

Publié : 13 novembre 2003

Modifié : 6 février 2004

CANADA - AVANTAGES SOCIAUX

Manuel des avantages sociaux à la carte 2004

Table des matières générale

- [Contenu du Manuel des avantages sociaux à la carte](#)
- [Introduction](#)
- [Section 1 : Tout sur le Régime d'avantages sociaux à la carte](#)
- [Section 2 : Description des avantages sociaux](#)
 - [L'assurance-incapacité](#)
 - [L'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#)
 - [L'assurance médicale](#)
 - [L'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe](#)
 - [Le compte de remboursement des soins de santé \(CRSS\)](#)
 - [L'assurance-vie](#)
- [Section 3 : Inscription, présentation des demandes de règlement et modification des protections](#)
 - [Comment s'inscrire pendant la période d'inscription annuelle](#)
 - [Rajustement salarial et avantages sociaux](#)
 - [Si vous entrez en fonction le 1^{er} janvier 2004 ou après cette date](#)
 - [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#)
 - [Arrêt de travail et protections](#)

[Retour au début](#) [Contenu du Manuel des avantages sociaux à la carte](#)

Vous trouverez dans le présent manuel un résumé du Régime d'avantages sociaux à la carte offert par Nortel Networks ltée (Nortel Networks) en date de novembre 2003. Ce manuel ne remplace pas les documents officiels des régimes, qui prévaudront en cas de divergence avec le présent document. **Bien que la Société ait l'intention de maintenir les régimes d'avantages sociaux décrits aux présentes indéfiniment, elle se réserve le droit de les modifier ou de les supprimer en tout temps, sans préavis et sans consentement préalable des employés.**

- [Comment soumettre une demande de règlement](#)
- [Processus d'examen des demandes de règlement et de l'admissibilité aux protections](#)
- [Autres avantages sociaux offerts](#)
- [Annexe I : Répertoire des ressources](#)
- [Annexe II : Glossaire](#)

[Retour au début](#) [Introduction](#)

Lorsqu'il est question de votre santé et de votre sécurité financière, vous voulez être maître de vos décisions. Après tout, vous êtes la personne la mieux placée pour savoir ce qui répond le mieux à vos besoins d'année en année.

Le Régime actuel d'avantages sociaux à la carte de Nortel Networks vous offre toute la souplesse voulue en vous proposant des avantages sociaux de base payés par la Société, des crédits, des protections liées aux soins de santé payées en partie par la Société et des options d'assurance complémentaires, que vous choisissiez en fonction de vos besoins.

En partageant les coûts des avantages sociaux avec ses employés et en permettant à ces derniers de choisir leurs protections complémentaires chaque année, la Société peut offrir une gamme étendue d'avantages sociaux à un coût permettant d'en assurer la viabilité. Cette approche tient également compte du fait que les employés n'ont pas tous le même mode de vie ou la même situation familiale et que les priorités en matière d'avantages sociaux peuvent varier d'une personne à l'autre et d'une année à l'autre. De plus, la Société peut offrir un régime qui se compare avantageusement aux régimes de ses concurrents.

Lorsque vous prendrez connaissance des protections offertes dans le cadre de la couverture complémentaire, lisez également les remarques. Elles vous aideront à mieux comprendre certains aspects des avantages sociaux et, par conséquent, à devenir un consommateur plus avisé et à tirer le meilleur parti possible du Régime d'avantages sociaux à la carte.

À l'instar de la plupart des autres régimes d'avantages sociaux, les coûts de notre régime sont directement liés au montant moyen des règlements, aux frais d'administration du régime ainsi qu'aux taxes applicables. Les tarifs de groupe qui nous sont consentis sont considérablement moins élevés que ceux qui sont exigés dans le cadre d'un régime individuel. En se renseignant sur les enjeux inhérents aux avantages sociaux et en effectuant des choix éclairés, les employés et la Société réussiront à mieux contrôler les coûts du régime et à maintenir l'accessibilité à celui-ci pour tous les employés.

Veillez lire attentivement le présent manuel. Il a été préparé pour vous aider à mieux comprendre les choix proposés et vous guider tout au long des processus d'inscription et de règlement des demandes. Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires concernant le Régime d'avantages sociaux à la carte ou le processus d'inscription, consultez les sections pertinentes du site [@votreservice](#) ou communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale au RCE 352-4636, au 919-992-4636 ou au 1-800-676-4636 (sans frais). Vous pouvez également communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale par courriel externe à l'adresse gesna@nortelnetworks.com ou par courriel interne

à l'adresse GES, North-America.

[Retour au début](#) **Section 1 : Tout sur le Régime d'avantages sociaux à la carte**

[Retour au début](#) **Fonctionnement du régime**

- [Ce que le régime comprend](#)
- [Ce qui est offert et qui assume les coûts](#)

Ce que le régime comprend

- Une [couverture de base](#), qui vous est actuellement fournie d'office et dont la totalité des coûts est assumée par la Société. Si vous ne vous inscrivez pas, vous bénéficierez de cette couverture.

À l'intérieur

- [Fonctionnement du régime](#)
- [Admissibilité](#)
- [Entrée en vigueur des protections](#)
- [Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)
- [Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#)

- Quatre choix de couverture d'assurance médicale et trois choix de couverture d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, soit les régimes de base, complet et supérieur, auquel s'ajoute le régime privilège pour l'assurance médicale. Vous trouverez plus loin des explications pour souscrire les protections liées aux soins de santé et de plus amples renseignements sur les remboursements en crédits auxquels vous avez droit si vous choisissez le régime de base ou la protection pour vous seulement du régime complet, ou renoncez à la couverture d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.
- Des protections complémentaires de même que des crédits que vous pouvez utiliser pour vous les procurer. Si vous n'avez pas suffisamment de crédits pour obtenir les protections souhaitées, vous avez la possibilité de vous les procurer par retenues salariales sur votre rémunération imposable.
- Un [compte de remboursement des soins de santé \(CRSS\)](#), dans lequel vous pouvez puiser pour régler, en dollars avant impôt*, divers frais de [soins de santé](#) (dans la mesure où vous disposez de crédits inutilisés).

Conseil *Certaines exceptions s'appliquent aux résidents du Québec.

[Retour à la table des matières de la section Fonctionnement du régime](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Ce qui est offert et qui assume les coûts

- **À l'heure actuelle, la Société assume la totalité des coûts de certains avantages sociaux (obligatoires), qui constituent ce qu'on appelle la couverture de base. Cette couverture de base comprend :**

- Les primes versées par la Société au régime d'assurance maladie provincial, là où cela s'applique;
- L'assurance-vie de l'employé, dont le montant correspond à votre [salaire](#) (dans le présent manuel, ce terme correspond généralement au salaire de base);
- L'assurance-incapacité de courte durée, qui vous donne droit, pendant les 13 premières semaines, à un montant correspondant au salaire que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant les 13 semaines suivantes, à un montant correspondant à 70 % de ce salaire;
- L'assurance-incapacité de longue durée, dans le cadre de laquelle un montant correspondant à 50 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité vous est versé après 26 semaines consécutives d'incapacité de courte durée;
- Le programme d'aide aux employés (PAE) et le programme Solutions travail-famille. Tous les employés admissibles au Régime d'avantages sociaux à la carte et les personnes à leur charge bénéficient de services de consultation de courte durée auprès d'un conseiller du PAE et de Solutions travail-famille. Ces programmes offrent également des services des conseils sur, notamment, des questions juridiques, financières ainsi que sur l'éducation des enfants, l'orientation professionnelle, les soins aux personnes âgées et des problèmes de tous les jours.

- **La Société vous fournit un certain nombre de crédits, que vous pouvez utiliser pour vous procurer des protections complémentaires.** En 2004, chaque employé canadien admissible recevra des crédits correspondant à 0,39 % de son salaire, en plus des crédits supplémentaires qui pourront lui être versés s'il choisit un niveau de couverture moins élevé pour les protections de soins de santé. Ces crédits peuvent être utilisés pour souscrire n'importe laquelle des [protections complémentaires](#) suivantes :

- L'assurance-incapacité de courte durée complémentaire, grâce à laquelle vous obtenez, de la 14^e à la 26^e semaine d'incapacité, 90 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité;
- L'assurance-incapacité de longue durée complémentaire, grâce à laquelle vous obtenez, après 26 semaines consécutives d'incapacité de courte durée, 70 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité;
- L'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire pour vous seulement, ou pour vous et votre famille.

Vous pouvez également utiliser vos crédits pour souscrire un niveau de couverture d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe supérieur à celui qui est payé par la Société. Si vous avez utilisé tous vos crédits, vous pouvez régler le montant correspondant au niveau de couverture choisi au moyen de [dollars après impôt](#) retenus sur votre paie. Reportez-vous à la section [Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#) pour plus d'information.

- **La Société vous offre également des options d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, dont elle paie une bonne part.** Vous choisissez les protections qui vous conviennent le mieux.

Voici les options de situation familiale parmi lesquelles vous pouvez choisir :

- protection pour vous seulement;
- protection pour vous, vos enfants et les enfants de votre conjoint;
- protection pour vous et votre conjoint;
- protection pour vous et votre famille ([votre conjoint](#), vos [enfants](#) et les enfants de votre conjoint).

Vous avez également la possibilité de renoncer à l'assurance médicale, si vous (ainsi que les personnes à votre charge, au Québec) êtes couvert par un autre régime. Dans ce cas, vous devez remplir le formulaire de renonciation à l'assurance médicale ([Québec / Employés résidant hors du Québec](#)). Vous pouvez aussi choisir de ne pas souscrire l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, si vous estimez ne pas avoir besoin de ce genre de protection. Comme l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe forme un tout, vous devez obligatoirement souscrire les trois protections ou y renoncer en bloc. Vous ne pouvez donc pas choisir uniquement l'assurance dentaire, l'assurance soins de la vue ou l'assurance soins de l'ouïe.

Les montants négatifs (précédés du signe moins) qui figurent dans l'outil d'inscription en ligne (ou sur votre feuille de calcul personnalisée si vous n'avez pas accès à l'intranet) correspondent aux crédits supplémentaires auxquels vous avez droit si vous choisissez l'option correspondante. Autrement, les montants représentent les coûts de la protection, que vous pouvez régler avec les crédits que vous fournit la Société ou par retenues salariales après impôt si vous avez déjà utilisé tous vos crédits. Reportez-vous à la section [Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#) pour plus d'information.

En raison de la structure du régime, vous devrez peut-être assumer une partie des coûts de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Le montant qu'il vous incombera de payer dépendra de l'option choisie. Pour en savoir plus sur le partage des coûts entre vous et la Société en 2004, consultez le [Carnet de route des avantages sociaux à la carte 2004](#) sur le site @votreservice.

- **Au lieu de toucher vos crédits en rémunération imposable (la somme que vous recevez alors est assujettie à l'impôt fédéral et provincial), vous pouvez les verser dans le compte de remboursement des soins de santé (CRSS).** Vous pouvez ensuite utiliser ces dollars avant impôt (sauf au Québec) pour régler certains frais admissibles qui ne sont pas couverts par votre [régime d'assurance maladie provincial](#) ou le régime de Nortel Networks. Vous pouvez notamment utiliser vos crédits pour payer une [franchise](#), acheter des médicaments en vente libre ou régler des honoraires qui excèdent les plafonds. Veuillez cependant noter que vous perdrez les crédits versés dans ce compte si vous ne les avez pas utilisés à la fin de l'année. Avant de faire vos choix, il est important que vous établissiez le montant approximatif des frais de ce genre que vous prévoyez engager au cours de l'année.
- **Vous pouvez vous procurer les protections suivantes au moyen de dollars après impôt retenus sur votre paie :**
 - assurance-vie complémentaire pour vous;
 - assurance-vie des personnes à charge pour votre conjoint et vos enfants.

[Retour à la table des matières de la section Fonctionnement du régime](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) **Admissibilité**

- [Employés admissibles](#)
- [Personnes à charge admissibles](#)
- [Si votre conjoint et vous travaillez tous les deux pour Nortel Networks](#)

Employés admissibles

Pour être admissible au Régime d'avantages sociaux à la carte, vous devez satisfaire les conditions suivantes :

Les employés de Nortel Networks ltée et de la Corporation Nortel Networks Technology Limitée dont les avantages sociaux ne sont pas négociés dans le cadre d'une convention collective peuvent s'inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte du Canada. À compter du 1er janvier 2004, les employés de Nortel Networks au Québec qui participent à la convention collective du SCEB peuvent également s'inscrire au régime.

Les avantages sociaux décrits dans le présent manuel sont actuellement offerts à tous les employés de Nortel Networks (conformément au paragraphe précédent) qui sont couverts par un régime d'assurance maladie provincial ou un régime équivalent qui travaillent à temps plein ou à temps partiel selon un horaire régulier de 18 heures ou plus par semaine et qui ne sont pas des employés contractuels engagés pour une durée déterminée.

