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

UN GUIDE POUR LES RETRAITÉS



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



Ce livret résume les avantages sociaux collectifs offerts aux retraités 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 retraités
Services des avantages sociaux des employés
Ministère des Finances et du Conseil du Trésor
Date d'émission : novembre 2022
Dernière révision : juin 2026

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



Table des matières

Introduction	1
Fournisseurs de services	1
Admissibilité, transfert et demande tardive	2
Critères d'admissibilité pour transférer aux régimes d'avantages sociaux des retraités.....	2
Critères d'admissibilité des personnes à charge	2
Transfert et changements.....	3
Changements dans la vie.....	4
Demande tardive pour les soins médicaux et l'assurance voyage	5
Demande tardive pour les soins dentaires.....	6
Prestation de survivant	6
Contributions et paiements des primes	8
Taux des primes mensuelles	8
Régime de soins médicaux	9
Comment transférer	9
Prestations couvertes	9
Conseils santé et gestion des maladies chroniques	15
Soumission des réclamations	16
Limites et exclusions.....	16
Régime d'assurance voyage	18
Comment transférer	18
Prestations couvertes	18
Références à l'extérieur du Canada	20
Assistance voyage dans le monde entier.....	20
Soumission des réclamations	21
Limites et exclusions.....	21
Régime de soins dentaires	23
Comment transférer	23
Prestations couvertes	23
Soumission des réclamations	25
Limites et exclusions.....	25
Conversion de l'assurance	27
Conversion de l'assurance-vie et de l'ADMA.....	27
Contacts	29
Croix Bleue Medavie (administrateur des réclamations / assureur).....	29
Vestcor (administrateur des régimes) ou l'employeur.....	29
Annexe A : Demandes et formulaires	30
Annexe B: Liste de contrôle pour le transfert	31
Annexe C: Carte d'identification de Croix Bleue Medavie	32

Introduction

Les régimes d'avantages sociaux des services publics du Nouveau-Brunswick offrent aux employés retraités une aide dans la couverture des dépenses précisées en matière de soins de santé, de voyage et de soins dentaires. Les régimes d'avantages sociaux des retraités sont entièrement financés par les contributions des retraités et 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 retraités. 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 retraités et des personnes à leur charge, donne un aperçu des régimes d'avantages sociaux suivants :

- ◆ Régime de soins médicaux
- ◆ Régime d'assurance voyage
- ◆ Régime de soins dentaires

De plus, ce livret contient des renseignements utiles sur le maintien de l'assurance-vie et de l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (ADMA) après la retraite.

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 juges de la Cour provinciale.](#)

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 de soins dentaires	Croix Bleue Medavie (CBM)
Administration des réclamations / Assureur	Croix Bleue Medavie (CBM)
Administration des régimes	Vestcor

Admissibilité, transfert et demande tardive

Les régimes d'avantages sociaux sont offerts aux anciens employés de la province du Nouveau-Brunswick qui répondent aux critères d'admissibilité énumérés ci-dessous. Les personnes à charge admissibles des retraités participants ont également la possibilité de participer aux régimes d'avantages sociaux.

Critères d'admissibilité pour transférer aux régimes d'avantages sociaux des retraités

Les critères d'admissibilité des employés de la province du Nouveau-Brunswick pour transférer aux régimes d'avantages sociaux des retraités sont les suivants :

- ◆ Un employé qui prend sa retraite à l'âge de 50 ans ou plus et qui a participé aux régimes d'avantages sociaux des employés actifs applicables pendant au moins un mois immédiatement avant sa retraite. La demande de transfert **doit être** faite dans les **31 jours civils** suivant la date de départ à la retraite de l'employé. Sinon, ils seront considérés comme [demandeurs tardifs](#).
- ◆ Si l'employé a quitté son emploi, à n'importe quel âge, **en raison d'une invalidité**, l'employé (y compris ses personnes à charge admissibles) peut choisir de passer au régime d'avantages sociaux des retraités à condition qu'il ait été couvert par le régime d'avantages sociaux des employés actifs de la PNB immédiatement (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. Sinon, ils seront considérés comme [demandeurs tardifs](#).
- ◆ En cas de cessation d'emploi (pour quelque raison que ce soit) à l'âge de 50 ans ou plus, un employé (y compris ses personnes à charge admissibles) peut choisir de passer au régime d'avantages sociaux des retraités à condition qu'il ait été couvert par le régime d'avantages sociaux des employés actifs de la PNB immédiatement (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. Sinon, ils seront considérés comme [demandeurs tardifs](#).
- ◆ Les retraités doivent être des résidents du Canada et 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 retraité et leurs critères d'admissibilité au régime d'avantages sociaux des retraités sont énoncés dans le tableau de la page 3.

