfert vers un autre hôpital/établissement médical; et
- Le transport d'un membre de la famille ou d'un proche ami pour visiter le participant à l'hôpital ou pour identifier le corps en cas de décès.

Retour à la table des matières

Aide non médicale – Le participant peut appeler pour obtenir :

- Une aide d'urgence dans toute langue majeure;
- Une aide d'urgence pour contacter sa famille ou son entreprise; et
- Des conseils d'un avocat.

Soumission des réclamations

Les réclamations portant sur les prestations d'assurance voyage doivent être soumises à l'administrateur des réclamations (CBM) par courrier dans un délai de quatre (4) mois. Les réclamations soumises après quatre (4) mois suivant la date à laquelle les dépenses ont été engagées ne seront pas évaluées.

Les réclamations doivent être accompagnées de preuves à l'appui, ce qui peut comprendre la preuve de participation, les reçus d'achat, les factures, les registres de logement/transport, les dossiers/certificats médicaux, les déclarations écrites des parties concernées, les rapports de police ou tout autre renseignement qui est jugé nécessaire pour que l'administrateur des réclamations (CBM) puisse évaluer la réclamation comme il le faut.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions

Sauf indication contraire, les prestations d'assurance voyage ne seront pas versées dans les cas suivants :

- Frais engagés à la suite d'un abus de médicaments, de drogues ou d'alcool;
- Frais engagés à la suite d'actes criminels, d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non) ou d'autres hostilités, de l'action hostile des forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute ou à une agitation populaire;
- Frais engagés à la suite de la conduite d'un véhicule à moteur avec les facultés affaiblies par la drogue ou l'alcool (à un taux égal ou supérieur à 80 milligrammes dans 100 millilitres de sang);
- Frais engagés à la suite d'accidents de vol, sauf si le participant est un passager payant d'un avion commercial ou d'un avion nolisé ayant six places ou plus;
- Frais engagés à la suite d'une participation à des sports professionnels en échange d'une rémunération, le parachutisme, le deltaplane, le saut à l'élastique, la descente en rappel ou l'alpinisme (escalade);
- Frais engagés à la suite d'une grossesse, d'une fausse-couche ou d'un accouchement, ou de complications dans n'importe laquelle de ces situations survenant dans les neuf semaines qui précèdent la date d'accouchement;
- Frais engagés à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide;
- Frais engagés après que le participant n'est pas retourné au Canada après avoir reçu un diagnostic ou un traitement d'urgence d'un problème médical qui nécessite des services médicaux constants, un traitement ou une chirurgie, lorsque l'administrateur des réclamations (CBM), de concert avec le médecin traitant, a ordonné que le participant retourne au Canada pour recevoir de tels services;
- Frais engagés pour un traitement ou une chirurgie facultative (non-urgente);
- Frais engagés au cours d'un voyage dans un pays (ou une région précise d'un pays) qui est visé par un avertissement aux voyageurs de la part du gouvernement du Canada, lorsqu'un tel avertissement a été émis avant la date de départ et que les frais sont liés à la raison pour laquelle l'avertissement aux voyageurs a été émis;
- Frais couverts par un tiers (y compris des régimes d'assurance publics ou privés);
- Les services ou les fournitures assurés par une personne qui réside habituellement au foyer du participant ou par un membre de la famille immédiate du participant (par le sang ou le mariage);
- Voyages réservés ou entrepris contrairement à l'avis du médecin;

- Voyages à l'extérieur de la province de résidence du participant qui sont entrepris principalement ou secondairement pour obtenir des conseils ou un traitement médical, même si un tel voyage est recommandé par un médecin; ou
- Un voyage à l'intérieur de la province de résidence du participant.

Conseils pour les voyages
• Si vous avez des questions avant de partir en voyage, appelez le numéro sans frais 1-800-667-4511. • Lorsque vous voyagez, n'oubliez pas d'apporter votre carte d'identification de Croix Bleue Medavie. Les numéros de téléphone de l'assistance voyage figurent au verso de votre carte. • Si vous avez besoin d'aide pendant votre voyage, il est conseillé de communiquer avec CanAssistance avant d'obtenir un service ou un traitement, si possible. Ils vous dirigeront vers le fournisseur de soins de santé accrédité le plus proche. Cela permettra également à CanAssistance de préautoriser le service et de prendre des dispositions pour la facturation directe (certaines exceptions s'appliquent selon la région où vous voyagez).

Régime d'assurance voyage d'affaires

Le régime d'assurance voyage d'affaires offre des prestations aux juges pour des frais précis engagés à cause d'un accident ou d'une maladie qui survient au cours d'un voyage à l'extérieur de leur province de résidence pour accomplir **des fonctions liées à leur travail**. Le voyage doit être lié à la profession du juge, laquelle doit être la raison unique du voyage. Les personnes qui adhèrent au régime d'assurance voyage d'affaires recevront une carte d'identification de Croix Bleue Medavie.

Les primes du régime d'assurance voyage d'affaires sont entièrement payées par l'employeur; et les personnes à charge ne sont pas admissibles au régime. Le régime d'assurance voyage d'affaires est seulement offert aux juges qui **n'ont pas adhéré au régime des soins médicaux et d'assurance voyage**. Un juge ne peut pas bénéficier de la couverture de l'assurance voyage et de celle de l'assurance voyage d'affaires en même temps.

Comment adhérer

- Remplir le *Formulaire de demande d'adhésion – Voyage d'affaires de l'employé*.
- Envoyer le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie
- Il n'y a pas de processus de demande tardive pour le régime d'assurance voyage d'affaires. Les juges peuvent adhérer à ce régime en tout temps.

Prestations couvertes

Frais de voyage d'affaires	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 100%	
Prestations	**Montant maximum admissible ***
Soins dentaires à la suite d'un accident	1 000 $ par incident
Transport par ambulance	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Retour au domicile	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Services de diagnostic et de radiographie	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Chambre d'hôpital	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Repas / Hébergement	150 $ par jour pour un maximum de 8 jours (total de 1 200 $)
Équipement médical	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Médecins et chirurgiens	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Autres praticiens	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Médicaments sur ordonnances	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Soins infirmiers privés	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Retour de la dépouille	3 000 $ à vie
Transport de la famille / d'un ami	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Retour du véhicule	2 000 $ par incident
** Le montant maximum admissible pour tous les frais de voyage d'affaires combinés est de 2 000 000 $ par participant par incident.*	

Chacune de ces prestations est la même que celle qui est présentée dans le régime d'assurance voyage. **Veuillez noter** que la prestation pour le retour du véhicule comporte un montant maximum payable de 2 000 $ par incident au lieu de 500 $ par incident (aux termes du régime d'assurance voyage).

Retour à la table des matières

Assistance voyage dans le monde entier
Le régime d'assurance voyage d'affaires offre les mêmes prestations pour l'assurance dans le monde entier que celles qui sont énoncées dans le régime d'assurance voyage.

Soumission des réclamations
Le régime d'assurance voyage d'affaires comporte le même processus relatif aux réclamations que celles énoncées dans le régime d'assurance voyage.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions
Le régime d'assurance voyage d'affaires comporte les mêmes limites et exclusions que celles indiquées dans le régime d'assurance voyage.

Régime de soins dentaires

Le régime de soins dentaires offre des prestations aux juges participants pour les frais précis ayant trait aux soins dentaires de prévention et de base. Les personnes qui adhèrent aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage ou de soins dentaires recevront une carte d'identification de Croix Bleue Medavie.

Les juges peuvent choisir de participer au régime de soins dentaires en choisissant l'une des trois options de couverture suivantes et les primes pour chaque option de couverture sont payées à 50 % par l'employeur et à 50 % par le juge.

- **Juge seulement** : La couverture s'applique au juge seulement.
- **Juge + 1 personne à charge** : La couverture s'applique au juge et à une personne à charge (soit le conjoint ou l'enfant).
- **Juge + 2 personnes à charge ou plus** : La couverture s'applique au juge et à toutes les personnes à charge (soit le conjoint et les enfants).

Le montant payé pour les prestations couvertes énumérées ci-dessous est de 80 %, basé sur les frais habituels et coutumiers jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le Guide des tarifs dentaires du Nouveau-Brunswick. Toutefois, les prestations dentaires ne sont pas automatiquement ajustées en fonction du guide des tarifs de l'année en cours. **Le guide des tarifs actuellement utilisé pour le régime de soins dentaires est l'édition 2024.**

IMPORTANT! Les personnes inscrites au régime de soins dentaires doivent participer pendant au moins deux (2) ans.

Comment adhérer

- Remplir la page 3 du *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs*.

- Envoyer le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans les **31 jours civils** suivant la date d'admissibilité à la couverture, ou dans les **31 jours civils** suivant un changement dans la vie (voir le tableau à la page 5).

- Bien qu'il n'y ait pas de processus de demande tardive pour le régime de soins dentaires, les personnes qui **ne s'inscrivent pas** dans les **31 jours civils** suivant leur admissibilité à la couverture seront assujetties à un remboursement maximal de 100 $ au total pour tous les soins dentaires pendant les 12 premiers mois de couverture par participant. Par exemple, si le juge et sa conjointe sont tous deux des demandeurs tardifs, ils sont tous deux admissibles au remboursement maximal de 100 $.