Si vous êtes un employé admissible, il se peut que les [personnes à votre charge](#) soient également admissibles.

[Retour à la table des matières de la section Admissibilité](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Personnes à charge admissibles

Les personnes à votre charge admissibles comprennent :

- **Votre conjoint** - c'est-à-dire la personne avec qui vous êtes marié ou avez contracté une union civile (résidents du Québec) ou une personne célibataire, de sexe opposé ou de même sexe, à qui tous les critères suivants s'appliquent :
 - elle n'a pas avec vous des liens de parenté qui interdiraient un mariage;
 - elle est âgée de 18 ans ou plus;
 - elle partage la responsabilité de votre subsistance et de votre bien-être;
 - elle vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois consécutifs;
 - elle est couverte par un régime d'assurance maladie provincial ou un régime équivalent.
- **Vos enfants** - c'est-à-dire les personnes à qui l'un des critères suivants s'applique :
 - enfants biologiques;

- enfants que vous avez adoptés ou qui sont placés auprès de vous en vue d'une adoption;
- enfants de votre conjoint légal;
- enfants accueillis légalement;
- enfants dont vous êtes le tuteur;
- enfants de votre conjoint.

Les enfants doivent être célibataires, dépendre financièrement de vous, être couverts par le régime d'assurance maladie provincial ou un régime équivalent et être :

- âgés de moins de 21 ans;
- âgés de moins de 25 ans* s'ils sont inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université); ou
- handicapés physiquement ou mentalement, quel que soit leur âge (dans la mesure où ils sont devenus invalides avant l'âge de 21 ans, ou de 25 ans* s'ils étaient étudiants à plein temps à ce moment-là).

Vous devrez présenter une preuve de l'incapacité de l'enfant à votre charge dans les 31 jours suivant son 21^e anniversaire de naissance ou, s'il s'agit d'un étudiant à plein temps, son 25^e anniversaire de naissance*.

*Nota : En vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments* du Québec, les enfants à charge admissibles des employés qui demeurent au Québec peuvent obtenir, jusqu'à l'âge de 26 ans, le remboursement des médicaments sur ordonnance figurant sur le formulaire de Conseil la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'ils sont inscrits dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université).

Pour savoir comment inscrire les personnes à votre charge, reportez-vous à la section [Comment s'inscrire](#).

[Retour à la table des matières de la section Admissibilité](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Si votre conjoint et vous travaillez tous les deux pour Nortel Networks

Si votre conjoint et vous êtes tous deux au service de Nortel Networks, consultez les sections suivantes :

1. [Assurance-vie complémentaire de l'employé](#)
2. [Coordination des prestations](#)

Au sujet de l'admissibilité

Si votre conjoint et vous travaillez tous deux pour Nortel Networks et y êtes admissibles, vous pouvez souscrire l'assurance-vie et l'assurance-décès et mutilation accidentels à titre d'employé *ou* de personne à charge, mais non les deux. De plus, un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants à titre

de personnes à charge.

Par ailleurs, si votre conjoint et vous travaillez pour Nortel Networks, chacun d'entre vous peut être inscrit comme employé à l'assurance médicale et à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe ou l'un de vous inscrit comme employé et l'autre comme personne à charge. Vous avez également la possibilité d'inscrire tous les deux vos enfants admissibles comme [personnes à charge](#).

Si vos enfants travaillent aussi pour Nortel Networks et qu'ils sont admissibles au Régime d'avantages sociaux à la carte, ils doivent s'y inscrire à titre d'employés. Ils ne peuvent être considérés comme des personnes à charge.

[Retour à la table des matières de la section Admissibilité](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) **Entrée en vigueur des protections**

Si vous êtes un employé admissible, la couverture de base entre en vigueur à la date de votre entrée en fonction chez Nortel Networks.

Les protections complémentaires prennent effet à la date de votre entrée en fonction chez Nortel Networks, à condition que vous vous inscriviez dans les 31 jours suivant cette date. Reportez-vous à la section [Si vous entrez en fonction le 1^{er} janvier 2004 ou après cette date](#) pour plus d'information.

Si vous ne vous inscrivez pas en ligne (ou, si vous n'avez pas accès à l'intranet, ne renvoyez pas votre feuille de calcul personnalisée) dans les 31 jours suivant votre date d'entrée en fonction, vous bénéficierez automatiquement de la couverture de base et serez réputé avoir renoncé à votre droit de souscrire des protections complémentaires jusqu'à la prochaine [période d'inscription annuelle](#), ou jusqu'à ce qu'un [événement admissible](#) survienne (par exemple, si vous vous mariez ou avez un enfant).

Pour de plus amples renseignements sur les événements admissibles, veuillez consulter la section [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#). Veuillez noter que vous serez également automatiquement protégé dans le cadre de l'option de situation familiale pour vous seulement (pour vous et votre famille si vous demeurez au Québec) du régime de base de l'assurance médicale. Si vous êtes inscrit par défaut à la couverture de base, tous les crédits auxquels vous avez droit vous seront versés en rémunération imposable.

Si vous souscrivez une couverture d'assurance-vie ou d'assurance incapacité de longue durée pour laquelle vous devez fournir une preuve d'assurabilité, la couverture demandée prendra effet à la date d'approbation précisée par la Financière Sun Life, quelle que soit la date d'inscription.

Si vous êtes en arrêt de travail pour des raisons d'incapacité de courte durée le 1^{er} janvier 2004, quels que soient les choix effectués au moment de l'inscription annuelle, les protections que vous aviez choisies en 2003 pour ce qui concerne l'incapacité de courte durée, l'incapacité de longue durée ainsi que l'assurance-vie complémentaire et l'assurance-décès et mutilation accidentels pour vous et les personnes à votre charge demeureront en vigueur jusqu'à ce que vous ayez repris le travail depuis 60 jours consécutifs.

Retour au débutÉléments à prendre en considération au moment de l'inscription

- [Au sujet de l'assurance-incapacité de courte durée](#)
- [Au sujet de l'assurance incapacité de longue durée](#)
- [Au sujet de l'assurance-décès et mutilation accidentels](#)
- [Au sujet de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe](#)
- [Au sujet du compte de remboursement des soins de santé](#)
- [Au sujet de l'assurance-vie](#)

Processus d'inscription au régime de 2004

Pour des renseignements concernant la démarche d'inscription, consultez la rubrique [Processus d'inscription au régime de 2004](#) à la section 3 du manuel.

Au sujet de l'assurance-incapacité de courte durée

Quelles dépenses devriez-vous assumer, votre famille et vous, si vous étiez incapable de travailler pendant une période pouvant aller jusqu'à 26 semaines? Votre famille dispose-t-elle d'autres sources de revenu? Êtes-vous couvert par une autre assurance-incapacité de courte durée? Vos réponses à ces questions vous aideront à déterminer la couverture dont vous avez besoin.

[Retour à la table des matières de la section Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)
[Retour à la table des matières générale](#)

Au sujet de l'assurance-incapacité de longue durée

Quelles dépenses devriez-vous assumer, votre famille et vous, si vous étiez incapable de travailler pendant plus de 26 semaines consécutives? Êtes-vous couvert par un autre régime d'assurance-incapacité de longue durée? Si tel est le cas, n'oubliez pas que les prestations reçues de certaines autres sources seront déduites de celles versées dans le cadre du régime d'assurance-incapacité de longue durée.

Vos réponses à ces questions vous aideront à déterminer la couverture dont vous avez besoin.

Pour continuer d'être admissible aux prestations d'incapacité de longue durée après la période de 18 mois suivant le début de votre invalidité, vous devez être incapable en raison d'une déficience d'ordre médical d'exécuter les tâches de tout emploi (et non seulement celles de votre propre emploi) pour lequel vous êtes suffisamment qualifié (ou pour lequel vous pouvez devenir qualifié) par vos études, votre formation ou votre expérience et qui vous procure un revenu correspondant à au moins 70 % du revenu que vous touchiez avant votre incapacité, sans tenir compte de la déduction de revenus provenant d'autres sources.

La déficience doit être attestée par écrit par un médecin. Le fait que vous puissiez occuper un autre emploi n'entre pas en compte pour l'établissement de votre incapacité totale.

[Retour à la table des matières de la section Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Au sujet de l'assurance-décès et mutilation accidentels

Quelles dépenses votre famille devrait-elle assumer si vous décédiez subitement ou subissiez une blessure grave? Si l'une des personnes à votre charge décédait ou subissait une blessure grave, quel serait l'impact sur votre situation financière? Vos réponses à ces questions vous aideront à définir vos besoins en matière d'assurance-décès et mutilation accidentels.

La couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels est différente de celle de :

- **l'assurance-vie** : le montant de la couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels est versé en cas de décès accidentel seulement. Si vous souscrivez l'assurance-décès et mutilation accidentels et décédez à la suite d'un accident, votre bénéficiaire recevra une indemnité qui sera versée conformément à l'assurance-décès et mutilation accidentels ainsi que le capital assuré dans le cadre de l'assurance-vie.
- **l'assurance-incapacité** : si vous êtes incapable de travailler en raison d'une blessure accidentelle, vous pourriez recevoir, dans le cadre de l'assurance-décès et mutilation accidentels, un montant forfaitaire. L'assurance-incapacité de courte durée et celle de longue durée vous permettent pour leur part de recevoir une partie ou la totalité de votre salaire pendant une période prolongée.

[Retour à la table des matières de la section Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Au sujet de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe

Les frais de soins médicaux ou de soins dentaires, de la vue ou de l'ouïe que vous devrez engager en 2004 seront-ils, selon vous, inférieurs, supérieurs ou égaux à ceux que vous avez engagés en 2003? Consultez le relevé explicatif des avantages sociaux que vous avez reçu de la Financière Sun Life pour connaître le montant des frais de soins de santé qui vous ont été remboursés à vous et aux personnes à votre charge au cours de la période de 12 mois la plus récente en dossier.

Prévoyez-vous de vous servir du compte de remboursement des soins de santé? Dans ce cas, vous pourrez vous faire rembourser les franchises, les [quotes-parts](#) et les autres frais que vous prévoyez engager. Il est conseillé de vérifier si ces frais peuvent aussi vous être remboursés par le régime de votre conjoint.

L'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe offertes dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte se comparent-elles favorablement aux autres régimes de soins médicaux auxquels vous pourriez participer, comme le régime de votre conjoint? Déterminez lequel de ces régimes convient le mieux à vos besoins. Si vous êtes protégé par un autre régime (tel que celui de votre conjoint), il se peut que la partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée par le régime de Nortel Networks soit remboursée par ce deuxième régime.

Si vous prévoyez engager des frais minimes au chapitre des soins de santé et des soins dentaires, de la vue et de l'ouïe, il peut être préférable de ne souscrire ni l'assurance médicale ni l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et de vous faire rembourser ces frais au moyen du compte de

remboursement des soins de santé (CRSS).

[Retour à la table des matières de la section Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Au sujet du compte de remboursement des soins de santé (CRSS)

Vous pouvez utiliser le [CRSS](#) pour vous faire rembourser les frais que la *Loi de l'impôt sur le revenu* considère admissibles. Consultez le site Web de l'Agence des douanes et du revenu du Canada à l'adresse <http://www.ccra-adrc.gc.ca/> ou demandez un exemplaire du bulletin d'interprétation IT-519R2 Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposé aux soins, pour obtenir la liste complète de ces frais. Assurez-vous de ne tenir compte que des frais admissibles dans vos estimations.

Demandez-vous si les frais au chapitre de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe en 2004 seront plus élevés qu'en 2003. Ces frais peuvent-ils être remboursés par le régime de votre conjoint? Le montant sera-t-il suffisant pour que vous utilisiez tous les crédits affectés au compte? Vos réponses à ces questions peuvent vous aider à déterminer si le CRSS vous serait utile.

[Retour à la table des matières de la section Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Au sujet de l'assurance-vie

Quelles dépenses votre famille devrait-elle assumer si vous décédiez? De quelles autres sources de revenu (par exemple, régimes de retraite ou d'épargne) disposerait-elle? Vos réponses à ces questions peuvent vous aider à déterminer la couverture d'assurance-vie dont vous avez besoin.

Nota : Nortel Networks n'exige aucune preuve attestant que vous ne fumez pas. La Société peut cependant refuser de vous verser ou de Conseil verser à votre bénéficiaire le capital assuré si elle constate que vous fumez et payez le tarif d'un non-fumeur. Vous et votre conjoint êtes admissibles au taux de non-fumeur si vous n'avez pas fait usage de produits du tabac depuis 12 mois consécutifs.