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

Les personnes à charge doivent résider du Canada et doivent être couvertes par l'assurance-maladie d'un gouvernement provincial ou territorial (par exemple, Medicare).

Critères d'admissibilité	
Conjoint	<p>Un conjoint est admissible à la couverture s'il est légalement marié à l'employé ou s'il vit en union de fait avec l'employé depuis au moins un an. Un conjoint divorcé n'est pas admissible à la couverture.</p> <p>Seulement un seul conjoint est admissible à la couverture. Lorsque l'employé a plus d'un conjoint, tel que défini ci-dessus, l'employé peut choisir lequel des conjoints sera couvert.</p>
Enfants*	<p>Les enfants à charge sont admissibles pour une couverture si tous les critères suivants sont remplis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sont âgés de moins de 21 ans; • sont les enfants naturels, adoptés ou beaux-enfants du retraité; • dépendant financièrement de l'employé couvert ou de son conjoint pour la majeure partie de leurs soins, de l'entretien et leur soutien financier; et • ne sont pas mariés ou dans une relation de conjoint de fait. <p>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.</p>
Étudiants	<p>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.</p>
Personnes à charge ayant dépassé l'âge limite	<p>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.</p>
* Ne comprend pas les enfants en famille d'accueil.	

Transfert et changements

Pour que les employés et les personnes à charge transfèrent aux régimes d'avantages sociaux des retraités, ils doivent remplir le formulaire [Régimes d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande de transfert](#) et le soumettre à leur bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans un délai de **31 jours civils** suivant la fin de la couverture de l'employé. Une liste de contrôle de transfert pour les employés figure à [l'annexe B](#).

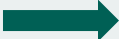


Seuls les employés et les personnes à charge qui ont participé aux régimes d'avantages sociaux des employés actifs pendant **au moins un mois immédiatement avant leur départ à la retraite** peuvent **transférer** leur couverture aux régimes d'avantages sociaux des retraités. Les employés et les personnes à charge **ne peuvent pas adhérer** pour la première fois aux régimes d'avantages sociaux au moment de la retraite. Ils seraient considérés comme des [demandeurs tardifs](#).

De même, **seuls les régimes auxquels l'employé participait au moment de son départ à la retraite** peuvent être transférés (par exemple, un employé qui participe au régime de soins médicaux et d'assurance voyage, mais pas au régime de soins dentaires, ne pourra transférer que sa couverture de soins médicaux et d'assurance voyage).

Il est important que les employés 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 transfèrent pas** aux régimes d'avantages sociaux des retraités 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 options de couverture sont différentes entre les régimes d'avantages sociaux des employés actifs et celui des retraités. Les options disponibles pour le transfert de la couverture sont décrites ci-dessous.

Couverture des employés		Couverture des retraités
Employé seulement		Retraité seulement
Employé + 1 personne à charge		Retraité + personne(s) à charge
Employé + 2 personnes à charge ou plus		

Pour apporter des modifications à la couverture, les retraités doivent remplir le formulaire [Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de changement](#) et le soumettre à l'administrateur des réclamations (CBM) ou à l'administrateur des régimes (Vestcor) (selon la méthode de paiement des primes).

IMPORTANT : Au transfert de la couverture à partir des régimes d'avantages sociaux des employés actifs 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.

Changements dans la vie

Des changements peuvent être apportés à votre couverture actuelle dans les **31 jours civils** suivant un changement dans la vie (voir le tableau ci-dessous).

IMPORTANT! Si vous ne pouvez pas obtenir les documents requis dans un délai de **31 jours civils**, envoyez immédiatement le formulaire [Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de changement](#) à :

- ◆ l'administrateur des régimes (Vestcor) si vos primes mensuelles sont déduites de votre pension; ou
- ◆ l'administrateur des réclamations (CBM) si vos primes mensuelles sont payées par prélèvements automatiques;

puis envoyez les documents requis lorsqu'ils sont disponibles.