Prestations couvertes

Frais dentaires	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 80%, basé sur les frais habituels et coutumiers jusqu'à concurrence des montants indiqués dans le Guide des tarifs dentaires du Nouveau-Brunswick – édition 2024.	
Prestations	**Montant maximum admissible**
Soins de prévention	
Les examens oraux et le diagnostic comprennent :	
Examen oral complet	Limité à un toutes les trois années civiles
Examen oral de rappel	Limité à un par année civile

Retour à la table des matières

Examen oral d'urgence et examen oral particulier	Jusqu'à concurrence des frais usuels et coutumiers
Les radiographies comprennent :	
Une série de radiographies complètes ou panoramiques	Limitée à une par année civile
Radiographies intra-orales – périapicales	Fréquence illimitée
Radiographies intra-orales– occlusales	Limitée à une par année civile
Radiographies intra-orales – radiographie interproximale	Limitée à une par année civile
Radiographies extra-orales	Limitée à une par année civile
Les tests et les examens de laboratoire comprennent :	
Culture bactérienne	Fréquence illimitée
Biopsie du tissu oral mou	Fréquence illimitée
Biopsie du tissu oral dur	Fréquence illimitée
Examen cytologique	Fréquence illimitée
Le traitement de prévention comprend :	
Détartrage	Fréquence illimitée
Agents de scellement des puits et des fissures	Fréquence illimitée
Instructions d'hygiène bucco-dentaire	Limitée à une par année civile
Application topique de fluor	Limitée à une par année civile
Polissage de la partie coronale des dents	Limitée à un par année civile
Appareils de maintien	Fréquence illimitée
Soins de base	
Les restaurations comprennent :	
Tiges de rétention;	Fréquence illimitée
Obturations en amalgame, silicate ou résine acrylique ou composite sur les dents postérieures et antérieures.	Fréquence illimitée
Les services endodontiques comprennent :	
Pulpotomie	Fréquence illimitée
Pulpectomie	Fréquence illimitée
Apexification	Fréquence illimitée
Coffrage pulpaire	Fréquence illimitée
Traitement de canal	Fréquence illimitée
Chirurgie endodontique	Fréquence illimitée
Blanchiment (dents ayant reçu un traitement endodontique)	Fréquence illimitée
Les services parodontaux comprennent :	
Surfaçage	Fréquence illimitée
Désensibilisations	Fréquence illimitée
Chirurgie parodontale	Fréquence illimitée
Jumelage provisoire	Fréquence illimitée
Équilibrations occlusales	Fréquence illimitée
Curetage parodontal	Fréquence illimitée
Traitement post-chirurgical	Fréquence illimitée

Retour à la table des matières

Rajustements aux appareils	Fréquence illimitée
Prise en charge des exacerbations aiguës	Fréquence illimitée
Autres services parodontaux complémentaires	Fréquence illimitée
Appareils parodontaux	Limité à un toutes les 2 années civiles
Les rajustements aux dentiers amovibles comprennent :	
Rajustements mineurs	Fréquence et montant illimités
Rebasage et regarnissage	Limité à un toutes les deux années civiles
La chirurgie orale comprend :	
Extraction de dents sorties	Fréquence et montant illimités
Exposition et déplacement chirurgicaux des dents	Fréquence et montant illimités
Les services complémentaires généraux comprennent :	
Anesthésie (liée à une chirurgie)	Fréquence et montant illimités
Les services relatifs à la dysfonction temporo-mandibulaire et myofaciale comprennent :	
Rebasage	Fréquence illimitée
Appareils	Limité à un toutes les 2 années civiles
Rajustments	Fréquence illimitée

Le saviez-vous?
Les services dentaires requis après que les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct accidentel à la bouche ne sont pas couverts par le régime de soins dentaires, mais sont fournis aux termes du régime de soins médicaux.

Soumission des réclamations

Les réclamations portant sur les prestations dentaires doivent être soumises à l'administrateur des réclamations (CBM) dans un délai de 24 mois à l'aide de l'appli Medavie ou du site Web des services aux membres ou par courrier. Dans de nombreux cas, la réclamation peut être soumise sur-le-champ (facturation directe) en présentant votre carte d'identification de Croix Bleue Medavie au professionnel des soins dentaires lorsque vous accédez aux services. Les réclamations soumises après 24 mois suivant la date à laquelle les dépenses ont été engagées ne seront pas évaluées.

Les réclamations doivent être accompagnées de preuves à l'appui, ce qui peut comprendre la preuve de participation, les reçus d'achat, les factures, les registres de logement/transport, les dossiers/certificats médicaux, les déclarations écrites des parties concernées, les rapports de police ou tout autre renseignement qui est jugé nécessaire pour que l'administrateur des réclamations (CBM) puisse évaluer la réclamation comme il le faut.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions

Sauf indication contraire, les prestations dentaires ne seront pas versées dans les cas suivants :

- Une blessure ou une maladie découlant de la participation à une guerre, à des troubles civils, à une émeute ou à une insurrection (sauf si elle est survenue dans l'exécution des fonctions liées au travail);
- Toute tentative de suicide ou blessure infligée soi-même que le participant soit sain d'esprit ou non;
- Les frais engagés pour les facettes;

- Les frais qui sont couverts par un tiers (y compris les régimes d'assurance publics ou privés) ou qui le seraient habituellement si une réclamation avait été soumise);
- Les services et les fournitures ayant trait à tout appareil porté au cours de l'exercice d'un sport;
- Les services ou les fournitures assurés par une personne qui réside habituellement au foyer du participant ou par un membre de la famille immédiate du participant (par le sang ou le mariage);
- Les services ou les fournitures qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical, qui sont plutôt à des fins cosmétiques (sauf les matériaux d'obturation composites);
- Les services rendus par une hygiéniste dentaire mais non administrés sous la supervision d'un dentiste (sauf dans les provinces où cela n'est plus une exigence légale);
- Les services qui sont offerts gratuitement (ou qui le seraient s'il n'y avait pas de couverture) ou qui ne sont pas imputables au participant;
- Les services qui dépassent les services dispensés ordinairement conformément à la pratique thérapeutique actuelle;
- Le jumelage pour des raisons parodontales, lorsque des couronnes coulées ou traitées avec inlay sont utilisées à cette fin, avec ou sans traitement onlay;
- Traitement ou appareil pour corriger la dimension verticale et la dysfonction temporo-mandibulaire qui se rattache à la reconstruction complète de la bouche.

Régime d'assurance-vie

Le régime d'assurance-vie (aussi appelé régime d'assurance-vie collective) accorde des prestations aux juges participants en cas de perte de vie qui survient pour toute raison (y compris un suicide, une maladie, un accident, etc.). La couverture est en vigueur à tout moment, tant au travail qu'en dehors du travail.

Au moment de son adhésion à l'assurance-vie, garantie de base ou garantie facultative, le juge adhère automatiquement à l'ADMA, garantie de base ou garantie facultative, respectivement, pour un montant égal car le régime ADMA est un prolongement du régime d'assurance-vie.

L'assurance-vie des personnes à charge n'est pas combinée à l'ADMA volontaire, et l'adhésion à chacune se fait individuellement.

Les trois options de couverture suivantes sont disponibles, et le juge peut choisir de s'inscrire à plusieurs d'entre elles.

- **Assurance-vie, garantie de base :** L'adhésion à l'assurance-vie, garantie de base est obligatoire pour tous les juges, les primes sont entièrement payées par l'employeur et les juges seront automatiquement inscrit à un montant égal de l'ADMA, garantie de base. Le montant de la prestation est égal au salaire annuel du juge et la couverture s'applique au juge seulement.

- **Assurance-vie, garantie facultative :** L'adhésion à l'assurance-vie, garantie facultative est facultative pour tous les juges, les primes sont entièrement payées par le juge et le juge sera automatiquement inscrit à un montant égal de l'ADMA, garantie facultative. Le montant de la prestation est choisi par le juge, soit **une, deux, trois ou quatre fois** son salaire annuel. La couverture s'applique uniquement au juge et la prestation maximale payable pour l'assurance-vie de base et l'assurance-vie facultative combinées est de 800 000 $. Toutefois, tout montant supérieur à 500 000 $ devra être approuvé par l'assureur, et une *déclaration de santé* sera exigée comme preuve d'assurabilité.

- **Assurance-vie des personnes à charge :** L'adhésion à l'assurance-vie des personnes à charge est facultative pour tous les juges qui partagent les primes à parts égales avec l'employeur. Le montant de la prestation est de 12 000 $ pour toutes les personnes à charge (conjoint et enfants) et la couverture s'applique aux personnes à charge uniquement.

Comment adhérer

- Remplir la page 2 du *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs*.

- Envoyer le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans les **31 jours civils** suivant la date d'admissibilité à la couverture, ou dans les **31 jours civils** suivant un changement dans la vie (voir le tableau à la page 5).

- Les juges qui désirent adhérer au **régime d'assurance-vie, garantie facultative** et **ne le font pas** dans les **31 jours civils** suivant leur admissibilité seront traités comme des demandeurs tardifs et risquent de se voir refuser la couverture par l'assureur. Les juges qui s'inscrivent tardivement au régime d'assurance-vie, garantie facultative devront remplir une *déclaration de santé* et, pour des raisons de confidentialité, l'envoyer directement à l'assureur comme preuve d'assurabilité et soumettre séparément le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* à leur bureau des ressources humaines ou des services de la paie.