[Retour à la table des matières de la section Éléments à prendre en considération au moment de l'inscription](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Retour au début Considérations relatives à l'impôt sur le revenu

- [Aperçu](#)
- [Règles fiscales](#)
- [Résidents du Québec](#)

Aperçu

L'un des avantages indéniables que présente le Régime d'avantages sociaux à la carte est qu'il vous permet d'accroître votre pouvoir d'achat grâce à des choix judicieux quant à leur incidence sur l'impôt. Ces choix vous aideront à tirer profit au maximum de vos avantages sociaux et à en augmenter la valeur.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte a été conçu de manière à vous procurer le traitement fiscal le plus avantageux possible selon la réglementation fiscale en vigueur. Les crédits de la Société sont d'abord utilisés pour souscrire les protections que vous pouvez vous procurer avec des [dollars avant impôt](#). Une fois calculé le coût que vous devez assumer pour souscrire les protections choisies, l'avenue la plus avantageuse sur le plan fiscal consiste à verser les crédits excédentaires dans le compte de remboursement des soins de santé afin de les utiliser pour régler les frais non couverts par l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Par contre, n'oubliez pas que vous devez engager suffisamment de frais de soins de santé au cours de l'année pour utiliser tous les crédits versés dans le CRSS. Seules les sommes fournies par la Société (les crédits) peuvent être versées dans le CRSS.

Cependant, comme l'assurance-vie complémentaire doit être payée au moyen de dollars après impôt, le montant des crédits que vous choisissez d'affecter au paiement de la prime de cette assurance sera traité comme un revenu imposable.

Les renseignements sur la fiscalité contenus dans la présente section et ailleurs dans le manuel et dans la documentation relative à Conseil l'inscription vous sont fournis à titre d'information et sont fondés sur les lois fiscales en vigueur. Il peut être préférable de vous adresser à un conseiller fiscal relativement aux incidences de vos choix quant à l'impôt.

[Retour à la table des matières de la section Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Règles fiscales

Le tableau ci-dessous décrit les règles courantes de l'impôt sur le revenu dont vous devriez tenir compte dans le choix de vos protections complémentaires.

Type de protection	Traitement fiscal des crédits utilisés pour souscrire cette protection	Traitement fiscal des prestations
Assurance-incapacité de courte durée	Les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-incapacité de courte durée complémentaire ne sont pas imposables.	Les prestations sont imposables comme votre salaire.

Assurance-incapacité de longue durée	Les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-incapacité de longue durée complémentaire ne sont pas imposables.	Les prestations sont imposables comme votre salaire.
Assurance-décès et mutilation accidentels	Les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire ne sont pas imposables, sauf au Québec, où ils sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.	Le capital assuré versé à vous ou aux personnes à votre charge admissibles n'est pas imposable.
Assurance médicale	Les crédits utilisés pour souscrire l'assurance médicale ne sont pas imposables.	Les remboursements ne sont pas imposables, sauf au Québec, où les employés sont imposés en fonction du montant moyen des règlements. Ce montant inclut les frais d'administration du régime, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec, déduction faite des retenues salariales effectuées, le cas échéant, pour souscrire la protection.
Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe	Les crédits utilisés pour souscrire l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe ne sont pas imposables.	Les remboursements ne sont pas imposables, sauf au Québec, où les employés sont imposés en fonction du montant moyen des règlements. Ce montant inclut les frais d'administration du régime, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec, déduction faite des retenues salariales effectuées, le cas

		échéant, pour souscrire la protection.
Compte de remboursement des soins de santé (CRSS)	Les crédits versés dans le CRSS ne sont pas imposables.	Les sommes versées dans le CRSS ne sont pas imposables, sauf au Québec où les remboursements reçus, les frais d'administration, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec sont assujettis à l'impôt provincial.
Assurance-vie complémentaire	Vous ne pouvez pas utiliser directement les crédits fournis par la Société pour souscrire cette assurance. Si vous désirez les utiliser pour régler les coûts de votre assurance, ils seront d'abord inclus dans votre salaire et imposés au même taux. Le montant reçu vous permettra de compenser les retenues après impôt de la prime d'assurance.	Le capital assuré versé à votre bénéficiaire n'est pas imposable.
Assurance-vie des personnes à charge	Vous ne pouvez pas utiliser directement les crédits fournis par la Société pour souscrire cette assurance. Si vous désirez les utiliser pour régler les coûts de votre assurance, ils seront d'abord inclus dans votre salaire et imposés au même taux. Le montant reçu vous permettra de compenser les retenues après impôt de la prime d'assurance.	Le capital assuré qui vous est versé (vous êtes automatiquement désigné bénéficiaire lorsque vous souscrivez une assurance-vie pour une personne à charge) n'est pas imposable.

Les frais de soins de santé non remboursables par le régime d'assurance médicale, le régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe ou le CRSS peuvent toutefois vous donner droit à un crédit d'impôt pour frais médicaux. Vous devez cependant faire une demande à cet effet dans votre déclaration de revenus.

Les renseignements sur la fiscalité contenus dans la présente section et ailleurs dans le manuel et dans la documentation relative à Conseil l'inscription vous sont fournis à titre d'information et sont fondés sur les lois fiscales en vigueur. Il peut être préférable de vous adresser à un conseiller fiscal relativement aux incidences de vos choix quant à l'impôt.

[Retour à la table des matières de la section Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Résidents du Québec

Au Québec, les protections d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe fournies par la Société sont assujetties à l'impôt sur le revenu provincial. Dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, vous serez imposé en fonction du montant moyen des règlements selon l'option de situation familiale et le niveau de couverture choisis. Ce montant comprend les frais engagés par l'administrateur du régime (la Financière Sun Life), la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec, moins les retenues salariales servant à régler le coût de ces protections.

Par exemple, si vous prévoyez que les membres de votre famille et vous-même n'engageront que peu ou pas de frais médicaux au cours d'une année donnée et si vous croyez, par conséquent, ne pas avoir besoin de la couverture offerte par les régimes complet, supérieur ou privilège, il serait avantageux de souscrire le régime de base de l'assurance médicale. Ainsi, le coût de vos avantages imposables sera beaucoup moins élevé que pour un employé qui choisit le régime complet, supérieur ou privilège.

N'oubliez pas qu'en vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments* du Québec, vous et votre famille devez être couverts par le régime d'assurance-médicaments de votre conjoint pour pouvoir renoncer à l'assurance médicale offerte par votre propre régime.

L'outil d'inscription en ligne aux avantages sociaux à la carte indique la protection imposable calculée par cycle de paie (avant toute retenue salariale) pour chaque couverture et chaque option d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Si vous n'utilisez pas l'outil d'inscription en ligne parce que vous voulez vous inscrire en français, vous trouverez ces renseignements dans le documents intitulé [Avantages imposables moyens prévus au titre des protections du Régime d'avantages sociaux à la carte 2004 au Québec](#), que vous pouvez consulter sur le site @votre service.

Vous devrez également payer de l'impôt sur le revenu provincial sur les crédits fournis par la Société pour souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire.

Si vous décidez de verser les crédits fournis par la Société dans un CRSS, les remboursements provenant de ce compte de même que les frais d'administration, la taxe sur la prime et la taxe de vente du Québec seront assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Les renseignements sur la fiscalité contenus dans la présente section et ailleurs dans le manuel et dans la documentation relative à Conseil l'inscription vous sont fournis à titre d'information et sont fondés sur les lois fiscales en vigueur. Il peut être préférable de vous adresser à un conseiller fiscal relativement aux incidences de vos choix quant à l'impôt.

[Retour à la table des matières de la section Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) **Section 2 : Description des avantages sociaux**

[Retour au début](#) **L'assurance-incapacité**

[Retour au début](#) **Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire**

- [En bref](#)
- [Qu'entend-on par incapacité?](#)
- [Prestations](#)
- [Réduction des prestations d'ICD en raison de revenus d'autres sources](#)
- [Coûts de l'ICD complémentaire en 2004](#)
- [Réadaptation, modification du travail et prestations d'ICD](#)
- [Rechute](#)

À l'intérieur

- [Explorez vos assurances-incapacité \(ICD\) de base et complémentaire](#)
- [Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)
- [Exclusions de l'assurance-incapacité](#)

En bref

Ce manuel vous présente un sommaire de l'assurance-incapacité de courte durée (ICD). Si l'information fournie dans le présent document diffère de celle qui est contenue dans le document officiel du régime, le document officiel prévaudra et, dans tous les cas, régira l'administration des protections offertes. Dans le cadre de l'assurance-incapacité de courte durée (ICD), vous recevez une partie de votre salaire si vous êtes frappé d'une incapacité totale par suite d'une blessure ou d'une maladie.

Nortel Networks assume présentement la totalité des coûts de la couverture de base de l'assurance-incapacité de courte durée. Si vous vous absentez du travail pendant cinq jours consécutifs (ou l'équivalent de votre semaine normale de travail) en raison d'une maladie qui n'est pas de nature professionnelle ou d'un accident survenu ailleurs que sur les lieux de travail, vous pouvez obtenir une indemnité dans le cadre de l'assurance-incapacité de courte durée, dans la mesure où vous produisez les attestations médicales requises. Les prestations versées dans le cadre de la couverture de base correspondent à ce qui suit :

- 100 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité pendant 13 semaines à compter de votre premier jour d'absence (ceci comprend les cinq premières journées consécutives d'absence);
- 70 % de ce salaire pendant les 13 semaines suivantes.

Après 26 semaines consécutives d'indemnisation, vous pouvez devenir admissible à l'assurance-incapacité de longue durée.

Si vous désirez étendre votre couverture d'assurance-incapacité de courte durée, vous pouvez opter pour l'assurance complémentaire, dans le cadre de laquelle vous recevez :

- 100 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité pendant 13 semaines à compter de votre premier jour d'absence (ceci comprend les cinq premières journées consécutives d'absence);
- 90 % de ce salaire pendant les 13 semaines suivantes.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Qu'entend-on par incapacité?

Dans le cadre de l'assurance-incapacité de courte durée, l'incapacité totale doit être attestée par écrit par un médecin (résultats de tests de laboratoire, radiographies, rapport médical, etc.) et il doit être établi :

- qu'en raison d'une maladie ou d'une blessure, vous êtes incapable d'exécuter, dans quelque milieu que ce soit, les principales tâches de l'emploi que vous occupiez avant d'être frappé d'incapacité, et
- qu'il vous est impossible d'exécuter ces tâches, même si des mesures raisonnables sont prises pour adapter votre milieu de travail.

Le fait que vous puissiez occuper un autre emploi n'entre pas en compte pour l'établissement de votre incapacité totale. Vous devez être suivi par un médecin pendant toute la période d'incapacité de courte durée.

Vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes soigné par un médecin, si ce dernier vous prodigue des soins actifs, continus et opportuns d'un point de vue médical et si vous vous soumettez au traitement qu'il vous prescrit.

Si vous souffrez de toxicomanie (attribuable à l'usage de drogues ou à la consommation abusive d'alcool), vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes suivi de façon active et si vous vous soumettez à un traitement continu dans un centre de désintoxication ou tout autre établissement désigné pour ce genre de traitement

Aucune indemnisation n'est versée en cas de perte de revenu à la suite d'une intervention chirurgicale facultative de nature esthétique ou expérimentale, à moins que l'intervention ou le traitement ne soient effectués à la suite d'une blessure accidentelle ou qu'ils soient médicalement nécessaire de l'avis du régime d'assurance maladie de la province de résidence du participant.

Congé de maternité

Pour de plus amples renseignements au sujet des congés de maternité, consultez le document intitulé Information sur les congés parentaux et de maternité sur le site @votre service (Canada, Employés, Avantages sociaux, Avantages sociaux - Personnel non syndiqué, Congés autorisés, Les congés parentaux et de maternité).

Conseil Nota : Les accidents de travail et les maladies professionnelles peuvent donner lieu à une indemnisation, en vertu des lois applicables en matière d'indemnisation des accidentés du travail.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Prestations

Une fois que vous êtes jugé admissible à l'assurance-incapacité de courte durée, vous commencez à recevoir des prestations. Celles-ci sont rétroactives au premier jour d'absence attribuable à votre incapacité (ceci comprend les cinq premières journées consécutives d'absence). Pendant les 13 premières semaines d'incapacité, vos prestations correspondent à la totalité du salaire que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant les 13 semaines suivantes, elles correspondent à 70 % de ce salaire (90 % si vous avez souscrit l'assurance complémentaire). Reportez-vous à la section [Rajustement salarial et avantages sociaux](#) pour plus d'information.