Changement dans la vie	Qui peut être ajouté?	Documentation requise
1. Mariage 2. Union de fait*	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	Conjoint et enfants à charge	1. Copie du certificat de naissance 2. Copie des documents d'adoption signés et scellés.
Inscription initiale aux études postsecondaires	Enfants à charge	S'applique à la première inscription** de l'étudiant aux études postsecondaires. Indiquez sur formulaire Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de changement et fournir une preuve d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire accrédité.

Obtention de l'assurance-maladie gouvernementale (par exemple, Medicare)	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).*

***« 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.)*

Demande tardive pour les soins médicaux et l'assurance voyage

Les retraités admissibles* pourront présenter une demande tardive de couverture pour les soins médicaux et l'assurance voyage au titre des régimes d'avantages sociaux des retraités de la PNB, en fournissant une preuve d'assurabilité - [Déclaration de santé pour les retraités](#) à l'assureur pour le processus de souscription médicale. Les personnes à charge admissibles pourront également faire une demande en tant que demandeurs tardifs. Il est toutefois important de comprendre qu'en tant que demandeurs tardifs, le retraité et ses personnes à charge admissibles peuvent être à risque de se voir refuser la couverture par l'assureur.

Le processus de souscription médicale peut prendre de deux (2) à trois (3) mois. **Veillez 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; toutefois, le paiement des primes par prélèvements automatiques commencera le premier jour du mois suivant.

***Retraités admissibles:** les retraités qui travaillaient pour la fonction publique du Nouveau-Brunswick au moment de leur retraite

IMPORTANT! La couverture de l'assurance voyage est un prolongement de la couverture des soins médicaux. Un retraité peut participer au régime de soins médicaux seulement ou participer à la fois au régime de soins médicaux et au régime d'assurance voyage. La participation au régime d'assurance voyage n'est autorisée que si le retraité participe au régime de soins médicaux.

Comment adhérer comme demandeur tardif pour les soins médicaux et l'assurance voyage

- ◆ Remplir le [Régimes d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande tardive](#).
- ◆ Remplir la [Déclaration de santé pour les retraités](#).
- ◆ Envoyez les formulaires dûment remplis et signés à l'assureur (Croix Bleue Medavie) comme indiqué au bas du formulaire de demande tardive.

Demande tardive pour les soins dentaires

Les employés de la PNB qui ont pris leur retraite à compter du 1^{er} janvier 2024* ou qui ont adhéré au régime de soins dentaires pour les retraités du GNB et qui ont annulé leur couverture après le 1^{er} janvier 2024 pourront faire une demande d'adhésion tardive au régime de soins dentaires pour les retraités. Les personnes à charge peuvent également être ajoutées en tant que demandeurs tardifs, à condition que le retraité soit déjà inscrit au régime dentaire ou qu'il s'inscrive lui-même tardivement.

Veillez noter que pour tous les demandeurs tardifs, le remboursement maximal est de 100 \$ par participant pour toutes les dépenses dentaires admissibles engagées au cours des 12 premiers mois de couverture. Par exemple, si le retraité et son conjoint sont tous deux des demandeurs tardifs, ils peuvent chacun bénéficier du montant maximal de remboursement de 100 \$.

La couverture et le paiement des primes par prélèvements automatiques commenceront le premier jour du mois suivant votre adhésion.

*À la suite de la mise en œuvre du Régime canadien de soins dentaires (RCSD) en décembre 2023, l'Agence du revenu du Canada (ARC) exige que la déclaration T4A indique si un retraité et les membres de sa famille sont admissibles à une couverture dentaire de quelque nature que ce soit de la part de leur ancien employeur.

Cela signifie :

- ◆ Une personne qui a pris sa retraite avant le 1^{er} janvier 2024 et qui n'était pas couverte au 31 décembre 2023, son formulaire T4A indique qu'elle n'est pas admissible à un régime dentaire, quel qu'il soit, et qu'elle est donc admissible au RCSD. Elle ne peut pas présenter de demande tardive d'adhésion pour le régime de soins dentaires des retraités du GNB.
- ◆ Une personne qui a pris sa retraite le 1^{er} janvier 2024 ou après cette date, son formulaire T4A indique qu'elle a accès à un régime dentaire, donc n'est pas admissible au RCSD. Toutefois, elle peut présenter une demande tardive d'adhésion au régime de soins dentaires des retraités du GNB si elle travaillait pour la fonction publique du Nouveau-Brunswick au moment de sa retraite.
- ◆ Une personne qui a pris sa retraite avant le 1^{er} janvier 2024, qui bénéficiait d'une couverture au titre du régime de soins dentaires des retraités du GNB et qui a annulé cette couverture après le 1^{er} janvier 2024 n'est pas admissible au RCSD, car elle disposait d'une couverture en vigueur après le 1^{er} janvier 2024. Elle peut toutefois présenter une demande tardive pour adhérer à nouveau au régime de soins dentaires des retraités du GNB.