- Il n'y a pas de procédure de demande tardive pour le **régime d'assurance-vie pour personnes à charge**, mais l'adhésion à ce régime d'avantages sociaux doit se faire dans les **31 jours civils** suivant la date d'admissibilité, ou pendant la **période d'inscription annuelle**, qui a généralement lieu au mois de mai.

Prestation pour maladie en phase terminale

Si un juge a moins de 65 ans et souffre d'un problème de santé qui devrait entraîner son décès dans les 12 mois (de l'opinion d'un médecin traitant), le juge peut réclamer 50 % du montant d'assurance-vie de base ou 50 000 $ (le montant le moins élevé des deux) en remplissant la *Demande de prestation pour maladie en phase terminale* et en la soumettant à l'assureur. Le reste de la prestation payable sera versé au bénéficiaire désigné au décès du juge. Cette prestation n'est payable qu'une seule fois au cours de sa vie.

Soumission des réclamations

Les réclamations portant sur l'assurance-vie doivent être soumises à l'administrateur des réclamations (CBM) par courrier, télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire *Demande de prestation de décès* dans les 12 mois. Toute réclamation soumise plus de 12 mois après la date du décès ne sera pas évaluée par l'assureur.

Les lignes directrices pour faire une demande de prestation de décès se trouvent à l'annexe D de ce livret.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions

Le régime d'assurance-vie ne contient pas de limites ou d'exclusions. La prestation sera versée quelle que soit la cause du décès.

Le saviez-vous?
• Il n'y a pas de limites ou d'exclusions aux termes du régime d'assurance-vie. Peu importe la cause du décès, le montant de la prestation sera payable. • En cas de décès à la suite d'un accident, le montant de la prestation aux termes des deux régimes d'assurance-vie et d'ADMA seront payables. • La prestation supplémentaire en cas d'hospitalisation aux termes des régimes d'assurance-vie et d'ADMA peut être payable au participant hospitalisé même si aucune perte précise n'est payable aux termes du tableau des pertes.

Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident

Le régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA) offre des prestations aux juges participants en cas de perte de vie, de perte de parties du corps précises ou de perte de l'usage de parties du corps précises à la suite d'un accident. La couverture est en vigueur à tout moment, tant au travail qu'en dehors du travail.

Le régime d'ADMA est un prolongement du régime d'assurance-vie. Au moment de son adhésion à l'assurance-vie, garantie de base ou garantie facultative, le juge adhère automatiquement à l'ADMA, garantie de base ou garantie facultative, respectivement, pour un montant égal.

L'ADMA volontaire n'est pas combinée à l'assurance-vie des personnes à charge et l'adhésion à chacune se fait individuellement.

Les trois options de couverture suivantes sont disponibles, et le juge peut choisir de s'inscrire à plusieurs d'entre elles.

- **ADMA, garantie de base :** L'adhésion à l'ADMA, garantie de base, est obligatoire pour tous les juges, les primes sont entièrement payées par l'employeur et les juges seront automatiquement inscrits à un montant égal de l'assurance-vie, garantie de base. Le montant de la prestation est égal au salaire annuel du juge et la couverture s'applique au juge seulement.

- **ADMA, garantie facultative :** L'adhésion à l'ADMA, garantie facultative est facultative pour tous les juges, les primes sont entièrement payées par le juge et le juge sera automatiquement inscrit à un montant égal de l'assurance-vie, garantie facultative. Le montant de la prestation est choisi par le juge, soit **une, deux, trois ou quatre fois** son salaire annuel. La couverture s'applique uniquement au juge et la prestation maximale payable pour l'ADMA de base et l'ADMA facultative combinées est de 800 000 $. Toutefois, tout montant supérieur à 500 000 $ devra être approuvé par l'assureur, et la *Déclaration de santé* sera exigée comme preuve d'assurabilité.

- **ADMA, garantie volontaire** : L'adhésion à l'ADMA, garantie volontaire est facultative pour tous les juges qui paient aussi la totalité des primes. Le montant de la prestation est choisi par le juge en unités de 10 000 $ (jusqu'à concurrence de 500 000 $). La couverture peut se traduire par une prestation au juge uniquement (option individuelle) ou au juge et aux personnes à sa charge (option familiale). Aux termes de l'option familiale, le juge sera assuré pour un montant égal à 100 % de la couverture, tandis que les personnes à charge seront assurées pour des montants égaux à :

    - **dans le cas du conjoint :** 50 % de la couverture (60 % s'il n'y a pas d'enfant); et
    - **dans le cas des enfants :** 15 % de la couverture chacun (20 % s'il n'y a aucun conjoint).

IMPORTANT! La prestation pour maladies graves de 2 000 $ n'est pas incluse dans la garantie facultative de l'ADMA et dans la garantie volontaire de l'ADMA. Elle est seulement incluse dans la garantie de base de l'ADMA.

Comment adhérer

- Étant donné que le régime d'ADAM, garantie de base ou garantie facultative est une extension du régime d'Assurance-vie, garantie de base ou garantie facultative, veuillez consulter la section du régime

d'assurance-vie et suivre les mêmes instructions pour adhérer au régime d'ADAM, garantie de base ou garantie facultative.

- Pour adhérer à **l'ADMA, garantie volontaire**, remplir la page 2 du *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* et envoyer le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie. Il n'y a pas de processus de demande tardive pour l'ADMA, garantie volontaire. Les juges et les personnes à charge peuvent s'inscrire à ces régimes à tout moment et la date d'entrée en vigueur sera le premier jour du mois suivant.

Prestations couvertes

Le montant payable pour les pertes qui surviennent à la suite d'un accident est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau des pertes	
Perte	**Perte**
Vie	100 % du montant de la prestation
Vision complète d'un œil	100 % du montant de la prestation
Parole	100 % du montant de la prestation
Ouïe dans une oreille	66,66 % du montant de la prestation
Ouïe dans les deux oreilles	100 % du montant de la prestation
Parole et ouïe (les deux oreilles)	200 % du montant de la prestation
Tous les orteils d'un pied	25 % du montant de la prestation
Perte ou perte d'usage*	**Montant payable**
Un bras	100 % du montant de la prestation
Une jambe	100 % du montant de la prestation
Une main	100 % du montant de la prestation
Un pied	100 % du montant de la prestation
Les deux bras ou les deux mains	200 % du montant de la prestation
Pouce et index ou au moins trois doigts sur une main	33,33 % du montant de la prestation
Pour une paralysie totale	**Montant payable**
Les deux membres supérieurs et membres inférieurs (quadriplégie)	200 % du montant de la prestation
Les deux membres inférieurs (paraplégie)	200 % du montant de la prestation
Les membres supérieurs/inférieurs d'un côté (hémiplégie)	200 % du montant de la prestation
**La perte d'usage doit être totale et irréversible pour une période d'au moins 12 mois.* *Le montant maximum payable pour toutes les pertes qui surviennent à la suite du même accident est de 2 000 000 $ ou de deux fois le montant de la prestation par rapport à la paralysie. Cette limite s'applique à chaque option de couverture individuellement.* *Si la perte de vie survient dans les 90 jours suivant la date d'un accident, le montant maximal payable ne dépassera pas le montant de la prestation.*	

Prestation pour maladies graves

Si un juge **a moins de 65 ans** et reçoit un diagnostic de l'un des problèmes suivants, il peut réclamer un montant de 2 000 $ en remplissant le formulaire *Demande de prestations pour l'assurance maladies graves* et en

le soumettant à l'assureur. Cette prestation n'est pas un remboursement des frais médicaux, et il n'y a aucune restriction quant à la façon dont le demandeur peut la dépenser.

4 troubles de santé admissibles pour la prestation			
Crise cardiaque	Pontage aortocoronarien	Accident vasculaire cérébral	Cancer constituant un danger de mort (certains cancers peuvent être exclus)

Le juge **doit survivre pendant 30 jours (90 jours s'il s'agit d'un cancer)** après la date de diagnostic pour avoir droit à cette prestation. La prestation exclut les problèmes de santé préexistants pour lesquels le juge a consulté un médecin, a reçu un traitement, des soins ou des services ou pour lesquels un médicament a été prescrit au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'entrée en vigueur de la couverture. Cette prestation n'est payable qu'une seule fois au cours de sa vie. Pour obtenir la définition de chacun de ces diagnostics et les types de cancer qui peuvent être exclus de la prestation, communiquez avec l'assureur.

Un avis qu'une **demande de réclamation pour maladies graves** sera soumise doit être fourni à l'administrateur des réclamations (CBM) par courrier, télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire *Demande de prestations pour l'assurance maladies graves* **au plus tard 30 jours** après la date du diagnostic. Additionnellement, la demande de réclamation complète doit être soumise **au plus tard 90 jours** après le diagnostic.

Dans des circonstances exceptionnelles, les demandes de réclamations soumises plus de 90 jours après la date du diagnostic peuvent être évaluées par l'assureur, à condition qu'elles soient reçues dans les 12 mois suivant la date du diagnostic.

Pour de plus amples renseignements sur ces conditions, veuillez communiquer avec Croix Bleue Medavie au 1-888-227-3400 ou par courriel : inquiry@medavie.bluecross.ca.

Prestation pour état comateux

Si un juge tombe dans le coma à la suite d'un accident, un montant égal à 100 % du montant de la prestation est versé. Le coma doit survenir dans les 365 jours de l'accident et doit se poursuivre pendant au moins 60 jours consécutifs.