Vous ne recevez pas de prestations ou cessez d'en recevoir dans les cas suivants :

- Vous n'êtes plus frappé d'une incapacité totale;
- Vous ne fournissez pas les formulaires requis dûment signés ou les attestations médicales de votre incapacité lorsque Medcan vous en fait la demande;
- Vous refusez de vous soumettre aux examens médicaux indépendants et/ou aux évaluations de vos capacités fonctionnelles demandés par Medcan;
- Vous refusez de participer à un programme de réadaptation approuvé par Medcan;
- Vous exercez une activité habituellement rémunérée ou lucrative;
- Vous avez reçu des prestations d'ICD (couverture de base ou couverture complémentaire) pendant 26 semaines;
- Vous prenez votre retraite ou un congé spécial avant votre retraite, selon le premier événement;
- Vous atteignez l'âge de 65 ans (vos prestations cessent à la fin du mois de votre anniversaire de naissance);
- Vous décédez.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Réduction des prestations d'ICD en raison de revenus d'autres sources

Le montant des prestations d'ICD tient compte des prestations d'incapacité versées par les régimes d'État. En effet, l'ensemble des prestations que vous recevez au cours des 13 premières semaines d'incapacité ne doit pas dépasser le salaire que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant les 13 semaines suivantes, représenter plus de 70 % (couverture de base) ou de 90 % (couverture complémentaire) de ce salaire. Le calcul de vos prestations ne tient cependant pas compte des prestations versées aux enfants à votre charge, de l'augmentation des prestations des régimes d'État après que vous avez commencé à recevoir des prestations ou des prestations versées par une police d'assurance-incapacité individuelle.

Coûts de l'ICD complémentaire en 2004

En 2004, les coûts de l'assurance-incapacité de courte durée complémentaire demeurent inchangés, à 0,05 % de votre salaire.

Droit de subrogation

En vertu de la loi, Nortel Networks a le droit de se faire rembourser les prestations qui vous ont été versées si vous avez été indemnisé par une autre personne responsable de votre perte de salaire. Cette mesure vise à faire en sorte que les prestations ou indemnités que vous touchez n'excèdent pas votre perte de revenu.

Supposons que votre incapacité a été causée par un tiers, qui doit vous indemniser de toute perte résultant de cette incapacité. Si Nortel Networks vous indemnise également ou vous a déjà indemnisé relativement à votre perte de revenu, il se peut que vous touchiez au total une somme supérieure au salaire qui vous était versé avant votre incapacité. Dans un tel cas, vous remettez à Nortel Network les prestations que la Société vous a versées. Si vous touchez une indemnité pour perte de revenu future, ce montant sera déduit de toute prestation ultérieure versée par Nortel Networks.

La subrogation s'applique également aux remboursements des frais médicaux et dentaires qui ont été engagés en raison d'une blessure infligée par un tiers. Lorsque cette personne vous a indemnisé de vos frais, vous devez rembourser Nortel Networks.

Si le droit de subrogation s'applique à votre demande d'indemnisation, vous devrez vous engager par écrit à rembourser Nortel Networks de tout montant qui excède 100 % de votre revenu ou de vos frais. Vous devez obtenir une autorisation avant d'accepter tout règlement de votre demande.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Réadaptation, modification du travail et prestations d'ICD

L'un des principaux objectifs de tout régime d'assurance-incapacité consiste à vous aider à vous remettre sur pied le plus rapidement possible. Votre régime d'assurance-incapacité de courte durée vise également cet objectif, car il a été démontré à maintes reprises que les programmes de réadaptation ou de travail modifié accélèrent la convalescence.

Le terme réadaptation s'applique à tout programme ayant pour but de vous aider à reprendre une activité rémunérée vous permettant de toucher un revenu équivalent ou supérieur aux prestations que vous touchiez au début de votre incapacité. Ce programme, qui doit être approuvé par Medcan, peut prévoir l'évaluation de votre état de santé, des services de consultation, des soins d'ordre médical ou psychologique ou la participation à un programme de formation professionnelle ou de recyclage.

L'expression travail modifié s'applique à tout programme permettant la modification des exigences de votre emploi et peut se traduire par la réduction des heures de travail ou du volume des tâches. La Société détermine l'accessibilité à un tel programme. Vous devez également obtenir l'autorisation de Medcan.

Nota : Le revenu touché dans le cadre d'un programme de réadaptation n'a aucune incidence sur le montant de vos prestations d'ICD. Cependant, le total des prestations d'ICD et du revenu touché dans le cadre d'un programme de réadaptation ne peut représenter plus de 100 % du salaire que vous touchiez avant votre incapacité.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Rechute

Que vous souscriviez la couverture de base ou la couverture complémentaire, toutes les périodes successives d'absence en raison d'une même incapacité sont considérées comme une seule et même période d'incapacité aux fins de l'assurance-incapacité de courte durée. Cependant, si, entre chacune de ces absences, vous êtes au travail pendant 14 jours civils consécutifs, vous pouvez de nouveau toucher des prestations pendant la pleine période d'indemnisation. Cette disposition ne s'applique pas si vous êtes frappé d'une nouvelle incapacité qui n'est pas attribuable à la même maladie ou à la même blessure.

Toutes les périodes successives d'absence en raison d'une incapacité due à une même cause ou à une cause connexe sont considérées comme une seule et même période d'incapacité si elles surviennent dans les 14 jours suivant votre retour au travail. Vous devrez soumettre une attestation médicale confirmant votre incapacité.

Si vous êtes frappé d'une incapacité attribuable à une cause différente ou si cette incapacité se produit plus de 14 jours consécutifs après votre retour au travail, quelle que soit la cause de votre incapacité, vous devrez faire une nouvelle demande de prestations d'incapacité de courte durée.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de courte durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire

- [En bref](#)
- [Qu'entend-on par incapacité?](#)
- [Prestations](#)
- [Coûts de l'ILD complémentaire en 2004](#)
- [Preuve d'assurabilité](#)
- [Réduction des prestations d'ILD en raison de revenus d'autres sources](#)
- [Réadaptation, modification du travail et prestations d'ILD](#)
- [Maximum des prestations de toutes sources pour les participants à un programme de réadaptation ou de travail modifié](#)
- [Indexation au coût de la vie](#)
- [Rechute](#)

En bref

Ce manuel vous présente un sommaire de l'assurance-incapacité de longue durée (ILD). Si l'information fournie dans le présent document diffère de celle qui est contenue dans le document officiel du régime, le document officiel prévaudra et, dans tous les cas, régira l'administration des protections offertes. Nortel Networks assume présentement la totalité des coûts de la couverture de base de l'assurance-incapacité de longue durée. Si vous êtes toujours frappé d'une incapacité (selon la définition applicable à l'incapacité de longue durée) après 26 semaines consécutives, vous commencez à toucher des prestations d'assurance-incapacité de longue durée. Les prestations versées dans le cadre de la couverture de base correspondent à 50 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité.

Si vous désirez étendre votre couverture d'assurance-incapacité de longue durée, vous pouvez opter pour l'assurance complémentaire, dans le cadre de laquelle vous obtenez 70 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité. Veuillez noter que les prestations reçues de certaines autres sources seront déduites de celles qui sont versées dans le cadre du régime. Vous devrez également fournir une preuve d'assurabilité si, au cours de la période d'inscription pour 2004, vous souscrivez l'ILD complémentaire pour la première fois. Il s'agit d'une nouvelle disposition du régime.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Qu'entend-on par incapacité?

Dans le cadre de l'assurance-incapacité de longue durée, l'incapacité totale doit être attestée par écrit par un médecin (résultats de tests de laboratoire, radiographies, rapport médical, etc.) et il doit être établi, pour la période de 12 mois suivant la période d'incapacité de courte durée :

- qu'en raison d'une maladie ou d'une blessure, vous êtes incapable d'exécuter, dans quelque milieu que ce soit, les principales tâches de l'emploi que vous occupiez avant d'être frappé d'incapacité, et
- qu'il vous est impossible d'exécuter ces tâches, même si des mesures raisonnables sont prises pour modifier l'organisation de vos tâches ou de votre milieu de travail.

Le fait que vous puissiez occuper un autre emploi n'entre pas en compte pour l'établissement de votre incapacité totale. Vous devez être suivi par un médecin pendant toute la période d'incapacité de longue durée.

Après la période de 12 mois, incapacité totale signifie qu'en raison d'une déficience d'ordre médical, vous êtes incapable d'exécuter, dans quelque milieu que ce soit, les principales tâches de tout emploi (et non seulement du vôtre) pour lequel vous êtes qualifié (ou pourriez le devenir) par vos études, votre formation ou votre expérience et qui vous procure un revenu correspondant à au moins 70 % du revenu que vous touchiez avant votre incapacité, sans tenir compte de la déduction de revenus provenant d'autres sources.

La déficience doit être attestée par écrit par un médecin. Le fait que vous puissiez occuper un autre emploi n'entre pas en compte pour l'établissement de votre incapacité totale.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Prestations

Vous commencez à recevoir des prestations d'ILD à partir du premier jour suivant la fin du délai de carence (les 26 semaines au cours desquelles vous receviez des prestations d'ICD), dans la mesure où vous êtes frappé d'une incapacité totale et présentez une demande d'indemnisation dans les trois mois suivant la fin du délai de carence. Vos prestations mensuelles sont calculées en multipliant le taux d'indemnisation (50 % de votre salaire pour la couverture de base et 70 % pour la couverture complémentaire) par le salaire que vous touchiez avant votre incapacité.

Exemple : Si votre salaire mensuel s'élève à 5 000 \$ et que vous avez souscrit l'assurance-incapacité de longue durée de base, vos prestations mensuelles s'élèveront à 2 500 \$ (50 % de 5 000 \$). Si vous avez souscrit l'assurance-incapacité de longue durée complémentaire, vos prestations s'élèveront à 3 500 \$ (70 % de 5 000 \$).

Vous ne recevez pas de prestations ou cessez d'en recevoir dans les cas suivants :

- Vous n'êtes plus frappé d'une incapacité totale;
- Vous ne fournissez pas les formulaires requis dûment signés ou les attestations médicales de votre incapacité lorsque la Financière Sun Life vous en fait la demande;
- Vous refusez de vous soumettre aux examens médicaux indépendants et/ou aux évaluations de vos capacités fonctionnelles demandés par la Financière Sun Life;
- Vous refusez de participer à un programme de réadaptation autorisé par la Financière Sun Life;
- Vous exercez une activité habituellement rémunérée ou lucrative, que les revenus vous reviennent ou reviennent à votre famille ou à des connaissances, ou vous participez à un programme de formation autre qu'un programme de réadaptation autorisé par votre médecin traitant et par la Financière Sun Life;
- Vous vous trouvez à l'extérieur du Canada pendant plus de quatre mois, pour quelque raison que ce soit, à moins que la Financière Sun Life accepte par écrit au préalable de vous verser des prestations pendant cette période.
- Vous prenez votre retraite ou un congé spécial avant votre retraite, selon le premier événement;
- Vous atteignez l'âge de 65 ans (vos prestations cessent à la fin du mois de votre anniversaire de naissance);
- Vous décédez.

Tout appel de la décision de la Financière Sun Life de refuser une demande de prestations ou de mettre fin aux prestations doit être présenté au plus tard trois mois après que cette décision ait été rendue et doit être accompagné de nouvelles attestations médicales.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Coûts de l'ILD complémentaire en 2004

En 2004, les coûts de l'assurance-incapacité de longue durée complémentaire passeront de 0,40 % à 0,45 % de votre salaire.

Preuve d'assurabilité

Vous devrez, en 2004, fournir une preuve d'assurabilité si vous voulez souscrire l'assurance-incapacité de longue durée complémentaire en plus de l'assurance-incapacité de base au cours de la période d'inscription annuelle. Si vous avez déjà souscrit l'assurance-incapacité de longue durée complémentaire, vous n'avez pas à soumettre de preuve d'assurabilité. La preuve d'assurabilité à fournir consiste en un court questionnaire intitulé Déclaration d'état de santé.

Le fait de présenter une preuve d'assurabilité ne signifie pas que votre demande de protection complémentaire sera acceptée. La Conseil Financière Sun Life peut refuser votre demande. Votre protection complémentaire n'entrera en vigueur qu'à la date à laquelle votre demande aura été autorisée par la Financière Sun Life.

Réduction des prestations d'ILD en raison de revenus d'autres sources

Les prestations que vous recevez des sources suivantes sont déduites des prestations des assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire :

- Régime de rentes du Québec ou Régime de pensions du Canada, exception faite des prestations destinées aux enfants à votre charge;
- Organisme d'indemnisation des accidentés du travail (au Québec, la Commission de la santé et de la sécurité du travail);
- Autres sources.

Conseil Nota : Le montant des prestations d'ILD que vous recevez dans le cadre de la couverture de base et de la couverture complémentaire tient compte des prestations d'incapacité versées par les régimes d'État. En effet, l'ensemble des prestations que vous recevez ne doit pas dépasser 50 % du salaire que vous touchiez avant votre incapacité (couverture de base) ou 70 % de ce salaire (couverture complémentaire). Votre revenu demeurera le même; il proviendra simplement de plusieurs sources.

Par ailleurs, même si les prestations des régimes d'État augmentaient après le début du versement des prestations d'ILD, leur montant demeurerait le même.