Comment adhérer comme demandeur tardif pour les soins dentaires :

- ◆ Remplir le [Régimes d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande tardive](#).
- ◆ Envoyez les formulaires dûment remplis et signés à l'assureur (Croix Bleue Medavie) comme indiqué au bas du formulaire de demande tardive.

Prestation de survivant

Les personnes à charge participantes peuvent continuer à participer aux régimes de prestations pour retraités après le décès du retraité. Si les personnes à charge souhaitent continuer à participer, elles doivent en informer l'administrateur des régimes (Vestcor) dans les **31 jours civils** suivant le décès du retraité.

Pour que le conjoint puisse continuer à participer, il **doit être âgé de 50 ans ou plus** au moment du décès de l'employé ou dans les **31 jours civils** qui suivent.

Pour qu'un enfant à charge continue à participer, **le conjoint doit également continuer à participer**. Un enfant à charge ne peut pas continuer à participer aux régimes d'avantages sociaux des retraités si le conjoint ne continue pas lui aussi.

Bien que les personnes à charge d'un retraité décédé puissent continuer à participer aux régimes d'avantages sociaux des retraités, la couverture ne peut en aucun cas être étendue à d'autres personnes (par exemple, si le conjoint survivant du retraité 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 retraité ou dans les **31 jours civils** qui suivent le décès, le conjoint survivant (y compris les personnes à charge admissibles) peut choisir de convertir son assurance en une police individuelle fournie par Croix Bleue Medavie appelée le **Régime de conversion Select** sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité (sans aucune questions médicales). Cette option est seulement offerte dans les **31 jours civils** suivant la date du décès du retraité.

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.

Contributions et paiements des primes

Les retraités sont responsables du paiement de la **totalité des primes** (100%) pour chaque prestation. Les primes mensuelles sont perçues par prélèvements automatiques ou par retenues sur la pension, selon ce qui est choisi sur le formulaire [Régimes d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande de transfert](#).

- ◆ **Prélèvements automatiques**, les primes seront déduites du compte bancaire ou de la carte de crédit choisi par le retraité le premier jour de chaque mois. Les primes paient pour la couverture du mois en cours.
- ◆ **Retenues sur la pension**, les primes seront déduites des versements mensuels de pension du retraité. Les primes paient pour la couverture du mois suivant. **Veillez noter** : Cette option de paiement n'est plus disponible depuis 1^{er} janvier 2025. Par contre, les retraités qui payaient déjà leurs primes par le biais de leur pension n'ont pas été affectés par ce changement. Leurs primes mensuelles continuent d'être automatiquement déduites de leur pension.

Taux des primes mensuelles

Soins médicaux seulement	Primes mensuelles
Retraité seulement (Couverture individuelle)	230,87 \$
Retraité + personne(s) à charge (Couverture familiale)	461,74 \$

Soins médicaux et assurance voyage	Primes mensuelles
Retraité seulement (Couverture individuelle)	246,39 \$
Retraité + personne(s) à charge (Couverture familiale)	492,81 \$

Soins dentaires	Primes mensuelles
Retraité seulement (Couverture individuelle)	46,21 \$
Retraité + personne(s) à charge (Couverture familiale)	92,43 \$

Le saviez-vous?

Lors du transfert de la couverture des régimes d'avantages sociaux des employés actifs aux régimes d'avantages sociaux des retraités, vous recevrez une nouvelle [carte d'identification de Croix Bleue Medavie](#). Votre ancienne carte d'identité sera désactivée et n'aura plus aucune utilité. Pour éviter toute confusion entre les deux cartes, il est recommandé de jeter votre ancienne carte et d'informer votre pharmacie et vos autres professionnels de la santé de ce changement.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux offre des prestations aux retraités 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 retraités peuvent choisir de participer au régime de soins médicaux en choisissant l'une des deux options suivantes :

- ◆ **Retraité seulement (Individuelle):** La couverture s'applique au retraité seulement.
- ◆ **Retraité + personne(s) à charge (Familiale):** La couverture s'applique au retraité et à toutes les personnes à charge admissibles (c.-à-d. le conjoint et les enfants).