Prestations supplémentaires pour toutes les options de couverture

Voici les prestations supplémentaires qui sont offertes aux personnes qui participent aux trois options de couverture de l'ADMA :

Deuil – En cas de perte accidentelle de vie, les frais du conjoint survivant et des personnes à la charge du juge décédé qui recevront une aide aux personnes endeuillées peuvent être couverts pour une période maximale de 365 jours et recevoir une prestation maximale de 1 000 $ (2 000 $ s'il s'agit de l'option familiale de la couverture volontaire).

Défiguration esthétique – En cas de défiguration esthétique accidentelle à la suite de blessures au troisième degré, un pourcentage du montant de la prestation peut être payé selon les parties du corps brûlées et la surface totale qui a été brûlée, jusqu'à concurrence d'une prestation égale à 100 % du montant de la prestation.

Garderie – En cas de perte accidentelle de vie et d'inscription (ou d'inscription imminente) des enfants à la charge du juge décédé dans une garderie, les frais de tels services de garderie peuvent être couverts, pour une période maximale de quatre années consécutives, et une prestation maximale égale à 5 % du montant de la prestation ou de 5 000 $ par année (par enfant), selon le montant le moins élevé.

Éducation – En cas de perte accidentelle de vie et d'inscription à temps plein (ou d'inscription à temps plein imminente) des enfants à la charge du juge décédé dans un établissement d'enseignement postsecondaire, les frais de tels services d'enseignement peuvent être couverts, pour une période maximale de quatre années consécutives, et une prestation maximale égale à 5 % du montant de la prestation ou de 5 000 $ par année (par enfant), selon le montant le moins élevé.

Transport des membres de la famille – Si le juge est hospitalisé pendant au moins quatre jours consécutifs dans un établissement qui se trouve à au moins 100 km (150 km s'il s'agit de la couverture volontaire) du lieu de résidence habituel de la personne, les frais d'hébergement et de transport des membres de la famille qui visiteront la personne peuvent être couverts, jusqu'à concurrence d'une prestation maximale de 15 000 $.

Voies de fait criminelles – Si la perte est causée par un acte délibéré contre un groupe d'employés au travail (et que cet acte est un acte délictueux grave, un acte criminel passible d'un emprisonnement, un méfait, une déclaration sommaire de culpabilité, une émeute ou des tentatives d'actes du genre), un montant supplémentaire égal à 10 % du montant de la prestation peut être versé. Cette prestation ne sera pas versée si l'acte délibéré est une infraction relative à la conduite d'un véhicule en vertu des lois applicables sur les véhicules à moteur ou est causée par un autre employé ou un membre de la famille ou du ménage de la personne.

Funérailles – En cas de perte de vie accidentelle, les frais d'incinération, d'enterrement ou funéraires peuvent être couverts, jusqu'à concurrence de 5 000 $.

Modifications au domicile et au véhicule – En cas de paralysie ou de perte des deux pieds ou jambes ou de perte de leur usage, et si l'utilisation d'un fauteuil roulant est requise pour se déplacer, les frais associés à la modification de la résidence principale et du véhicule à moteur de la personne peuvent être couverts, pendant une période maximale de trois ans, et une prestation maximale de 25 000 $.

Hospitalisation – En cas d'hospitalisation, un montant égal à 1/30^{e} de 1 % du montant de la prestation peut être payé pour chaque jour d'hospitalisation, pour une période maximale de 365 jours, et un maximum mensuel de 2 500 $.

Identification – En cas de perte accidentelle de vie, s'il faut qu'un membre de la famille identifie le corps du juge décédé, qui se trouve à au moins 150 km du lieu de résidence habituel de ce dernier, les frais d'hébergement et de transport du membre de la famille pour identifier le corps peuvent être couverts, jusqu'à concurrence d'une prestation de 5 000 $.

Invalidité totale permanente – Si avant que le membre n'ait 65 ans, une invalidité totale et permanente survient à la suite d'un accident, un montant égal à 100 % du montant de la prestation peut être versé.

Thérapie psychologique – En cas de perte accidentelle, si la participation à une thérapie psychologique est exigée, les frais connexes doivent être payés, pour une période maximale de 2 ans, et une prestation maximale de 5 000 $.

Réadaptation – En cas de perte accidentelle, si la participation à un programme de réadaptation est requise pour retourner à une profession différente, les frais connexes peuvent être couverts pour une période maximale de trois ans, et une prestation maximale de 15 000 $.

Rapatriement – En cas de perte accidentelle de vie à un lieu qui se trouve au moins à 50 km du lieu de résidence habituel de la personne, les frais de transport de la dépouille jusqu'au lieu d'inhumation prévu peuvent être couverts, pour une prestation maximale de 15 000 $.

Ceinture de sécurité – En cas de perte accidentelle, si le participant décédé était un conducteur ou un passager dans un véhicule privé et portait une ceinture lors de l'accident, un montant supplémentaire correspondant à 10 % du montant de la prestation peut être versé, jusqu'à concurrence de la prestation maximale de 50 000 $.

Formation professionnelle du conjoint – En cas de perte de vie accidentelle, le conjoint du participant décédé pourrait avoir le droit de suivre une formation professionnelle pour l'aider à améliorer ses compétences en matière d'emploi, pour une période maximale de trois ans, et une prestation maximale de 15 000 $.

Modification du lieu de travail et mesure d'adaptation – En cas de perte accidentelle, si l'utilisation de matériel adapté spécial et une modification du lieu de travail sont requises pour permettre le retour à un emploi à temps plein actif, les frais associés à un tel équipement et aux modifications peuvent être couverts, jusqu'à concurrence de 5 000 $. Cette prestation est payable seulement une fois à vie.

Prestations supplémentaires pour l'ADMA - volontaire

Voici les prestations supplémentaires qui sont offertes aux personnes qui bénéficient de la couverture volontaire de l'ADMA :

Augmentation de l'assurance d'enfant (option familiale seulement) – Les prestations des enfants à charge sont doublées pour toutes les pertes accidentelles, sauf la perte de vie.

Décès simultanés (option familiale seulement) – Si un juge et son conjoint meurent accidentellement dans les 24 heures l'un de l'autre, le montant de la prestation du conjoint sera accru à 100 %.

Indexation – En cas de perte accidentelle, un montant supplémentaire correspondant à 1 % du montant de la prestation est payé pour chaque année consécutive pendant laquelle le participant a eu une couverture, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 5 % du montant de la prestation.

Famille élargie (option familiale, seulement) – Si un juge perd la vie pour toute cause, la couverture de son conjoint et des enfants à sa charge se poursuivra pendant six (6) mois sans paiement des primes. Après ces six (6) mois, les personnes à charge auront la possibilité de convertir leur assurance-vie et/ou leur ADMA en une police individuelle **sans aucune question médicale**. Ils doivent remplir le formulaire *Conversion d'assurance-vie collective et de décès et mutilation par accident* et le soumettre à l'assureur dans les **31 jours civils** suivant la date à laquelle leur couverture a pris fin (après les six mois). **IMPORTANT!** Le non-respect de cette exigence peut entraîner le refus de la demande de conversion.

Soumission des réclamations

Les réclamations portant sur l'ADMA doivent être soumises à l'administrateur des réclamations (CBM) par courrier, télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire *Demande de prestation de décès* (pour un décès accidentel) ou *Demande de règlement pour blessure accidentelle* (pour une blessure accidentelle) dans les 12 mois suivant la date de la perte ou du décès. Toute réclamation soumise plus de 12 mois après la date de l'accident ou du décès ne sera pas évaluée par l'assureur.

Les lignes directrices pour faire une demande de prestation de décès se trouvent à l'annexe D de ce livret.

Un avis qu'une **demande de réclamation pour maladies graves** sera soumise doit être fourni à l'administrateur des réclamations (CBM) par courrier, télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire *Demande de prestations pour l'assurance maladies graves* **au plus tard 30 jours** après la date du diagnostic. Additionnellement, la demande de réclamation complète doit être soumise **au plus tard 90 jours** après le diagnostic.

Dans des circonstances exceptionnelles, les demandes de réclamations soumises plus de 90 jours après la date du diagnostic peuvent être évaluées par l'assureur, à condition qu'elles soient reçues dans les 12 mois suivant la date du diagnostic.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions

L'assureur ne versera pas les prestations d'ADMA en cas de perte ou de coma qui résulte directement ou indirectement des causes suivantes :

- Un traitement médical ou chirurgical, une infection septique ou une maladie (autre que celles énumérées pour la prestation en cas de maladies graves) causée par une blessure subie à la suite d'un accident;
- Un suicide, une tentative de suicide ou une blessure ou une maladie volontaire;
- L'ingestion volontaire de poison ou de drogues;
- L'inhalation de fumées (sauf si une commission de la santé et de la sécurité au travail a jugé que l'inhalation était un accident);
- Un infarctus ou un accident cérébrovasculaire, un infarctus du myocarde ou une crise cardiaque, ou une thrombose coronaire ou un anévrisme (couverts par la prestation en cas de maladies graves);
- Des causes naturelles;
- Un accident ou une blessure qui survient au cours de la participation à un acte criminel ou d'une tentative d'acte criminel, peu importe si des accusations ont été portées ou si une condamnation a été obtenue;
- Une insurrection, une guerre (déclarée ou non), l'action hostile des forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute ou à une agitation populaire;
- Un accident ou une blessure subie au cours d'un voyage dans un aéronef (sauf si le participant est un passager dans un aéronef qui est destiné et est autorisé pour le transport de passagers);
- Un acte ou une tentative d'acte ou une omission de la part du participant ou avec son consentement dans le but d'interrompre le flux sanguin vers le cerveau ou de causer l'asphyxie, qu'il y ait intention ou non de causer des dommages; ou
- Un accident ou une blessure qui survient au cours de l'utilisation d'un véhicule sous l'influence d'une substance toxique ou avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale dans la juridiction où l'accident est survenu.