Les prestations d'autres sources comprennent les prestations d'incapacité auxquelles vous avez droit ou êtes admissible si vous en faites la demande. Celles-ci comprennent entre autres :

- les prestations provenant d'un autre régime collectif d'assurance (y compris les assurances souscrites à titre de membre d'une association);
- les prestations provenant d'une police d'assurance automobile, lorsque la loi le permet;
- les prestations provenant d'un régime d'État, à l'exception des prestations reçues pour les enfants à charge.

Sont exclues :

- les prestations provenant d'une police d'assurance-incapacité individuelle;
- les prestations versées par une police d'assurance-vie individuelle assortie d'une clause d'incapacité;

- les prestations reçues dans le cadre d'une loi ou d'un régime et destinées aux enfants;
- les prestations résultant de l'augmentation des prestations du Régime de rentes du Québec ou du Régime de pensions du Canada après le début du versement des prestations d'incapacité;
- les prestations découlant du service militaire.

Droit de subrogation

En vertu de la loi, Nortel Networks a le droit de se faire rembourser les prestations qui vous ont été versées si vous avez été indemnisé par une autre personne responsable de votre perte de salaire. Cette mesure vise à faire en sorte que les prestations ou indemnités que vous touchez n'excèdent pas votre perte de revenu.

Supposons que votre incapacité a été causée par un tiers, qui doit vous indemniser de toute perte résultant de cette incapacité. Si Nortel Networks vous indemnise également ou vous a déjà indemnisé relativement à votre perte de revenu, il se peut que vous touchiez au total une somme supérieure au salaire qui vous était versé avant votre incapacité. Dans un tel cas, vous remettez à Nortel Network les prestations que la Société vous a versées. Si vous touchez une indemnité pour perte de revenu future, ce montant sera déduit de toute prestation ultérieure versée par Nortel Networks.

La subrogation s'applique également aux remboursements des frais médicaux et dentaires qui ont été engagés en raison d'une blessure infligée par un tiers. Lorsque cette personne vous a indemnisé de vos frais, vous devez rembourser Nortel Networks.

Si le droit de subrogation s'applique à votre demande d'indemnisation, vous devrez vous engager par écrit à rembourser Nortel Networks de tout montant qui excède 100 % de votre revenu ou de vos frais. Vous devez obtenir une autorisation avant d'accepter tout règlement de votre demande.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Réadaptation, modification du travail et prestations d'ILD

L'un des principaux objectifs de tout régime d'assurance-incapacité consiste à vous aider à vous remettre sur pied le plus rapidement possible. Votre régime d'assurance-incapacité de longue durée vise également cet objectif, car il a été démontré à maintes reprises que les programmes de réadaptation ou de travail modifié accélèrent la convalescence.

Vos prestations d'ILD seront réduites de la moitié du revenu touché dans le cadre d'un programme de réadaptation ou de travail modifié.

Le terme réadaptation s'applique à tout programme ayant pour but de vous aider à reprendre une activité rémunérée vous permettant de toucher un revenu équivalent ou supérieur aux prestations que vous touchiez au début de votre incapacité. Ce programme, qui doit être approuvé par la Financière Sun Life, peut prévoir l'évaluation de votre état de santé, des services de consultation, des soins d'ordre médical ou psychologique et la participation à un programme de formation professionnelle ou de recyclage.

L'expression travail modifié s'applique à tout programme permettant la modification des exigences de votre emploi et peut se traduire par la réduction des heures de travail ou du volume des tâches. La Société détermine l'accessibilité à un tel programme. Vous devez également obtenir l'autorisation de votre médecin traitant et de la Financière Sun Life.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Maximum des prestations de toutes sources pour les participants à un programme de réadaptation ou de travail modifié

Le montant total des prestations d'incapacité et des revenus d'autres sources ne peut représenter plus de 85 % du salaire que vous touchiez avant votre incapacité.

Exemple : Prestations d'ILD versées au titre de la couverture complémentaire touchées pendant que vous participez à un programme de réadaptation ou de travail modifié.

(En fonction d'un salaire mensuel brut de 7 143 \$ avant l'incapacité)

Rente mensuelle d'ILD	5 000 \$
(couverture complémentaire = 70 % de 7 143 \$)	
Moins prestations du RRQ/RPC	- 600 \$
Moins salaire gagné dans le cadre du programme de réadaptation (50 % de 3 500 \$)	- 1 750 \$
Prestations d'ILD (après déduction des prestations d'autres sources)	2 650 \$

Calcul du maximum de 85 % - Toutes sources de revenus

Salaire mensuel brut avant incapacité	7 143 \$
85 %	6 072 \$

Prestations d'incapacité plus revenus d'autres sources

Prestations d'ILD (après déduction des prestations d'autres sources)	2 650 \$
Prestations du RRQ/RPC	600 \$
Salaire - programme de réadaptation	3 500 \$
Police individuelle	s.o.
Total des revenus de toutes sources	6 750 \$

Différence entre 85 % du salaire touché avant l'incapacité et les revenus de toutes sources :

(6 750 \$ - 6 072 \$) =	678 \$
-------------------------	---------------

Prestations mensuelles d'ILD

(2 650 \$ - 678 \$) =	1 972 \$
-----------------------	-----------------

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Indexation au coût de la vie

Le rajustement du montant des prestations en fonction de l'augmentation du coût de la vie est une caractéristique importante de la couverture complémentaire de l'assurance-incapacité de longue durée. Si vous touchez des prestations d'ILD pendant deux ans, le montant que vous recevrez augmentera, en janvier de chaque année subséquente, d'un taux équivalant à 60 % de l'indice des prix à la consommation ou à 6 %, selon le montant le moins élevé. Cette disposition ne s'applique pas si vous n'avez souscrit que la couverture de base de l'assurance-incapacité de longue durée.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Rechute

Toutes les périodes successives d'absence en raison d'une incapacité due à une même cause ou à une cause connexe sont considérées comme une seule et même période d'incapacité si elles surviennent dans les 60 jours suivant votre retour au travail. Vous devrez soumettre une attestation médicale confirmant votre incapacité.

Si vous êtes frappé d'une incapacité attribuable à une cause différente ou si cette incapacité se produit plus de 60 jours consécutifs après votre retour au travail, quelle que soit la cause de votre incapacité, vous devrez faire une nouvelle demande de prestations d'assurance-incapacité de courte durée.

[Retour à la table des matières de la section Explorez vos assurances-incapacité de longue durée de base et complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Retour au début Exclusions de l'assurance-incapacité

Aucune prestation n'est versée dans le cas d'incapacités résultant :

- d'automutilation, que vous soyez sain d'esprit ou non;
- d'un délit criminel ou d'une tentative de délit criminel;
- d'une insurrection, d'une grève, d'une guerre, de troubles civils ou d'une émeute auxquels vous participiez;
- du service militaire dans les forces armées d'un pays.

Vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes soigné par un médecin, si ce dernier vous prodigue des soins actifs, continus et opportuns d'un point de vue médical et si vous vous soumettez au traitement qu'il vous prescrit.

Si vous souffrez de toxicomanie (attribuable à l'usage de drogues ou à la consommation abusive d'alcool), vous êtes réputé frappé d'une incapacité totale seulement si vous êtes suivi de façon active et si vous vous soumettez à un traitement continu dans un centre de désintoxication ou tout autre établissement désigné pour ce genre de traitement.

Retour au début L'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire

Retour au début Explorez votre assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire

- [Assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire de l'employé](#)
- [Assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire des personnes à charge admissibles](#)
- [Tarification de l'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#)

À l'intérieur

- [Explorez votre assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#)
- [Exclusions de l'assurance-décès et mutilation accidentels](#)

Assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire de l'employé

Le montant d'assurance-décès et mutilation accidentels que vous pouvez souscrire pour vous-même correspond à un multiple de votre salaire. En effet, vous pouvez vous assurer pour un montant correspondant à :

- une fois votre salaire,
- deux fois votre salaire,

- trois fois votre salaire,
- quatre fois votre salaire,
- cinq fois votre salaire.

Le capital assuré sera arrondi au millier de dollars supérieur, jusqu'à concurrence de 1 500 000 \$. Le montant de la couverture que vous choisissez pour vous-même permettra de déterminer celui que vous pourrez souscrire pour les personnes à votre charge admissibles.

Si vous décédez par suite d'un accident, votre bénéficiaire recevra le montant correspondant au capital assuré. Si vous perdez un membre, la vue ou l'ouïe de façon accidentelle, le régime vous versera une indemnité en fonction du barème ci-dessous (la perte doit être subie au cours de la période de 365 jours qui suit l'accident.).

Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction de la perte, tel qu'il est indiqué dans le tableau ci-dessous :

Perte subie	Indemnisation
Perte de la vie	100 %
Hémiplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %
Perte des deux mains, des deux pieds ou perte de la vue des deux yeux	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'une main et de la vue d'un œil	100 %
Perte d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
Perte de la parole et de l'ouïe	100 %
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de l'usage d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main, d'un pied ou de la vue d'un œil	67 %

Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	67 %
Perte de la parole ou de l'ouïe	50 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	50 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33 %
Perte de quatre doigts d'une main	33 %
Perte de tous les orteils d'un pied	25 %

Si vous subissez plus d'une perte indiquée ci-dessus par suite d'un accident, le régime vous versera l'indemnité en fonction d'une seule perte, soit la perte la plus grave que vous avez subie.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire des personnes à charge admissibles

Vous avez la possibilité de souscrire une assurance-décès et mutilation accidentels pour votre famille, soit votre conjoint et les enfants à votre charge admissibles. Le capital assuré que vous pouvez souscrire pour les personnes à votre charge admissibles dépend du capital que vous choisissez pour vous-même.

Les indemnités de l'assurance-décès et mutilation accidentels des personnes à charge sont établies comme suit :

Votre situation familiale	Capital d'assurance-décès et mutilation accidentels
Conjoint seulement	60 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels
Enfants seulement	20 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels pour chaque enfant
Conjoint et enfants	Conjoint : 50 % de votre couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels Chaque enfant : 15 % de votre couverture d'assurance-décès

et mutilation accidentels

Si votre conjoint ou une personne à charge admissible décède à la suite d'un accident, vous toucherez, à titre de bénéficiaire, le capital assuré pour cette personne. Par ailleurs, si votre conjoint ou une personne à charge admissible perd un membre ou la vue à la suite d'un accident, le pourcentage du capital assuré prévu pour le type de perte lui sera versé. La perte doit être subie au cours de la période de 365 jours qui suit l'accident.

Si votre conjoint et vous travaillez tous deux pour Nortel Networks et y êtes admissibles, vous pouvez souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels à titre d'employé ou de personne à charge, mais non les deux. De plus, un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants à titre de personnes à charge.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Tarification de l'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire

Pour 2003, le taux mensuel de l'assurance-décès et mutilation accidentels de l'employé est de 0,02 \$ par tranche de 1 000 \$ assurée, tandis que pour les personnes à charge, il est de 0,032 \$ par tranche de 1 000 \$ assurée.

Nota : Le capital assuré dans le cadre de l'assurance-décès et mutilation accidentels des personnes à charge dépend de votre situation familiale au moment où vous faites une demande d'indemnisation. Par exemple, supposons que vous souscrivez une couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels de l'employé de 100 000 \$. Supposons également que vous ayez un conjoint, mais pas Conseil d'enfants. Le capital assuré de votre conjoint s'élèvera à 60 000 \$ (60 % de 100 000 \$) et le montant de votre prime, à 3,20 \$ par mois (0,032 \$ X 100). Qu'arrive-t-il si vous et votre conjoint avez un enfant? Votre couverture d'assurance est maintenue à 100 000 \$, celle de votre conjoint est réduite à 50 000 \$ (50 % de 100 000 \$) et celle de votre enfant est fixée à 15 000 \$ (15 % de 100 000 \$). En ce qui concerne la prime, elle est maintenue à 3,20 \$ par mois.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Retour au débutExclusions de l'assurance-décès et mutilation accidentels

Aucune indemnité n'est payable pour les pertes résultant directement ou indirectement :

- d'un suicide, que vous ayez été sain d'esprit ou non;
- d'une automutilation, que vous ayez été sain d'esprit ou non;

- d'une maladie;
- de désordres civils (y compris des actes de terrorisme) ou d'une guerre, déclarée ou non;
- du service à temps plein dans les forces armées d'un pays;
- de blessures subies au volant d'un véhicule alors que votre taux d'alcoolémie était supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang;
- de blessures subies à bord d'un avion, ou au moment de l'embarquement ou du débarquement si, au moment où les blessures ont été subies :
 - vous pilotiez, appreniez à piloter ou agissiez à titre de membre d'équipage, ou
 - l'avion participait à des activités d'épandage aérien, de pulvérisation agricole, d'ensemencement, de publicité aérienne, ou à une course, à un essai, à une exploration ou à toute activité autre que le transport.