IMPORTANT! Un retraité peut participer au régime de soins médicaux seulement ou participer à la fois au régime de soins médicaux et au régime d'assurance voyage. La participation au régime d'assurance voyage n'est autorisée que si le retraité participe au régime de soins médicaux.

Comment transférer

- ◆ Remplir le formulaire [Régimes d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande de transfert](#).
- ◆ Soumettre le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans un délai de **31 jours civils** suivant la fin de la couverture de l'employé.
- ◆ Veuillez aussi prendre note que seuls les régimes auxquels l'employé participait au moment de son départ à la retraite peuvent être transférés (par exemple, un employé qui participe au régime de soins dentaires, mais pas au régime de soins médicaux et d'assurance voyage, ne pourra transférer que sa couverture de soins dentaires).
- ◆ Les employés qui prennent leur retraite et les personnes à leur charge qui **n'effectuent pas de transfert** dans les **31 jours civils** suivant la date de leur départ à la retraite seront traités comme des demandeurs tardifs et risquent de se voir refuser la couverture par l'assureur. Pour plus d'informations, consultez la section relative aux [demandes tardives](#) du présent livret.

Prestations couvertes

Médicaments sur ordonnance Paiement direct avec la carte d'identité Croix Bleue		
Prestations	Montant payé	Montant maximum admissible
Médicaments sur ordonnance	Participant paie 15 \$ par ordonnance* **	Illimité

* 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.

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. Le retraité peut demander un médicament interchangeable ou de marque plus coûteux, mais il devra alors payer la différence de prix.

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).

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
Appareils auditifs	640 \$ 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	320 \$ par période de 5 années civiles
Bande élastique	160 \$ par année civile
Casques de remodelage crânien	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - 2 à vie
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
Diabète - Autre équipement	560 \$ par année civile
Diabète - Capteurs et transmetteurs de surveillance de la glycémie	4 000 \$ par année civile (Païement direct avec la carte d'identité Croix Bleue)
Diabète - Fournitures	Illimité - Participant paie 20%, jusqu'à un montant maximal de 15 \$ par ordonnance. (Païement direct avec la carte d'identité Croix Bleue)
Diabète - Pompe à insuline	5 200 \$ par période de 5 années civiles
Débitmètres de pointe	36 \$ par période de 2 années civiles
Dispositifs-espaceurs pour inhalation	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - un à vie (participants âgés de moins de 13 ans)
Équipements de mobilité (plâtres, cannes, béquilles)	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - un par période de 2 années civiles
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 lymphœdème	500 \$ par année civile
Matériel de test d'allergie	40 \$ par année civile
Orthèses	640 \$ par année civile
Orthèses plantaires moulées / 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 soins des pieds	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers
Service 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
Vêtements de pression pour brûlures	500 \$ par année civile
Vêtements de soutien élastiques	160 \$ par année civile
<i>*Sous réserve d'une autorisation préalable de l'administrateur des réclamations (CBM).</i>	

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 ou la participant transporté dans une ambulance, lorsque l'administrateur des réclamations (CBM) l'autorise. L'infirmier ne doit pas être un parent du participant.

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

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

Bande élastique - Achat d'une bande élastique.

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

Conseils santé et gestion des maladies chroniques – Veuillez consulter la page 15 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.

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 trousseaux 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).

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

Dispositifs-espaceurs pour 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.

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 lymphœdème - Achat de manchons de compression qui atténuent l'enflure associée au lymphœdème, 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.

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

Orthèses plantaires moulées / 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 pied 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/chiropraste, 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.

Services de soins de pieds – Frais pour les services fournis par une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée.

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.