Assurance pour maladies graves - Garantie facultative

L'assurance facultative contre les maladies graves est une assurance collective administrée par Croix Bleue Medavie, qui est volontaire et distincte de la prestation pour l'assurance maladies graves incluse dans le régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA). L'objectif de l'assurance facultative contre les maladies graves est de vous fournir un paiement forfaitaire si vous (ou votre conjoint ou vos enfants à charge) êtes gravement atteint d'une maladie couverte.

L'assurance facultative contre les maladies graves est offerte à tous les juges de la province du Nouveau-Brunswick et à leurs personnes à charge qui répondent aux critères d'admissibilité énumérés ci-dessous. Les juges et les personnes à charge disposent de **31 jours civils** à compter de leur admissibilité pour demander une couverture allant jusqu'à 60 000 $ pour eux-mêmes et/ou leur conjoint et jusqu'à 25 000 $ pour leurs enfants, sans fournir de renseignements médicaux. Le juge devra fournir des renseignements médicaux pour obtenir tout montant de couverture supérieur à 60 000 $ ou s'il fait une demande après les **31 jours civils** de son admissibilité.

Critères d'admissibilité

- Le participant doit répondre à la définition d'employé (ou de conjoint ou d'enfant) et être activement au travail au moment de l'adhésion;
- Les juges peuvent inscrire leur conjoint même s'ils n'optent pas pour une couverture pour eux-mêmes toutefois, la couverture des enfants dépend de l'adhésion du juge ou du conjoint ; et
- Les juges peuvent être couverts à la fois en tant que membre et en tant que conjoint, mais les limites de non-évidence ne peuvent pas être "cumulées". C'est-à-dire, la couverture totale de non-évidence ne peut pas dépasser la limite de 60 000 $.

Maladies couvertes

25 troubles de santé couverts admissibles pour un paiement complet (couverture d'un deuxième événement pour les maladies non liées)*		
Accident vasculaire cérébral (AVC entraînant des déficits neurologiques persistants)	Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	Paralysie
Anémie aplasique	Démence, y compris maladie d'Alzheimer	Perte d'autonomie
Brûlures graves	Greffe d'un organe vital	Perte de l'usage de la parole
Cancer	Infection au VIH dans le cadre de l'occupation	Perte de membres
Cécité		
Chirurgie de l'aorte	Insuffisance rénale	Pontage coronarien
Chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation)	Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés	Sclérose en plaques
Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)	Maladie des motoneurones	Surdité
Coma	Méningite bactérienne	Tumeur cérébrale bénigne

Retour à la table des matières

4 troubles de santé couverts admissibles pour un paiement partiel (10% du montant de la couverture)	
Angioplastie coronarienne	Carcinome canalaire in situ (Tis) du sein
Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	Mélanome malin au stade 1A

7 troubles de santé infantiles couverts admissibles pour un paiement complet	
Autisme	Fibrose kystique
Cardiopathie congénitale	Paralysie cérébrale
Diabète sucré de type 1	Trisomie 21
Dystrophie musculaire	

***Couverture d'un deuxième événement** - Une personne peut être admissible à un maximum de deux (2) paiements complets, lorsque les conditions relèvent de catégories différentes.

Catégorie 1
Cancer

Catégorie 2
Chirurgie de l'aorte
Chirurgie valvulaire (remplacement ou réparation)
Crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde)
Pontage coronarien

Catégorie 3
Brûlures graves
Cécité
Infection au VIH dans le cadre de l'occupation
Perte de l'usage de la parole
Perte de membres
Surdité

Catégorie 4
Accident vasculaire cérébral (AVC entraînant des déficits neurologiques persistants)
Anémie aplasique
Coma
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
Greffe d'un organe vital
Insuffisance rénale
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques spécifiés
Maladie des motoneurones
Méningite bactérienne
Paralysie
Perte d'autonomie
Sclérose en plaques
Tumeur cérébrale bénigne

Comment adhérer

- L'adhésion se fait directement sur le site Web de Croix Bleue Medavie où le juge peut obtenir un devis, s'inscrire et choisir un mode de paiement, prélèvement automatique d'un compte bancaire ou carte de crédit.

Condition préexistante - Tout trouble de santé pour lequel, au cours des 24 mois précédant immédiatement la date d'effet de la garantie à son égard, l'assuré:

- a eu une consultation médicale;
- s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
- a reçu un traitement, y compris des mesures diagnostiques pour tout symptôme ou problème médical qui a mené à un diagnostic ou à un traitement pour un trouble de santé couvert.

Retour à la table des matières

Cette définition ne s'applique pas à un enfant né pendant que l'assurance facultative pour enfants contre les maladies graves est en vigueur.

Croix Bleue Medavie ne versera pas de prestations pour toute condition qui résulte, directement ou indirectement, d'une condition préexistante, à moins que la condition couverte ne survienne après 24 mois consécutifs de couverture.

Période de survie - La période de temps continue entre la date à laquelle la définition d'un trouble de santé couvert est satisfaite et la date à laquelle la prestation est payable. La période de survie est de 30 jours consécutifs, sauf indication contraire dans la description du trouble de santé couvert.

Résiliation - En toutes circonstances (cessation d'emploi, retraite, mise à pied, congé autorisé), l'assurance facultative contre les maladies graves sera automatiquement maintenue, à moins que vous ne choisissiez de la suspendre ou d'y mettre fin en appelant l'équipe des avantages facultatifs de Croix Bleue Medavie au 1-844-949-3809.

Le tableau ci-dessous résume la couverture des maladies graves incluse dans le régime de l'ADMA et celui de l'assurance facultative contre les maladies graves:

	Prestation pour maladies graves (incluse avec l'ADMA)	Assurance pour maladies graves – garantie facultative
Admissibilité	Juge	Juge, conjoint, enfants à charge
Maximum de la prestation	2 000 $	10 000 $ à 400 000 $
Maximum sans preuves	2 000 $	60 000 $
Troubles de santé couverts	4	36
Couverture d'un deuxième évènement	Non	Oui
Troubles infantiles	Non	Oui (7)
Paiements partiels	Non	Oui (4)
Âge limite	65	70
Paiement des primes	100% par l'employeur	100% par le juge

Soumission des réclamations

Le formulaire de demande de réclamations pour l'assurance facultative contre les maladies graves est disponible dans la section des ressources pour les membres du site Web de Croix Bleue Medavie (www.medaviebc.ca).

La demande de réclamations pour l'assurance facultative contre les maladies graves doit être soumise à Croix Bleue Medavie par courrier, télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire dans les 12 mois suivant la date du diagnostic. Une vérification de la situation d'emploi peut être exigée.

Toutes les limites applicables aux réclamations sont en dollars canadiens.

Limites et exclusions

L'assurance facultative contre les maladies graves ne sera pas versée pour toute condition qui résulte directement ou indirectement des causes suivantes :

- Une condition préexistante, sauf si la condition couverte survient après 24 mois consécutifs de couverture ;
- Un accident, sauf si la condition couverte est une brûlure grave ;
- Une tentative de suicide ou une blessure ou une maladie volontaire ;
- L'utilisation d'un poison, d'une substance intoxicante ou d'une drogue, sauf s'ils sont prescrits par un médecin et utilisés selon les instructions ;
- La participation à un acte criminel ou la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- Tout accident ou blessure survenant lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de drogues (y compris la marijuana) ou avec un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale dans la juridiction où l'accident se produit ; ou
- Insurrection, guerre (déclarée ou non), action hostile des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.

Vous trouverez des renseignements détaillés sur les options de couverture à la page Maladies graves | Croix Bleue Medavie ou en appelant Croix Bleue Medavie au 1-844-949-3809 ou par courriel à inquiry@medavie.bluecross.ca.

Retour à la table des matières

Exonération des primes

La prestation pour l'exonération des primes permet au juge de **maintenir** la couverture de ses avantages sociaux sans payer les primes lorsqu'il est approuvé pour des prestations d'invalidité. Une exonération des primes s'applique à tous les régimes d'avantages sociaux (sauf le voyage d'affaires) en vigueur au moment de l'invalidité et est offerte au juge qui :

- est jugé être totalement invalide pendant une période continue d'au moins quatre (4) mois (période d'attente); et
- a payé ses primes pendant la période d'attente de quatre (4) mois.

Une fois l'exonération des primes approuvée, le juge et son employeur recevront une lettre de l'administrateur du régime (Vestcor) détaillant les informations suivantes :

- la liste des avantages sociaux pour lesquels l'exonération des primes est approuvée;
- la date d'entrée en vigueur de l'exonération des primes; et
- la période maximale de l'exonération des primes pour chaque prestation.