Veillez noter que l'assurance-décès et mutilation accidentels ne vous couvre pas dans Conseil certains pays. Vous trouverez la liste de ces pays publiée par le ministère des Affaires étrangères sur le site http://www.voyage.gc.ca/destinations/menu_f.htm.

Retour au débutL'assurance médicale

Retour au débutExplorez votre assurance médicale de base

Avant d'effectuer vos choix dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, il est important que vous sachiez ce que comprend la couverture de base que la Société vous fournit sans frais, afin de souscrire des protections complémentaires en toute connaissance de cause.

À l'intérieur

- [Explorez votre assurance médicale de base](#)
- [Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)
- [Exclusions de l'assurance médicale](#)

Assurance maladie et hospitalisation provinciale

Ce régime d'assurance varie d'une province à l'autre, mais couvre généralement les frais d'hospitalisation en salle commune, les soins prodigués par

des médecins et des spécialistes de même que les actes et les services liés au diagnostic. Vous pouvez obtenir des renseignements précis sur les [frais remboursables](#) en vous adressant au bureau du régime d'assurance maladie provincial de votre région. La Société paie les primes du régime d'assurance maladie provincial que doivent verser les employés de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ainsi que celles des membres admissibles de leur famille. À Terre-Neuve, au Québec, en Ontario et en Saskatchewan, la Société assume les coûts du régime d'assurance maladie provincial par la remise de charges sociales. (Dans les autres provinces, les régimes sont financés au moyen des recettes fiscales.)

Nota : Résidents de l'Alberta et de la Colombie-Britannique

Pour que la Société paie votre prime du régime d'assurance maladie provincial, vous devez remplir le formulaire à cet effet. Si vous avez Conseil payé votre prime jusqu'à présent et que vous souhaitez que la Société le fasse dorénavant, communiquez avec les Services au personnel pour obtenir une copie du formulaire. Vous devez retourner le formulaire dûment rempli aux Services au personnel à l'échelle mondiale aux fins de traitement.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte vous offre quatre choix de couverture d'assurance médicale pour compléter les protections offertes par votre régime provincial.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur votre régime provincial, veuillez communiquer directement avec le bureau de votre province, au numéro indiqué ci-dessous :

Province	Régime provincial	Numéros de téléphone
Colombie-Britannique	Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique	(250) 952-3456
Alberta	Régime d'assurance maladie de l'Alberta	1 780 422-1212
Saskatchewan	Assurance maladie de la Saskatchewan	1 800 667-7581 (médicaments) 1 800 667-7523 (médecins et hôpitaux)
Manitoba	Régime d'assurance maladie du Manitoba	1 800 392-1207
Ontario	Protection-santé de l'Ontario	(416) 314-7444
Québec	Régime d'assurance maladie du Québec	(418) 646-4636
Nouveau-Brunswick	Régime d'assurance maladie du Nouveau-	(506) 453-2415

	Brunswick	
Nouvelle-Écosse	Régime d'assurance médicale de la Nouvelle-Écosse	(902) 424-5818 1 800 387-6665 (sans frais en Nouvelle-Écosse)
Terre-Neuve	Régime d'assurance maladie de Terre-Neuve	(709) 292-4000
Île-du-Prince-Édouard	Assurance maladie et hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard	(902) 368-4900

Programme d'aide aux employés (PAE) et Solutions travail-famille

Tous les employés admissibles au Régime d'avantages sociaux à la carte et les personnes à leur charge bénéficient de services de consultation de courte durée auprès d'un conseiller du PAE et de Solutions travail-famille. Ces programmes offrent également des services conseils sur, notamment, des questions juridiques, financières ainsi que sur l'éducation des enfants, l'orientation professionnelle, les soins aux personnes âgées et des problèmes de tous les jours.

[Retour au début](#) [Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

- [Barème de remboursement de l'assurance médicale complémentaire](#)
- [Frais admissibles](#)
- [Hospitalisation en chambre à deux lits](#)
- [Services ambulanciers](#)
- [Médicaments sur ordonnance](#)
- [Soins infirmiers privés](#)
- [Services professionnels](#)
- [Services de psychologues](#)
- [Physiothérapie](#)
- [Fournitures diverses et matériel médical durable](#)
- [Chirurgie dentaire par suite d'un accident](#)
- [Soins d'urgence et assistance voyage à l'extérieur de la province \(au Canada\)](#)
- [Plafonds viagers](#)
- [Coût des régimes](#)
- [Si vous quittez la Société](#)

Barème de remboursement de l'assurance médicale complémentaire

Le tableau qui suit décrit les prestations des régimes d'assurance médicale de la Société ([frais raisonnables et habituels](#) seulement)

Prestations	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur	Régime privilège
Taux de remboursement des frais admissibles	80 %	90 %	100 %	100 %
Médicaments sur ordonnance <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments génériques • Médicaments brevetés 	Couverts par les quatre régimes Couverts par les quatre régimes s'il n'existe pas de médicament générique équivalent ou si le médecin n'autorise pas la substitution			
<ul style="list-style-type: none"> • Liste de médicaments admissibles 	Les nouveaux médicaments mis en marché ne sont pas remboursés par le régime à moins d'être assurés par au moins un régime provincial d'assurance maladie		Les nouveaux médicaments sont couverts automatiquement, selon les dispositions applicables	
<ul style="list-style-type: none"> • Autorisation préalable 	Peut être requise pour certains médicaments			Aucune
Franchise annuelle applicable aux frais médicaux (sauf les médicaments) <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle • Familiale 	Aucune	40 \$	Aucune	Aucune
	Aucune	80 \$	Aucune	Aucune
Quote-part	7 \$	7 \$	7 \$	Aucune
Frais maximaux d'exécution d'ordonnance par médicament prescrit	7 \$	7 \$	7 \$	7 \$
Contribution maximale (une fois que vous avez payé ce maximum annuel, le régime rembourse la totalité des frais de médicaments sur ordonnance pendant le reste de l'année)	839 \$ par personne*	839 \$ par personne*	Aucune	Aucune
Hospitalisation <ul style="list-style-type: none"> • Soins de courte durée et soins 				

de convalescence	Non couverte	Tarif d'une chambre à deux lits, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour pour les soins de courte durée et de convalescence et de 90 jours par année civile pour les soins de convalescence	Tarif d'une chambre à deux lits pour les soins de courte durée et de convalescence, jusqu'à concurrence de 90 jours par année civile pour les soins de convalescence	Tarif d'une chambre à deux lits pour les soins de courte durée et de convalescence, jusqu'à concurrence de 90 jours par année civile pour les soins de convalescence	
Service ambulancier	Transport routier et transport aérien d'urgence				
Services professionnels	Plafond combiné de 300 \$ pour ces spécialités	Plafonds annuels par personne, par année			
● Chiropraticien**		300 \$	500 \$	500 \$	
● Ostéopathe		300 \$	500 \$	500 \$	
● Orthophoniste†		300 \$	500 \$	500 \$	
● Naturopathe		300 \$	500 \$	500 \$	
● Massothérapeute†		300 \$	500 \$	500 \$	
● Podiatre		300 \$	500 \$	500 \$	
● Acupuncteur***		300 \$	500 \$	500 \$	
● Psychologue		350 \$	750 \$	1 000 \$	1 000 \$
● Physiothérapeute†		350 \$	750 \$	1 000 \$	1 000 \$
Soins infirmiers privés† ● Maximum par année civile	10 000 \$	12 500 \$	15 000 \$	15 000 \$	
Soins d'urgence et assistance voyage à l'extérieur de la province (au Canada), y compris pendant un déplacement personnel****	Maximum de 21 jours	Maximum de 31 jours	Maximum de 90 jours	Maximum de 90 jours	
Plafond viager individuel	1 000 000 \$*				

Conseil *Le remboursement des frais de médicaments sur ordonnance admissibles offert dans le cadre du régime satisfait aux exigences actuelles

de la *Loi sur l'assurance-médicaments* du Québec.

******Les soins chiropratiques sont couverts seulement si le plafond d'indemnisation du régime d'assurance maladie provincial est atteint, sauf si vous souscrivez le régime supérieur ou le régime privilège, auquel cas vous pourrez demander le règlement des frais engagés dès votre première séance (là où la loi le permet). Vous trouverez de plus amples renseignements au sujet du remboursement des soins chiropratiques dans votre province sur le site du gouvernement de votre province.

Conseil

Ainsi, en Ontario, si vous souscrivez le régime supérieur ou le régime privilège, les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence du plafond applicable. Vous n'avez pas à attendre d'avoir atteint le plafond d'indemnisation annuel du régime d'assurance maladie provincial.

******* Ces soins doivent être prodigués par un médecin ou un acupuncteur reconnu par l'organisme de réglementation de cette profession de Conseil votre province. En 2004, seules les province de l'Alberta et du Québec réglementent cette profession. D'autres provinces pourront le faire à l'avenir.

********Vous n'êtes protégé que pendant la période précisée pour chaque régime. En d'autres termes, vous serez indemnisé si une urgence Conseil survient à l'extérieur de votre province de résidence, au Canada, dans les 21 premiers jours (régime de base), les 31 premiers jours (régime complet) ou les 90 premiers jours (régimes supérieur et privilège).

Conseil † Ces soins doivent être prescrits par un médecin.

Les demandes de règlement doivent être produites dans les 18 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

Si vous (vous et les personnes à votre charge admissibles si vous demeurez au Québec) êtes déjà couvert par un autre régime d'assurance médicale (par exemple, celui de l'employeur de votre conjoint), vous pouvez renoncer au régime de Nortel Networks. Vous devez toutefois remplir le formulaire de renonciation à l'assurance médicale ([Québec](#) / [Employés résidant hors du Québec](#)) et l'envoyer aux Services au personnel à l'échelle mondiale au plus tard à la date indiquée. Si vous ne soumettez pas ce formulaire, vous serez inscrit au régime de base pour vous seulement (pour vous et les personnes à votre charge admissibles si vous demeurez au Québec).

Vous pouvez choisir un niveau de couverture donné dans le cadre de l'assurance médicale et en choisir un différent au titre de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés doivent correspondre à des soins [médicalement nécessaires](#) pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure et prescrits par un médecin, à moins d'indication contraire. L'assurance médicale rembourse les frais des services décrits ci-dessous selon

les taux indiqués dans le [Barème de remboursement de l'assurance médicale complémentaire](#).

Les remboursements sont établis en fonction des frais raisonnables et habituels engagés pour les services énumérés dans la présente section.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Hospitalisation dans une chambre à deux lits

(régimes complet, supérieur et privilège)

Régime complet

Si vous êtes hospitalisé et recevez des soins de courte durée ou de convalescence, le régime remboursera l'écart entre le tarif habituel prévu par le régime provincial pour une salle commune et le tarif d'une chambre à deux lits jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour. Pour les soins de convalescence, le remboursement est plafonné à 90 jours par année civile.

Régime supérieur

Si vous êtes hospitalisé et recevez des soins de courte durée ou de convalescence, le régime remboursera l'écart entre le tarif habituel prévu par le régime provincial pour une salle commune et le tarif d'une chambre à deux lits. Pour les soins de convalescence, le remboursement est plafonné à 90 jours par année civile.

Régime privilège

Si vous êtes hospitalisé et recevez des soins de courte durée ou de convalescence, le régime remboursera l'écart entre le tarif habituel prévu par le régime provincial pour une salle commune et le tarif d'une chambre à deux lits. Pour les soins de convalescence, le remboursement est plafonné à 90 jours par incapacité.

Si vous êtes hospitalisé dans une chambre à un lit, le régime vous remboursera le tarif d'une chambre à deux lits. Aucun remboursement n'est offert pour l'écart entre le tarif d'une chambre à deux lits et celui d'une chambre à un lit.

On entend par hospitalisation tout séjour dans un hôpital dûment agréé offrant, 24 heures sur 24, les services de médecins et d'infirmiers et doté de l'équipement nécessaire pour faire des diagnostics, pratiquer des interventions chirurgicales importantes et soigner des malades ou des blessés. Cette définition inclut les hôpitaux dûment agréés, et approuvés par l'[administrateur du régime](#) (la Financière Sun Life), offrant des soins spécialisés aux personnes atteintes de maladies mentales, de toxicomanie ou d'alcoolisme, de cancer ou d'arthrite, de même qu'aux convalescents. Cette définition exclut les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les maisons de repos et autres établissements prodiguant des soins semblables.

Remarque

Saviez-vous que certains régimes provinciaux remboursent dans certains cas les frais d'une chambre à deux lits? En effet, ces frais sont remboursés par le régime provincial si vous êtes hospitalisé à l'unité des soins intensifs, à l'unité des soins coronariens ou dans une chambre de travail ou d'accouchement. Le régime provincial remboursera également les frais de séjour dans une chambre à deux lits, si le séjour est jugé médicalement nécessaire et est prescrit par un médecin ou une sage-femme. Lorsque vous faites une demande de règlement de frais d'hospitalisation dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, assurez-vous d'abord que ces frais ne sont pas couverts par le régime provincial.