Frais pour les soins de la vue	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 80%	
Prestations	Montant maximum admissible
Entraînement visuel	120 \$ à vie
Examen de la vue	Jusqu'à concurrence des frais habituels et coutumiers - une fois par période de 2 années civiles
Lentilles / Montures / Verres de contact / Chirurgie corrective au laser / Lunettes de sécurité / Implants / Lentilles intraoculaires	300 \$ par période de 2 années civiles
Verres de contact en raison d'une maladie	160 \$ 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 – 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 – 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 des praticiens	
Le montant payé pour les prestations énumérées ci-dessous est 80%	
Prestations	Montant maximum admissible
Autres services de praticien(ne)s (praticiens admissibles énumérés ci-dessous)	200 \$ pour chaque praticien 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)	400 \$ par année civile
Services radiographie	20 \$ par année civile
Soins d'un médecin	Illimité
<i>*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.</i>	

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.

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

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

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 retraités 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)
- ◆ 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 retraités, garantissant la motivation et des résultats durables. Ces conseillers peuvent être des infirmières immatriculées, des diététiciens immatriculés ou des conseillers.
- ◆ 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 retraités 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 retraité 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. Les retraités et leurs personnes à charge sont couverts à hauteur de 500 \$ par année civile chacun.
- ◆ 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 bien des cas, la réclamation peut être soumise sur-le-champ (facturation directe). Il suffit de présenter 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.

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 examens médicaux ou les bilans de santé généraux courants exigés aux fins d'utilisation par un tiers;
- ◆ 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 services ou les fournitures auxquels le participant a droit en vertu de toute loi sur l'indemnisation des accidents du travail;
- ◆ 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 à des fins cosmétiques ou des affections qui ne nuisent pas à sa santé;
- ◆ Les services ou les fournitures normalement offerts sans coût ou à un coût nominal, en vertu de toute loi gouvernementale;
- ◆ 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 services requis après avoir commis ou tenté de commettre un acte criminel;
- ◆ 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 médicaments limités par la loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou dispensés malgré de tels règlements;
- ◆ Les frais d'enregistrement ou de non-résident dans tout hôpital;
- ◆ Les services assurés par un praticien non autorisé ou qualifié;
- ◆ Les frais relatifs aux rendez-vous manqués ou le remplissage de formulaires;
- ◆ Les services qui sont habituellement payés directement ou indirectement par l'employeur;
- ◆ Les services ou les fournitures assurés par une entreprise qui n'a pas été approuvée par l'administrateur des réclamations (CBM);
- ◆ Les frais relatifs à des services ou des fournitures de soins de santé de nature expérimentale ou aux fins de diagnostic;
- ◆ Les services ou les fournitures qui ne sont pas nécessaires ou dont l'efficacité n'a pas été démontrée sur le plan médical;
- ◆ Les frais relatifs aux évaluations de planification des soins de santé;
- ◆ 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); ou
- ◆ 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.

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 retraités 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.

IMPORTANT! La couverture de l'assurance voyage est un prolongement de la couverture des soins médicaux. Un retraité peut participer au régime de soins médicaux seulement ou participer à la fois au régime de soins médicaux et au régime d'assurance voyage. La participation au régime d'assurance voyage n'est autorisée que si le retraité participe au régime de soins médicaux.

Comment transférer

- ◆ 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 transférer la couverture 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
Service ambulancier professionnel	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
Frais d'hospitalisation	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.

Service ambulancier professionnel – 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 interhospitaliers; lorsque l'établissement existant ne convient pas au traitement ou à la stabilisation.

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 cannes, 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 podologues/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, de sérums et d'injectables en quantité suffisante pour la période du 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 afin de recevoir des services nécessaires sur le plan médical et non offerts 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;
- ◆ 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.

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;
- ◆ 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 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 :

- ◆ Un voyage à l'intérieur de la province de résidence du participant;
- ◆ 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;
- ◆ Voyages réservés ou entrepris contrairement à l'avis du médecin;
- ◆ 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 engagés liés à un état de santé, une maladie ou une blessure qui s'est détérioré, a été diagnostiqué, a nécessité une consultation médicale, une hospitalisation ou un changement de médicaments, à tout moment au cours des trois (3) mois précédant immédiatement la date de départ de la province de résidence du participant.
- ◆ Frais engagés pour un traitement ou une chirurgie facultative (non-urgente);
- ◆ Frais couverts par un tiers (y compris des régimes d'assurance publics ou privés);
- ◆ Frais engagés à la suite d'un abus de médicaments, de drogues ou d'alcool;
- ◆ Frais engagés à la suite d'un suicide ou d'une tentative de suicide;

- ◆ 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 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 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);
- ◆ 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); ou
- ◆ 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.