IMPORTANT! Durant la période d'attente de quatre (4) mois, le juge et l'employeur **doivent continuer de payer les primes** pour tous les avantages sociaux que le juge a décidé de maintenir. Si les primes ne sont pas payées durant la période d'attente, le juge renonce effectivement à son droit à une exonération des primes. Par conséquent, tous les avantages sociaux pour lesquels les primes ne sont pas payées pendant la période d'attente ne pourront pas faire l'objet d'une exonération des primes par la suite.

Pour satisfaire à la définition **« d'invalidité totale »**, un juge doit être incapable mentalement ou physiquement d'accomplir les tâches régulièrement requises de son occupation habituelle. L'invalidité doit être médicalement documentée et le juge doit être suivi par un médecin.

Après 24 mois d'invalidité totale, un **changement de définition** peut survenir et exige que le juge soit mentalement ou physiquement incapable d'accomplir les fonctions régulièrement requises :

- de son occupation habituelle; et
- de toute occupation pour lequel le juge :
  - toucherait au moins 75 % de son salaire avant l'invalidité; et
  - est raisonnablement qualifié ou pourrait le devenir par la formation, l'éducation ou l'expérience.

La perte d'un permis professionnel ou d'une attestation professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale. La disponibilité du travail n'est pas prise en considération au cours de l'évaluation de l'invalidité totale.

Quand et comment faire une demande pour l'exonération des primes

Le juge doit présenter sa demande pour l'exonération des primes en même temps que sa demande pour la prestation d'invalidité.

IMPORTANT! Pour les juges qui ont droit à des prestations en vertu de la ***Loi sur les accidents du travail***, supervisée par Travail Sécuritaire NB, la demande pour l'exonération des primes doit être soumis en même temps que la demande de la prestation d'accidents du travail, pendant la période d'attente de quatre (4) mois. Cela évitera tout retard dans l'évaluation de l'admissibilité à l'exonération des primes et dans la détermination

Retour à la table des matières

de la date de début de la période de prestation. La *Loi sur les accidents du travail* et l'exonération des primes et la reposent sur des définitions distinctes du terme "invalidité", de sorte que l'approbation d'une prestation ne garantit pas l'approbation de l'autre.

Pour demander l'exonération des primes, le juge, le médecin traitant et l'employeur **doivent** remplir:

- la *déclaration de l'employé* et la soumettre à l'administrateur du régime (Vestcor).
- la *déclaration du médecin traitant* et la soumettre à l'administrateur des réclamations (CBM).
- la *déclaration de l'employeur* et la soumettre à l'administrateur du régime (Vestcor).

Les demandes pour l'exonération des primes doivent être soumises dès que possible et **pendant la période d'attende de quatre (4) mois.**

Les demandes peuvent ne pas être évaluées si elles sont soumises avant le début de l'invalidité totale ou si l'invalidité totale ne persiste plus.

Les demandes soumises plus de 10 mois après le début de l'invalidité totale pourraient ne pas être évaluées.

Période de l'exonération des primes

Si l'exonération des primes est approuvée, elle entrera en vigueur une fois que la période d'attente de quatre (4) mois arrive à conclusion et que le juge n'est plus en congé payé. C'est-à-dire, le juge peut être en congé approuvé avec salaire complet ou partiel pendant la période d'attente, mais l'exonération des primes n'entrera en vigueur que lorsqu'il ne recevra plus aucun salaire.

La **date d'entrée en vigueur** d'une exonération des primes est le premier jour du mois suivant la date de son approbation. Par exemple, si l'exonération des primes est approuvée entre le deuxième jour du mois et la fin du mois, l'exonération commence le premier jour du mois suivant.

Toutefois, si le juge continue de bénéficier d'une forme quelconque de maintien du salaire (congés de maladie, jours de vacances, etc.) après la date d'approbation de l'exonération, la date d'entrée en vigueur de l'exonération sera le premier jour du mois suivant la fin du maintien du salaire.

Le paiement des primes n'est exigé ni du juge ni de l'employeur pendant la durée de l'exonération des primes.

IMPORTANT! L'exonération des primes pour les régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires **expire après 24 mois** et ne peut pas être en vigueur pendant qu'un juge bénéficie d'un maintien du salaire. Par conséquent, la période d'exonération des primes sera plus courte si le juge continue de recevoir une paie complète ou partielle après la date d'approbation de celle-ci.

Exemple No. 1:	
Date d'invalidité:	3 novembre 2023
Date d'approbation de l'exonération des primes:	4 mars 2024 (période d'attende quatre (4) mois complétée)
Congé de maladie payé/Maintien du salaire:	a cessé
Date d'entrée en vigueur de l'exonération des primes:	1er avril 2024
Période d'exonération des primes pour les soins médicaux, l'assurance voyage et les soins dentaires:	avril 2024 à mars 2026 (24 mois)

Retour à la table des matières

Exemple No. 2	
Date d'invalidité:	3 novembre 2023
Date d'approbation de l'exonération des primes:	4 mars 2024 (période d'attende quatre (4) mois complétée)
Congé de maladie payé/Maintien du salaire:	cesse le 9 juin 2024
Date d'entrée en vigueur de l'exonération des primes:	1er juillet 2024 (après la fin du congé de maladie/du maintien du salaire)
Période d'exonération des primes pour les soins médicaux, l'assurance voyage et les soins dentaires:	juillet 2024 à mars 2026 (21 mois)

À l'approche de la période de prestation maximale de l'exonération des primes pour les soins médicaux, l'assurance voyage et les soins dentaires, l'administrateur des régimes (Vestcor) avisera le juge et l'employeur par écrit de la date de fin de l'exonération des primes. Cette lettre fournira aussi des directives pour maintenir la couverture au-delà de la période de prestation maximale. Les périodes maximales de prestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Régime d'avantages sociaux	Période de prestation maximale
Assurance-vie et ADMA	65 ans
Soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires	24 mois après la date d'approbation de l'exonération des primes ou lorsque le juge atteint l'âge de 65 ans, selon la première éventualité

Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes cesse à la première de ces dates :

- le juge ne répond plus à la définition d'invalidité totale ;
- le juge exerce une activité rémunérée ou lucrative, à l'exception d'un programme de réadaptation préapprouvé par l'administrateur des réclamations (CBM) ;
- le juge ne fournit pas la preuve d'invalidité totale requise ;
- l'emploi du juge prend fin ;
- le juge atteint l'âge de 65 ans ;
- le juge prend sa retraite ;
- la couverture prend fin pour la catégorie d'employés à laquelle le juge appartient ;
- la prestation ou la police prend fin ;
- le juge atteint la période de prestation maximale (indiquée dans le tableau ci-dessus); ou
- le juge décède.

Limites et exclusions

Une exonération des primes **ne sera pas** approuvée si l'invalidité totale est causée par :

- des blessures ou une maladie auto-infligée intentionnelle;
- une insurrection, une guerre ou un service dans les forces armées;
- la participation à une émeute;
- la commission ou la tentative de commission d'un crime; ou
- l'alcoolisme, la toxicomanie ou l'usage de tout hallucinogène (sauf si le juge participe à un programme thérapeutique approuvé par l'administrateur des réclamations (CBM) et est sous la supervision médicale d'un spécialiste).

Conversion et transfert

Conversion de l'assurance-vie et de l'ADMA

À la cessation d'emploi pour toute raison (y compris la retraite), les juges qui ont moins de 76 ans (pour l'assurance-vie) ou ont moins de 65 ans (pour l'ADMA), ont l'option de convertir la couverture de leurs régimes d'assurance-vie et d'ADMA en une police individuelle sans devoir répondre à des questions médicales, si la demande de conversion est faite dans les **31 jours civils** suivant la date à laquelle leur couverture a pris fin (date de la fin de l'emploi). Si cette condition n'est pas remplie, la demande de conversion peut être refusée. Il n'y a pas d'âge minimum pour demander la conversion de l'assurance-vie et/ou l'ADMA.

Le montant maximal de couverture qu'un juge peut convertir est présenté dans le tableau ci-dessous.

<table>
<tr><th></th><th>Montant maximum pour l'assurance-vie (de base et facultative combinées)</th><th>Montant maximum pour l'ADMA (de base, facultative et volontaire combinées)</th></tr>
<tr><td>Moins de 65 ans</td><td rowspan="2">200 000 $</td><td>200 000 $</td></tr>
<tr><td>Moins de 66 ans</td><td rowspan="4">Non admissible à la conversion</td></tr>
<tr><td>66-70 ans</td><td>50 000 $</td></tr>
<tr><td>71-75 ans</td><td>25 000 $</td></tr>
<tr><td>76 ans et plus</td><td>Non admissible à la conversion</td></tr>
</table>

Les conjoints participants qui répondent aux critères d'admissibilité et qui ont moins de 76 ans (pour l'assurance-vie des personnes à charge) ou moins de 65 ans (pour la couverture ADMA volontaire) ont aussi l'option de convertir la couverture de leurs régimes d'assurance-vie et l'ADMA en une police individuelle sans aucune question médicale si la demande de conversion est faite dans les **31 jours civils** suivant la date à laquelle leur couverture a pris fin. Le non-respect de cette exigence peut entraîner le refus de la demande de conversion. Il n'y a pas d'âge minimum pour qu'une personne à charge puisse demander la conversion de son assurance-vie et/ou de sa couverture d'ADMA volontaire.