Par ailleurs, il est possible que les frais exigés par les hôpitaux pour un séjour en chambre à deux lits ne soient pas jugés acceptables et ne soient pas remboursés par le Régime d'avantages sociaux à la carte. Examinez attentivement votre facture d'hôpital et assurez-vous que les frais qui vous ont été facturés correspondent à ceux qui sont exigés pour une chambre comportant seulement deux lits, qu'ils soient tous les deux occupés ou non.

Frais non admissibles

- Frais quotidiens exigés pour un séjour en chambre à un lit ou à deux lits, alors que vous aviez demandé de séjourner dans une salle commune ou n'aviez pas consenti à un transfert dans une chambre à un lit ou à deux lits.
- Frais quotidiens exigés pour une chambre à un lit ou à deux lits pendant le séjour d'un nouveau-né dans la chambre de sa mère.
- Frais quotidiens exigés pour une chambre à un lit ou à deux lits réservée à votre intention et que vous n'occupiez pas (par exemple si, pendant ce temps, vous étiez à la maison ou à l'unité des soins intensifs).

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Services ambulanciers

(tous les régimes)

- Le Régime d'avantages sociaux à la carte remboursera les frais engagés pour le transport routier en ambulance jusqu'à l'hôpital le plus près équipé du matériel nécessaire pour prodiguer le traitement requis lorsque l'état de la personne rend impossible l'utilisation d'un autre moyen de transport.
- Le Régime d'avantages sociaux à la carte remboursera également les frais engagés pour le transport ambulancier aérien jusqu'à l'hôpital le plus près équipé du matériel nécessaire pour prodiguer le traitement requis lorsque l'état de la personne rend impossible l'utilisation d'un autre

moyen de transport.

- Si la personne transportée a besoin des services d'un infirmier autorisé durant le vol, le régime remboursera les frais engagés et le coût du billet d'avion aller-retour de l'infirmier.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Médicaments sur ordonnance

Médicaments approuvés au Canada considérés médicalement nécessaires et médicaments essentiels au maintien de la vie qui portent un numéro DIN (identification numérique de la drogue) délivrés uniquement sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure.

On entend par **médicament essentiel au maintien de la vie** tout médicament délivré sur ordonnance ou en vente libre et compris dans les catégories suivantes du *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* : traitement de l'angine, agents antiparkinsoniens, bronchodilatateurs, agents antihyperlipidémiques, traitement de l'hyperthyroïdisme, agents parasymphomimétiques, traitement de la tuberculose, préparations anticholinergiques, agents antiarythmiques, préparations d'insuline, inhibiteurs oraux de la fibrinolyse, traitement de la recharge en potassium et agents topiques de débridement enzymatique.

Le remboursement des médicaments est assujéti aux conditions ci-dessous, dans le cadre de tous les régimes d'assurance médicale.

Médicament générique (tous les régimes)

Le régime remboursera le coût de l'équivalent générique (sauf si le médecin ou le dentiste précise qu'aucune substitution n'est autorisée ou si aucun équivalent générique n'existe) d'un médicament devant être délivré sur ordonnance en vertu de la loi. Cela comprend les médicaments essentiels au maintien de la vie , au sens donné ci-dessus; les médicaments administrés par injection; les médicaments composés, quels que soient leurs constituants actifs; les aiguilles, les seringues et les agents diagnostiques chimiques utilisés dans le traitement du diabète. Les frais maximaux d'exécution d'ordonnance et le taux de remboursement s'appliquent conformément au [Barème de remboursement de l'assurance médicale complémentaire](#).

- Tous les remboursements accordés dans le cadre de l'assurance médicale complémentaire sont calculés en fonction du coût des médicaments génériques, à moins que votre médecin ne précise qu'aucune substitution n'est permise. Pourquoi utiliser des médicaments génériques? Les médicaments génériques sont, en règle générale, d'excellente qualité et ont un effet équivalent aux médicaments brevetés, plus coûteux;
- Les médicaments génériques permettent de contrôler les coûts et assurent la viabilité et la stabilité financière de l'assurance médicale complémentaire;
- Les médicaments génériques présentent un bon rapport qualité-prix.

Compte tenu du transfert des charges et des compressions budgétaires des gouvernements, il est difficile de contrôler les coûts des régimes

d'assurance-médicaments. Le Régime d'avantages sociaux à la carte permet tout de même le remboursement du coût d'un médicament breveté, sous réserve des règles relatives à la quote-part, au taux de remboursement, à la franchise et au plafond d'indemnisation applicables, si l'ordonnance précise que le médicament prescrit ne doit pas être remplacé par un équivalent générique ou s'il n'existe aucun équivalent générique.

Les nouveaux médicaments ne seront pas remboursés automatiquement par l'assurance médicale (régimes de base, complet et supérieur)

Jusqu'à présent, les nouveaux médicaments sur ordonnance conformes aux dispositions de l'assurance médicale étaient admissibles au remboursement.

En 2004, les nouveaux médicaments ne seront pas remboursés automatiquement (dans le cadre des régimes de base, complet et supérieur). L'assurance médicale comportera une liste de tous les médicaments admissibles en date du 31 décembre 2003. Aucun nouveau médicament n'y sera inscrit tant qu'au moins un des régimes provinciaux d'assurance maladie (qui n'a pas nécessairement à être celui de votre province) ne l'aura pas inscrit sur sa liste de médicaments assurés et qu'il ne sera pas conforme aux dispositions de l'assurance médicale.

Quote-part de 7 \$ par ordonnance (régimes de base, complet et supérieur)

Des frais de 7 \$ seront exigés pour chaque ordonnance dont vous demandez le remboursement, en sus des autres frais à votre charge.

Exemple de remboursement de médicaments sur ordonnance pour 2004- Régime complet

- Marie engage des frais de médicaments sur ordonnance de 60 \$ - ce montant inclut le prix du médicament et les frais d'exécution d'ordonnance (le médicament n'est pas un médicament à autorisation préalable et est un équivalent générique).
- Le prix du médicament est de 50 \$.
- Les frais d'exécution d'ordonnance exigés par le pharmacien de Marie sont de 10 \$.
- Marie a souscrit le régime complet, qui rembourse 90 % du prix du médicament et prévoit une quote-part de 7 \$ par ordonnance et des frais d'exécution d'ordonnance maximaux de 7 \$.

Coûts à la charge de Marie

Frais d'exécution d'ordonnance = 3 \$ (10 \$ moins les 7 \$ de frais d'exécution d'ordonnance maximaux remboursés par le régime)

Quote-part de Marie = 7 \$

Prix du médicament = 60 \$ - 3 \$ - 7 \$ = 50 \$

Prix du médicament à la charge de Marie = 10 % de 50 \$ = 5 \$

Coûts à la charge de Marie = 15 \$

Coûts à la charge du régime

Frais de médicament admissibles (60 \$ moins la portion de 3 \$ des frais d'exécution d'ordonnance à la charge de Marie) = 57 \$

Moins la quote-part de Marie de 7 \$ = 50 \$

Prix du médicament à la charge du régime = 90 % de 50 \$ = 45 \$

Coûts à la charge du régime de Nortel Networks = 45 \$

Frais maximaux d'exécution d'ordonnance (pour tous les régimes, y compris le nouveau régime privilège)

L'imposition d'un maximum de 7 \$ sur les frais d'exécution d'ordonnance ne signifie pas que ces derniers excéderont nécessairement ce montant, au contraire. Nous vous recommandons tout de même de vous renseigner avant de faire exécuter votre ordonnance, car ces frais peuvent varier considérablement d'une pharmacie à l'autre.

Si vous prenez un médicament d'entretien (c'est-à-dire un médicament pris de façon continue), vous pouvez demander à votre médecin de vous prescrire votre médicament pour une période allant jusqu'à trois mois. Ainsi, vous réduirez les frais d'exécution d'ordonnance.

Médicaments de type 1 et 2 (tous les régimes, y compris le nouveau régime privilège)

Quel que soit le régime choisi, votre protection, de même que celle des personnes à votre charge admissibles, comprend les frais engagés pour les deux types de médicaments suivants :

- **Médicaments de type 1** : il s'agit de médicaments jugés médicalement nécessaires, essentiels au maintien de la vie, qui portent un numéro DIN (identification numérique de la drogue), sont délivrés sur ordonnance et sont destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Le remboursement des médicaments de ce type n'est généralement pas plafonné. Il existe toutefois un plafond viager pour l'ensemble des soins médicaux, y compris les médicaments sur ordonnance. Au Québec, cependant, le remboursement des médicaments figurant sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'est pas plafonné.
- **Médicaments de type 2** : il s'agit de certains médicaments qui portent un numéro DIN (identification numérique de la drogue), sont délivrés sur ordonnance et ne sont pas destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces médicaments sont généralement médicalement nécessaires pour améliorer la qualité de vie. Vous trouverez ci-dessous la liste des médicaments de type 2 remboursés dans le cadre du régime de même que les plafonds annuels ou viagers applicables. Veuillez noter que pour certaines catégories de ces médicaments, il faut obtenir une autorisation préalable en vue de démontrer que les médicaments sont nécessaires d'un point de vue médical.

Les médicaments en vente libre, les médicaments expérimentaux et les médicaments de nature cosmétique ne sont remboursés par aucun des régimes de l'assurance médicale.

Médicaments de type 2	Plafonds d'indemnisation
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments contre la stérilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Plafond viager de 3000 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Contraceptifs oraux 	<ul style="list-style-type: none"> • 300 \$ par année civile ou 13 cycles par année

<ul style="list-style-type: none"> • Traitement de la dysfonction érectile 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 200 \$ par année civile (autorisation préalable requise)
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments de désaccoutumance au tabac 	<ul style="list-style-type: none"> • Plafond viager de 500 \$
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments contre l'obésité 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 000 \$ par année civile (autorisation préalable requise)
<ul style="list-style-type: none"> • Vaccins 	<ul style="list-style-type: none"> • 500 \$ par année civile

Autorisation préalable requise (régimes de base, complet et supérieur : toutes les catégories, régime privilège : deux catégories)

Nous vous présentons l'an dernier les solutions envisagées à long terme pour mieux gérer la hausse des coûts des médicaments et, parmi elles, l'autorisation préalable. En 2004, dans le cadre des régimes de base, complet et supérieur de l'assurance médicale, le remboursement de certains médicaments compris dans trois nouvelles catégories de médicaments et du Wellbutrin® devra être approuvé à l'avance.

L'autorisation préalable constitue une mesure viable, car elle s'appuie sur une disposition déjà en place. En effet, depuis 2000, une autorisation préalable est requise pour certains médicaments compris dans deux catégories de médicaments - médicaments contre l'obésité et médicaments pour le traitement de la dysfonction érectile (Xenical® et Viagra^{MC}).

Ce processus permet de s'assurer que les médicaments prescrits sont ceux qui conviennent le mieux au traitement, tant du point de vue de l'efficacité que du prix. Il permet aussi de vérifier si le remboursement de médicaments à double usage est autorisé conformément aux dispositions de l'assurance médicale qui s'appliquent à l'usage prévu.

Le processus d'autorisation préalable que nous avons adopté se compare à celui qu'utilisent les régimes d'assurance maladie provinciaux pour plusieurs catégories de médicaments.

Les médicaments pour lesquels une autorisation préalable est exigée ne sont remboursés que s'ils répondent à certains critères. Le processus d'autorisation préalable est fondé sur les directives adoptées par les régimes provinciaux d'assurance maladie pour l'établissement de leurs listes de médicaments assurés. Un groupe de pharmaciens chez BCE Emergis (la société qui gère notre assurance médicaments) se sert de ces directives pour déterminer la procédure à suivre et les critères à appliquer pour l'évaluation des médicaments à approuver.

Les formulaires à remplir sont très détaillés. Si le médicament répond aux critères établis, votre demande de remboursement sera approuvée.

Conseil Nota : Si vous prenez déjà un médicament figurant sur la liste des médicaments à autorisation préalable - ou l'avez fait au cours des 100 jours qui précèdent - vous n'aurez pas à demander d'autorisation préalable.

Pour en savoir plus au sujet du processus d'autorisation, reportez-vous à la section [L'autorisation préalable simplifiée](#).

Nota : Si vous travaillez au Québec, tous les médicaments figurant sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec sont Conseil remboursés jusqu'à concurrence de 72 %. Par conséquent, si les médicaments pour lesquels une autorisation préalable est exigée dans le cadre du régime figurent sur cette liste, ils n'auront pas à être évalués et seront remboursés jusqu'à concurrence de 72 %.