Conseils pour les voyages

- Si vous n'êtes pas certain de bénéficier d'une couverture de l'assurance voyage à cause d'un problème médical préexistant ou de la destination, composez le numéro d'appel 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 de soins dentaires

Le régime de soins dentaires offre des prestations aux retraités participants pour les frais précis ayant trait aux soins dentaires de prévention et de base.

Les retraités peuvent choisir de participer au régime de soins dentaires en choisissant l'une des deux options suivantes :

- ◆ **Retraité seulement (Individuelle):** La couverture s'applique au retraité seulement.
- ◆ **Retraité + personne(s) à charge (Familiale):** La couverture s'applique au retraité et à toutes les personnes à charge admissibles (c.-à-d. 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 transférer

- ◆ Remplir le formulaire [Régimes d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande de transfert](#).
- ◆ Soumettre le formulaire **dûment rempli** et **signé** au bureau des ressources humaines ou des services de la paie dans un délai de **31 jours civils** suivant la fin de la couverture de l'employé.
- ◆ Veuillez aussi prendre note que seuls les régimes auxquels l'employé participait au moment de son départ à la retraite peuvent être transférés (par exemple, un employé qui participe au régime de soins médicaux et d'assurance voyage, mais pas au régime de soins dentaires, ne pourra transférer que sa couverture de soins médicaux et d'assurance voyage).
- ◆ Les employés qui prennent leur retraite et les personnes à leur charge qui **n'effectuent pas de transfert** dans les **31 jours civils** suivant la date de leur départ à la retraite seront traités comme des demandeurs tardifs. Pour plus d'informations, consultez la section relative aux [demandes tardives](#) du présent livret.

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

Examen oral d'urgence et examen oral particulier	Jusqu'à concurrence des frais habituels 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
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 bien des cas, la réclamation peut être soumise sur-le-champ (facturation directe). Il suffit de présenter 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 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 :

- ◆ Traitement ou appareil pour corriger la dimension verticale et la dysfonction temporo-mandibulaire qui se rattache à la reconstruction complète de la bouche;

- ◆ 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 et les fournitures ayant trait à tout appareil porté au cours de l'exercice d'un sport;
- ◆ 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 qui sont offerts gratuitement (ou qui le seraient s'il n'y avait pas de couverture) ou qui ne sont pas imputables au participant;
- ◆ Toute tentative de suicide ou blessure infligée soi-même que le participant soit sain d'esprit ou non;
- ◆ 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);
- ◆ 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 qui dépassent les services dispensés ordinairement conformément à la pratique thérapeutique actuelle;
- ◆ Les frais engagés pour les facettes;
- ◆ Le jumelage pour des raisons parodontales, lorsque des couronnes coulées ou traitées avec inlay sont utilisées à cette fin, avec ou sans traitement onlay;
- ◆ 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).

Conversion de l'assurance

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

À la cessation d'emploi pour toute raison (y compris la retraite), les employés 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 aucune question médicale si la demande de conversion est faite dans les **31 jours civils** suivant la date de cessation de leur couverture (date de la retraite ou de la fin de l'emploi). Le non-respect de cette exigence peut entraîner le refus de la demande de conversion. 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 employé peut convertir est présenté ci-dessous.

Montant maximum pour l'assurance-vie (de base et facultative combinées)	
Moins de 65 ans	200 000 \$
65 ans	
66-70 ans	50 000 \$
71-75 ans	25 000 \$
76 ans et plus	Non admissible à la conversion

Montant maximum pour l'ADMA (de base, facultative et volontaire combinées)	
Moins de 65 ans	200 000 \$
65 ans et plus	Non admissible à la conversion

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 d'ADMA en une police individuelle sans aucune question médicale si la demande de conversion est faite 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. 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 de l'employé;
- ◆ La cessation de la couverture de l'employé; ou
- ◆ La cessation d'emploi (y compris la retraite) de l'employé.

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

Montant maximum pour l'assurance-vie des personnes à charge	
Moins de 76 ans	12 000 \$
76 ans et plus	Ineligible to convert

Montant maximum pour l'ADMA volontaire	
Moins de 65 ans	200 000 \$
65 ans et plus	Ineligible to convert

Un conjoint qui continue de répondre aux critères d'admissibilité mais dont la couverture a été expressément réduite ou abandonnée par le retraité 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 aucunes questions médicales, l'employé 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. **IMPORTANT!** Le non-respect de cette exigence peut entraîner le refus de la demande de conversion.