Les raisons pour lesquelles un conjoint peut être en mesure de se convertir sont :

- Le décès du juge;
- La cessation de la couverture du juge; ou
- La cessation d'emploi (y compris la retraite) du juge.

Le montant maximal de couverture qu'un conjoint peut convertir est présenté dans le tableau ci-dessous.

<table>
<tr><th></th><th>Montant maximum pour l'assurance-vie des personnes à charge</th><th>Montant maximum pour l'ADMA volontaire</th></tr>
<tr><td>Moins de 65 ans</td><td rowspan="4">12 000 $</td><td>200 000 $</td></tr>
<tr><td>Moins de 66 ans</td><td rowspan="3">Non admissible à la conversion</td></tr>
<tr><td>66-70 ans</td></tr>
<tr><td>71-75 ans</td></tr>
<tr><td>76 ans et plus</td><td>Non admissible à la conversion</td></tr>
</table>

Retour à la table des matières

Un conjoint qui continue de répondre aux critères d'admissibilité mais dont la couverture a été expressément réduite ou abandonnée par le juge n'a pas le droit de convertir sa couverture en une police individuelle.
Pour convertir leur assurance-vie ou leur ADMA en une police individuelle sans aucune question médicale, le juge ou le conjoint doit remplir le formulaire *Conversion d'assurance-vie collective et de décès et mutilation par accident* et le soumettre à l'assureur dans les **31 jours civils** suivant la date de cessation de leur couverture. Le non-respect de cette exigence peut entraîner le refus de la demande de conversion.

Transfert de la couverture des régimes de soins médicaux, assurance voyage et soins dentaires aux régimes d'avantages sociaux des retraités

À la cessation d'emploi pour toute raison (y compris la retraite), le juge et les personnes à sa charge admissibles ont les options suivantes :

- S'il a 50 ans ou plus, le juge (y compris les personnes à sa charge admissibles) peut transférer sa couverture des régimes de soins médicaux, d'assurance voyage et de soins dentaires aux régimes d'avantages sociaux des retraités à la condition qu'il ait bénéficié d'une couverture du régime des juges de la PNB (au moins un mois) avant la perte de couverture. La demande de transfert doit être faite dans les **31 jours civils** suivant la perte de couverture; ou

- S'il n'a pas 50 ans ou plus, le juge (y compris les personnes à charge admissibles) peut décider de convertir en une police individuelle offerte par Croix Bleue Medavie appelée le ***Régime de conversion Select*** sans devoir fournir une preuve d'assurabilité (sans aucune question médicale). Cette police est accordée par Croix Bleue Medavie et est seulement offerte dans les **31 jours civils** suivant la date de cessation de la couverture du juge.

Régime de conversion Select
Le régime de conversion Select vise à fournir une couverture pour absorber les frais médicaux habituels ainsi que les frais d'urgence imprévus et ceux rattachés aux accidents. Ce régime comprend le module de base qui vous offre une couverture exhaustive pour toute une gamme de frais médicaux. Il est possible d'y ajouter les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et l'assurance voyage annuelle pour répondre aux besoins individuels. Le régime de conversion Select n'offre pas d'assurance voyage aux participants âgés de 65 ans ou plus et la couverture des médicaments sur ordonnance n'est pas offerte aux participants âgés de 65 ans ou plus qui sont admissibles à un programme de médicaments sur ordonnance parrainé par le gouvernement. Il existe plusieurs offres pour les produits individuels et les taux varient selon l'âge et le sexe. Il faut donc obtenir une soumission directement de Croix Bleue Medavie en composant le 1 888 857-2583. Un agent agréé examinera toutes les options qui s'offrent au participant et l'aidera à choisir celle qui convient le mieux à sa situation.

En cas de cessation d'emploi, à tout âge, **à cause d'une invalidité**, les juges (y compris les personnes à sa charge admissibles) peuvent décider de transférer la couverture au régime d'avantages sociaux des retraités à la condition qu'ils bénéficient d'une couverture du régime des juges de la Cour provinciale immédiatement avant la perte de couverture.

Seuls les juges et les personnes à charge qui participaient aux régimes d'avantages sociaux des juges de la Cour provinciale à la date de retraite ont le droit de transférer la couverture aux régimes d'avantages sociaux des

retraités. Les juges et les personnes à charge ne peuvent pas décider de commencer à participer aux régimes d'avantages sociaux et ne peuvent pas ajouter de nouvelles personnes à charge à la date de retraite.

De même, seuls les régimes auxquels le juge participait et pour lesquels il payait des primes au moment de sa retraite peuvent être transférés (par exemple, un juge qui participe aux régimes de soins médicaux et d'assurance voyage, mais non au régime de soins dentaires, ne pourra transférer que sa couverture des régimes de soins médicaux et d'assurance voyage au moment de sa retraite).

Les juges doivent avoir payé les primes des régimes d'avantages sociaux des juges de la Cour provinciale applicables pendant au moins un mois pour avoir droit au transfert.

Les options de couverture sont différentes entre les régimes d'avantages sociaux des juges de la Cour provinciale et des retraités. Les options de transfert de la couverture sont présentées dans le tableau ci-dessous.

<table>
<tr><th>Couverture des juges</th><th></th><th>Couverture des retraités</th></tr>
<tr><td>Juge seulement</td><td>➡</td><td>Couverture individuelle</td></tr>
<tr><td>Juge + 1 personne à charge</td><td>➡</td><td rowspan="2">Couverture individuelle ou familiale*</td></tr>
<tr><td>Juge + 2 personnes à charge ou plus</td><td>➡</td></tr>
<tr><td colspan="3">*La couverture familiale comprend le juge retraité et toute personne à charge.</td></tr>
</table>

Il faut remplir le *Régime d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande de transfert* et le soumettre dans les **31 jours civils** suivant la date de cessation de la couverture du juge. Pour plus de renseignements sur les régimes d'avantages sociaux des retraités, consultez le livret Régimes d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick : un guide pour les retraités.

Au transfert de la couverture à partir des régimes d'avantages sociaux des juges de la Cour provinciale aux régimes d'avantages sociaux des retraités, le retraité recevra une nouvelle carte d'identification de Croix Bleue Medavie. La vieille carte sera désactivée et ne servira plus. Pour éviter la confusion entre les deux cartes, il est recommandé de jeter la vieille.

Contacts

Croix Bleue Medavie (administrateur des réclamations / assureur)

Communiquez avec le Centre de service à la clientèle de Croix Bleue Medavie pour les demandes de renseignements sur les réclamations ayant trait :

- aux régimes d'assurance-vie, de l'ADMA, de soins médicaux, d'assurance voyage, d'assurance de voyage d'affaires ou de soins dentaires ;
- garantie facultative pour maladies graves;
- à la conversion d'une assurance-vie ou de l'ADMA en police individuelle à la cessation d'emploi; rt
- à la carte d'identification de Croix Bleue Medavie.

Téléphone : 1-888-227-3400 (région de l'Atlantique)
Courriel : inquiry@medavie.bluecross.ca
Site Web : https://www.medaviebc.ca/fr/

Vestcor (administrateur des régimes) ou l'employeur
Communiquer avec l'équipe de services aux membres de Vestcor ou votre employeur pour les demandes de renseignements concernant :

- l'admissibilité;
- l'adhésion;
- le processus relatif aux demandeurs tardifs;
- la désignation d'un bénéficiaire;
- la combinaison de la couverture des régimes de soins médicaux, d'assurance voyage ou de soins dentaires;
- le paiement des primes;
- l'exonération des primes;
- le maintien de la couverture des avantages sociaux durant les interruptions d'emploi; et
- le transfert aux régimes d'avantages sociaux des retraités.

Téléphone : 506-453-2296 (région de Fredericton) ou 1-800-561-4012 (sans frais)
Courriel : info@vestcor.org
Site Web : https://vestcor.org/avantagessociaux

Retour à la table des matières

Annexe A : Demandes et formulaires

Tous les formulaires énumérés ci-dessous sont disponibles sur le site Web de Vestcor (www.vestcor.org/fr/avantages-sociaux/).

Admissibilité et adhésion

Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs
Formulaire désignation d'un bénéficiaire/de changement
Questionnaire pour personne à charge spéciale
Déclaration de santé
Déclaration officielle d'union de fait

Maintien de la couverture lors d'un congé

Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé (avec et sans partage des coûts)
Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé (sans partage des coûts)
Maintien de la protection des avantages sociaux – Congé non payé (avec partage des coûts)

Régime de soins médicaux

Formulaire de demande d'autorisation préalable – Médicaments spécialisés
Formulaire de demande d'exception à la substitution obligatoire d'un médicament générique
Formulaire d'approbation préalable – Soins infirmiers ou soins personnels

Régime d'assurance voyage d'affaires

Formulaire de demande d'adhésion – Voyage d'affaires de l'employé

Régime d'assurance-vie / Régime d'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident

Demande de règlement pour une blessure accidentelle
Demande de prestations pour l'assurance maladies graves
Demande de prestation de décès
Demande de prestation pour maladie en phase terminale

Exonération des primes

Déclaration du médecin traitant – Demande de prestations
Déclaration de l'employé – Demande d'avantages sociaux
Déclaration de l'employeur – Demande d'avantages sociaux de l'employé

Conversion et transfert

Conversion d'assurance-vie collective et de décès et mutilation par accident
Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de demande de transfert

Retour à la table des matières

Annexe B: Liste de contrôle pour l'adhésion

La liste de contrôle suivante vous aidera avec l'adhésion aux régimes d'avantages sociaux des juges de la Cour provinciale.