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 de soins médicaux, d'assurance voyage ou de soins dentaires ;
- le transfert aux régimes des avantages sociaux des retraités (option de prélèvements automatiques);
- à la conversion d'une assurance-vie ou de l'ADMA en police individuelle au moment de la retraite;
- nouvelle carte ou remplacement de la carte d'identification de Croix Bleue Medavie pour les personnes qui utilisent l'option de prélèvements automatiques ; et
- changement d'adresse pour les personnes qui utilisent l'option de prélèvements automatiques.

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;
- le transfert aux régimes des avantages sociaux des retraités (option de retenues sur la pension);
- nouvelle carte ou remplacement de la carte d'identification de Croix Bleue Medavie pour ceux qui utilisent l'option de retenues sur la pension ; et
- changement d'adresse pour les personnes qui utilisent l'option de retenues sur la pension.

Téléphone : 506 453-2296 (région de Fredericton) ou 1-800-561-4012 (sans frais)

Courriel : info@vestcor.org

Site Web : <https://vestcor.org/avantagessociaux>

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

[Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de changement](#)

[Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de demande de transfert](#)

[Questionnaire pour personne à charge spéciale](#)

[Déclaration officielle d'union de fait](#)

[Déclaration de santé pour les retraités](#)

[Régime d'avantages sociaux des retraités – Formulaire de demande tardive](#)

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](#)

Conversion de l'assurance

[Conversion d'assurance-vie collective et de décès et mutilation par accident](#)

Annexe B: Liste de contrôle pour le transfert

- La liste de contrôle suivante vous aidera à transférer la couverture aux régimes d'avantages sociaux des retraités.
- Lire la section [Critères d'admissibilité des retraités](#) pour vérifier que vous êtes admissibles au transfert. Si vous avez des questions au sujet de l'admissibilité, communiquez avec votre employeur ou l'équipe des services aux membres de Vestcor.
- Passez en revue ce livret pour vous assurer de connaître les prestations offertes par 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 transférez également la couverture de vos personnes à charge, lisez la section [Critères d'admissibilité des personnes à charge](#) pour vérifier qu'elles sont admissibles au transfert. 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 [Régimes d'avantages sociaux des retraités - Formulaire de demande de transfert](#) et retournez ce formulaire rempli à votre bureau des ressources humaines ou des services de paie dans les 31 jours civils suivant la fin de la couverture de l'employé. Si vous *ne soumettez pas* ce formulaire dans les délais prescrits, vous et vos personnes à charge admissibles serez traités comme des [demandeurs tardifs](#), vous devrez remplir une [Déclaration de santé pour les retraités](#) et vous risquez de vous voir refuser la couverture par l'assureur.
- Quelques semaines après avoir envoyé ce formulaire, vous recevrez par la poste une nouvelle [carte d'identification de Croix Bleue Medavie](#). Si votre carte n'arrive pas dans le mois qui suit l'envoi de votre formulaire de transfert, contactez rapidement la Croix Bleue Medavie. Votre ancienne carte d'identité sera désactivée et n'aura plus aucune utilité. Pour éviter toute confusion entre les deux cartes, il est recommandé de jeter votre ancienne carte.

Annexe C: Carte d'identification de Croix Bleue Medavie

Lors du transfert de votre couverture aux régimes d'avantages sociaux des retraités, vous recevrez par la poste une nouvelle carte d'identification de Croix Bleue Medavie (exemple de carte ci-dessous). Comme votre ancienne carte (celle de votre participation aux régimes d'avantages sociaux des employés actifs) sera désactivée et n'aura plus d'utilité, il est recommandé de la jeter et d'informer votre pharmacie et vos autres professionnels de la santé de ce changement.

En présentant votre carte aux professionnels de la santé qui font partie du service d'électroPaie de Croix Bleue Medavie, le fournisseur appliquera automatiquement vos avantages et ne facturera que la partie non couverte par les régimes d'avantages.

Pour trouver quels professionnels font partie du service d'électroPaie, utilisez l'outil de recherche en ligne de Croix Bleue Medavie [Trouvez un professionnel de la santé](#) sur leur site Web (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)