- ○ **Lire la section Critères d'admissibilité des employés pour vérifier que vous êtes admissibles à participer.** *Si vous avez des questions au sujet de l'admissibilité, communiquez avec votre employeur ou l'équipe des services aux membres de Vestcor.*

- ○ **Lorsque vous devenez admissible aux avantages sociaux, vérifiez votre courrier ou vos courriels des services des ressources humaines ou de la paie et suivez les instructions qu'il contient.** *Si vous n'avez pas reçu ce courriel ou cet envoi, communiquez avec votre employeur sans tarder.*

- ○ **Passez en revue ce livret pour vous assurer de connaître les avantages sociaux offerts pour chaque régime.** *Ce livret présente les régimes d'avantages sociaux auxquels vous pouvez participer, les options de couverture dans chaque cas et les prestations auxquelles vous pouvez vous attendre si vous deviez en avoir besoin.*

- ○ **Si vous désignez un ou plusieurs bénéficiaires, lisez la section Désignation d'un bénéficiaire du livret pour vous assurer de bien connaître les lignes directrices et remplissez le *Formulaire de désignation d'un bénéficiaire/de changement* et pour des raisons de confidentialité, ce formulaire devrait être soumis directement à Vestcor en tout temps.** *Le bénéficiaire désigné recevra la prestation payable au décès du participant. Il serait bon de discuter avec votre bénéficiaire prévu avant de le désigner. Si aucun formulaire de bénéficiaire n'est soumis, la prestation sera versée à la succession du juge.*

- ○ **Si vous procédez à l'adhésion de personnes à charge, lisez la section Critères d'admissibilité des personnes à charge pour vérifier leur admissibilité à participer. Si vous procédez à l'adhésion d'une personne à charge d'âge adulte, remplissez le *Questionnaire pour personne à charge spéciale* et joignez-le à votre demande.** *Si vous avez des questions au sujet de l'admissibilité, communiquez avec votre employeur ou l'équipe des services aux membres de Vestcor.*

- ○ **Remplissez le *Formulaire d'adhésion/de changement des employés actifs* et soumettez-le à votre bureau des services des ressources humaines ou de la paie dans les 31 jours civils suivant la date de votre admissibilité. Pour les voyages d'affaires, remplissez le *Formulaire de demande d'adhésion – Voyages d'affaires de l'employé* et soumettez-le à Croix Bleue Medavie en tout temps.** *Si vous ne soumettez pas le formulaire d'adhésion dans le délai précisé, vous risquez d'être assujetti au* **processus relatif aux demandeurs tardifs** *(ne s'applique pas aux voyages d'affaires).*

- ○ **Si vous avez adhéré aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage, de voyages d'affaires ou de soins dentaires, vous recevrez votre carte d'identification de Croix Bleue Medavie par la poste dans les semaines suivant la soumission de votre formulaire d'adhésion.** *Si vous ne recevez pas votre carte dans le mois suivant la soumission de votre formulaire d'adhésion, communiquez sans tarder avec Croix Bleue Medavie.*

- ○ **Vérifiez votre couverture d'avantages sociaux sur le portail de votre système de paie. La procédure à suivre va varier selon le système.** *Si l'une des informations relatives à votre couverture d'avantages sociaux est inexacte, communiquez rapidement avec votre employeur ou l'équipe des services aux membres de Vestcor pour vous assurer que toutes les erreurs sont résolues.*

Retour à la table des matières

Annexe C: Carte d'identification de Croix Bleue Medavie

Tous les juges qui adhèrent aux régimes de soins médicaux, d'assurance voyage, d'assurance voyage d'affaires ou de soins dentaires recevront par la poste une carte d'identification de Croix Bleue Medavie (exemple de carte présenté ci-dessous).

Après que vous avez présenté votre carte aux professionnels de santé qui font partie du service électroPaie de Croix Bleue Medavie, le fournisseur appliquera automatiquement vos prestations et imputera seulement la partie non couverte par les régimes d'avantages sociaux.

Pour trouver quels professionnels font partie du service d'électroPaie, utilisez l'outil de recherche en ligne de Medavie Trouvez un professionnel de la santé sur leur site Web (https://www.medaviebc.ca/fr/).

Si vous avez perdu votre carte, vous pouvez en imprimer une nouvelle à partir de l'onglet des comptes du site Web des services aux adhérents. Vous pouvez utiliser cette version imprimée de la même manière que votre carte originale, même si celle-ci est imprimée sur du papier ou de l'encre en noir et en blanc.

Vous pouvez accéder aussi à une version électronique de votre carte au moyen de l'application mobile de Croix Bleue Medavie, disponible gratuitement sur App Store (appareils Apple / iOS) et Google Play Store (appareils Android).

Recto de la carte d'identification (exemple de carte)

Verso de la carte d'identification (exemple de carte)

Retour à la table des matières

Annexe D: Lignes directrices - Demande de prestation de décès

Afin d'éviter tout retard inutile dans le traitement de cette demande, lisez ces instructions dans leur intégralité.

Le bénéficiaire (demandeur) doit remplir le formulaire de *Demande de prestation de décès* et le soumettre avec les documents suivants directement à Croix Bleue Medavie ou indirectement par l'entremise du titulaire de la police (GNB) :

- Certificat de décès provincial ou déclaration du directeur de funérailles
- Certificat de naissance de la personne décédée (pour les demandes d'assurance-vie des personnes à charge seulement)

Veuillez noter que cette liste de pièces justificatives requises est destinée à couvrir les situations les plus courantes. Des circonstances individuelles (par exemple, en cas de décès attribuable à un accident) peuvent nécessiter des informations supplémentaires avant qu'une décision de demande de réclamation puisse être prise.

Bénéficiaire (demandeur)

1. Si la police est payable à un ou plusieurs bénéficiaires désignés :

- Ce formulaire de *Demande de prestation de décès* doit être rempli par le bénéficiaire désigné. S'il y a plus d'un bénéficiaire désigné, tous les bénéficiaires doivent signer le formulaire et fournir leur adresse. Si vous le préférez, des formulaires séparés seront fournis sur demande.

- Si un bénéficiaire nommé est mineur, ce formulaire de *Demande de prestation de décès* doit être rempli, au nom du bénéficiaire mineur, par le tuteur ou toute autre personne autorisée par la loi. Une copie certifiée des lettres de tutelle doit être soumise (le cas échéant).

- Si l'un des bénéficiaires désignés est décédé, une preuve de décès doit être fournie.

- Si le bénéficiaire est la succession de l'assuré, ce formulaire de *Demande de prestation de décès* doit être rempli par les exécuteurs testamentaires du défunt nommés dans le testament, et une copie homologuée du testament doit être fournie. Dans la province de Québec, une copie certifiée du testament homologué est requise. S'il n'y a pas de testament, ce formulaire doit être rempli par l'administrateur de la succession du défunt, et une copie notariée des lettres d'administration doit être fournie. Au Québec, ce formulaire doit être rempli par les héritiers du défunt, et une déclaration relative aux héritiers doit être soumise.

2. Si la police n'a pas de bénéficiaire désigné :

- Si aucun bénéficiaire n'a été désigné ou si aucun bénéficiaire n'a survécu au défunt, ce formulaire de *Demande de prestation de décès* doit être rempli par la succession du défunt.

- Si le défunt a laissé un testament, ce formulaire de *Demande de prestation de décès* doit être rempli par l'exécuteur testamentaire du défunt dont le nom figure dans le testament, et une copie homologuée du testament doit être fournie. Dans la province de Québec, une copie certifiée du testament homologué est requise.

- Si le défunt n'a pas laissé de testament, ce formulaire de *Demande de prestation de décès* doit être rempli par l'administrateur de la succession du défunt, et une copie notariée des lettres d'administration doit être fournie. Au Québec, ce formulaire doit être rempli par les héritiers du défunt, et une déclaration relative aux héritiers doit être soumise.

3. Signature en tant que témoin sur le formulaire de *Demande de prestation de décès*:

- Les personnes qui servent de témoins à des documents juridiques vérifient que la signature apposée sur le document appartient à la personne portant ce nom. Un témoin doit avoir plus de 18 ans au moment où il appose sa signature. Votre conjoint ou un autre membre de votre famille ne doit pas servir de témoin pour un document juridique que vous signez. Même si aucune des parties n'est nommée dans le document, le tribunal considère que votre conjoint et les membres de votre famille ont toujours un intérêt dans vos biens.

4. Dans le cas d'une réclamation d'assurance-vie des personnes à charge, l'employé de la province du Nouveau-Brunswick est le bénéficiaire.

5. Veuillez envoyer toute la documentation requise à l'adresse suivante. **Ne pas utiliser d'agrafes.**

Croix Bleue Medavie
644, rue Main
C.P. 220
Moncton (N.-B.) E1C 8L3
Téléphone: 1-877-849-8509
Télécopieur: 1-800-644-1722
Vous pouvez aussi **numériser** les documents et les **envoyer par courriel** à :
life_claims@medavie.bluecross.ca

Autorisation de dépôt direct
Les bénéficiaires qui choisissent de faire déposer les prestations directement sur leur compte bancaire doivent s'assurer de remplir la section « Autorisation de dépôt direct » du formulaire de *Demande de prestation de décès*.