Médicaments nécessitant une autorisation préalable

En 2004, des médicaments compris dans cinq catégories ainsi que le Wellbutrin® devront faire l'objet d'une autorisation préalable. D'autres médicaments pourront s'y ajouter au fur et à mesure qu'ils seront mis sur le marché et selon que les directives provinciales exigeront qu'ils fassent l'objet d'une autorisation préalable.

- **NOUVELLE CATÉGORIE**

Anti-inflammatoires

Médicaments pour lesquels une autorisation préalable doit être obtenue :

- [CelebrexMC](#), [Vioxx®](#), [Bextra™](#)
- Ces médicaments agissent comme inhibiteurs de la COX-2 (nouvelle catégorie d'anti-inflammatoires et d'analgésiques pour le traitement de l'arthrite et de la douleur). Leur remboursement doit être autorisé étant donné qu'il existe d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens moins coûteux et sûrs dont il est possible de se procurer l'équivalent générique pour traiter les symptômes de la polyarthrite rhumatoïde et de l'ostéoarthrose.

- **NOUVELLE CATÉGORIE**

Traitement des ulcères et des brûlures d'estomac

Médicaments pour lesquels une autorisation préalable doit être obtenue :

- [Losec®](#) (Omeprazole), [Nexium®](#) (Esomeprazole), [Pantoloc™](#) (Pantoprazole), [Prevacid®](#) (Lansoprazole)
- À la fin des années 1990, des médicaments comme Losec® ont grandement amélioré le traitement des ulcères d'estomac et d'autres maladies liées aux sécrétions acides. Cependant, pour une majorité de personnes, d'autres méthodes thérapeutiques peuvent être utilisées efficacement avant qu'il ne soit nécessaire d'avoir recours aux médicaments énumérés ci-dessus pour des thérapies à long terme.

- **NOUVELLE CATÉGORIE**

Préparations contre la migraine

Médicaments pour lesquels une autorisation préalable doit être obtenue :

- [Amerge®](#) (Naratriptan), [Imitrex®](#) (Sumatriptan), [Maxalt®](#) (Rizatriptan), [Zomig®](#) (Zolmitriptan)
- Le processus d'autorisation préalable permettra de juger de l'utilisation efficace du médicament pour le traitement de la migraine en fonction des directives provinciales.

- **NOUVEAU**

Wellbutrin® (Bupropion), médicament agissant à la fois comme antidépresseur et auxiliaire antitabagique

À l'heure actuelle, le régime ne prévoit aucun plafond pour le remboursement des antidépresseurs et impose un plafond de 500 \$ au

remboursement des médicaments de désaccoutumance au tabac.

- **CATÉGORIE EXISTANTE**

Médicaments destinés au traitement de la dysfonction érectile.

Médicament pour lequel une autorisation préalable doit être obtenue (pour tous les régimes, y compris le régime privilège) :

- [Viagra^{MC} \(Sildenafil\)](#)
- Le Viagra a été approuvé par Santé Canada en mars 1999 et sera remboursé si vous répondez aux critères exigés sur le formulaire d'autorisation.

- **CATÉGORIE EXISTANTE**

Médicaments contre l'obésité

Médicament pour lequel une autorisation préalable doit être obtenue (pour tous les régimes, y compris le régime privilège) :

- [Xenical® \(XEE-0402\)](#)

Le Xenical a été approuvé par Santé Canada en juin 1999 et sera remboursé si vous répondez aux critères exigés sur le formulaire d'autorisation. Pour savoir comment soumettre une demande d'autorisation préalable, consultez la section [L'autorisation préalable simplifiée](#).

REMARQUE

Vos besoins en médicaments sur ordonnance

Avant de vous inscrire, tâchez d'évaluer vos besoins en médicaments sur ordonnance, pour vous et votre famille, pour l'année prochaine. Si vous désirez une couverture plus élevée, vous pouvez souscrire le régime supérieur ou le régime privilège, qui offrent une protection semblable. Toutefois, le régime privilège est exempté de certaines restrictions qui s'appliquent aux autres régimes, soit :

- Autorisation préalable requise pour certains médicaments compris dans cinq catégories de médicaments et le Wellbutrin® (dans le cas du régime privilège, l'autorisation préalable s'applique à deux catégories seulement).
- Quote-part de 7 \$ par ordonnance.
- Nouveaux médicaments ajoutés à la liste des médicaments remboursables uniquement lorsqu'un des régimes d'assurance maladie provinciaux l'a ajouté à sa liste (dans le cas du régime privilège, les nouveaux médicaments sont inclus immédiatement).

Si vous prévoyez un nombre élevé de demandes de règlement de médicaments sur ordonnance ou s'il est important pour vous de bénéficier de la couverture la plus élevée offerte, le régime privilège pourrait vous convenir.

N'oubliez toutefois pas que ce choix se paye - le régime privilège vous coûtera plus cher que le régime supérieur.

Contribution maximale

(régimes de base et complet seulement)

Le régime prévoit une contribution maximale afin de vous protéger, vous et les personnes à votre charge, dans l'éventualité où vous devriez engager des frais de médicaments élevés au cours d'une année. Le maximum annuel des frais raisonnables et habituels admissibles à votre charge est de 839 \$ par personne à charge admissible. Une fois ce montant atteint, le régime vous remboursera la totalité des frais raisonnables et habituels admissibles que vous engagerez pendant le reste de l'année civile. La contribution maximale comprend la quote-part par ordonnance ainsi que les 20 % (régime de base) ou les 10 % (régime complet) des frais admissibles à votre charge, jusqu'à concurrence des plafonds fixés dans le cas des médicaments de type 2. Si vous demeurez au Québec, la loi stipule que la contribution maximale globale de 839 \$ s'applique aux frais que vous et les enfants à votre charge inscrits avez engagés.

Remarque

Carte de paiement direct des médicaments

Quel que soit le régime d'assurance médicale choisi, la carte de paiement direct des médicaments (fournie par BCE Emergis) vous facilite la vie. Utilisée dans les pharmacies participantes, cette carte permet de régler les coûts des médicaments admissibles, sous réserve des taux de remboursement et des frais maximaux d'exécution d'ordonnance. Pour chaque demande de règlement, vous devrez payer la part des frais à votre charge, votre quote-part (le cas échéant) et les frais d'exécution d'ordonnance qui excèdent le montant couvert par l'assurance. Le coût des médicaments non admissibles et l'écart entre le coût du médicament générique et celui du [médicament breveté](#), si vous optez pour ce dernier, sont à votre charge.

Conseil Le coût du médicament breveté sera couvert si l'ordonnance précise qu'aucune substitution n'est permise ou s'il n'existe aucun équivalent générique.

Votre carte de paiement direct des médicaments est assortie d'une caractéristique importante d'un point de vue médical. En effet, lorsque vous réglez l'achat d'un médicament au moyen de votre carte, le système de BCE Emergis effectue une série de contrôles qui permettent à votre pharmacien de faire un examen de votre consommation de médicaments. Ces contrôles permettent de faire le lien entre le médicament acheté et tous les autres médicaments qui vous ont été délivrés, dans cette pharmacie ou dans d'autres, et que vous avez payés avec votre carte. Le pharmacien pourra ainsi détecter d'éventuels dangers pour votre santé, notamment dans les cas suivants :

- Interaction indésirable entre deux médicaments;
- Renouvellement prématuré de l'ordonnance;
- Dédoublment d'ordonnance;
- Posologie excédant la limite prescrite par le traitement;
- Contre-indication en raison de votre âge ou de votre sexe.

De façon générale, cette vérification n'a pas d'incidence sur le remboursement de vos frais. Elle vous permet simplement de discuter avec votre médecin des mises en garde qui peuvent en découler.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Soins infirmiers privés (tous les régimes)

Le régime remboursera les soins infirmiers à la maison ne pouvant être prodigués que par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé à condition que cette personne ne soit pas votre parente et n'habite pas normalement avec vous. Les soins infirmiers n'incluent pas les soins personnels ou de garde.

En collaboration avec la Financière Sun Life, l'administrateur du régime, un service d'évaluation des soins infirmiers privés a été établi. Ainsi, vous pouvez désormais être informé immédiatement des frais qui sont remboursables par l'assurance médicale de la Société, par le régime provincial et par le régime de votre conjoint, de façon à obtenir un remboursement optimal.

Toutes les demandes de règlement de soins infirmiers privés doivent être évaluées avant qu'un remboursement ne soit accordé et les soins doivent avoir été prescrits par un médecin.

Étant donné le coût élevé des soins infirmiers privés et les exigences relativement à l'évaluation préalable, nous vous recommandons Conseil fortement d'obtenir l'autorisation de la Financière Sun Life avant d'engager des frais de ce type afin de vous assurer que ces frais sont admissibles dans le cadre du régime.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Services professionnels (tous les régimes)

Le régime remboursera les soins fournis par un chiropraticien, un massothérapeute, un naturopathe, un ostéopathe, un podiatre, un orthophoniste ou un acupuncteur assujetti à la réglementation provinciale. En 2004, le Québec et l'Alberta étaient les deux seules provinces à réglementer la profession d'acupuncteur, mais il se peut que d'autres provinces emboîtent le pas dans l'avenir. Les plafonds annuels sont applicables à chaque

spécialité (exception faite du régime de base). Le remboursement des frais admissibles est assujéti aux lois de chaque province et aux conditions décrites ci-dessous.

Régime de base

Le régime de base prévoit un plafond combiné de 300 \$, par année et par personne, pour l'ensemble de ces spécialités. Vous pouvez présenter une demande de règlement pour les frais dépassant le maximum prévu par votre régime provincial pour l'année civile en cause. Le Régime d'avantages sociaux à la carte ne vous remboursera que les frais dépassant le maximum annuel fixé par votre régime provincial. Par exemple, si le régime provincial rembourse les soins prodigués par un chiropraticien à raison de 10 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 150 \$ par année, et qu'une visite coûte 15 \$, vous devrez payer les 5 \$ supplémentaires jusqu'à ce que le total de vos frais remboursés atteigne le maximum annuel (150 \$). Une fois le maximum du régime provincial atteint, vous bénéficiez de la couverture offerte dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte pour les prochaines visites.

Régime complet

Le régime complet prévoit un plafond de 300 \$ par année, par personne et par spécialité. Le Régime d'avantages sociaux à la carte ne vous remboursera que les frais dépassant le maximum annuel fixé par votre régime provincial. Par exemple, si le régime provincial rembourse les soins prodigués par un chiropraticien à raison de 10 \$ par visite, jusqu'à concurrence de 150 \$ par année, et qu'une visite coûte 15 \$, vous devrez payer les 5 \$ supplémentaires jusqu'à ce que le total de vos frais remboursés atteigne le maximum annuel (150 \$). Une fois le maximum du régime provincial atteint, vous bénéficiez de la couverture offerte dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte pour les prochaines visites.

Régime supérieur

Le régime supérieur prévoit un plafond de 500 \$ par année, par personne et par spécialité. Dans le cas des soins fournis par un chiropraticien seulement, vous pouvez présenter une demande de règlement au Régime d'avantages sociaux à la carte dès que vous engagez des frais, quel que soit le maximum des frais remboursés par le régime provincial (lire la remarque ci-dessous). Pour tous les autres services professionnels couverts, vous ne pouvez présenter une demande de règlement qu'après avoir atteint le maximum annuel du régime provincial.

Régime privilège

Le régime privilège prévoit un plafond de 500 \$ par année, par personne et par spécialité. Dans le cas des soins fournis par un chiropraticien seulement, vous pouvez présenter une demande de règlement au Régime d'avantages sociaux à la carte dès que vous engagez des frais, quel que soit le maximum des frais remboursés par le régime provincial (lire la remarque ci-dessous). Pour tous les autres services professionnels couverts, vous ne pouvez présenter une demande de règlement qu'après avoir atteint le maximum annuel du régime provincial.

Conseil *Nota :En Alberta, les services professionnels ne seront remboursés que lorsque le plafond d'indemnisation du régime d'assurance maladie provincial aura été atteint. La législation provinciale interdit en effet le paiement de services tant que le maximum provincial n'a pas été atteint. Dans ces conditions, vous ne pouvez soumettre vos dépenses qu'après avoir réclamé le montant maximal fixé pour l'année auprès du régime d'assurance maladie de l'Alberta. Cette condition s'applique à tous les régimes offerts dans le cadre de l'assurance médicale.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Services de psychologues (tous les régimes)

Les services d'un psychologue autorisé sont couverts lorsqu'ils sont médicalement nécessaires. Toutes les demandes de règlement doivent être accompagnées des reçus originaux.

Régime de base

Plafond annuel de 350 \$ par personne.

Régime complet

Plafond annuel de 750 \$ par personne.

Régime supérieur

Plafond annuel de 1 000 \$ par personne.

Régime privilège

Plafond annuel de 1 000 \$ par personne.

Remarque

Programme d'aide aux employés (PAE)/Solutions travail-famille

Saviez-vous que vous pouvez bénéficier des services d'un psychologue non seulement dans le cadre de l'assurance médicale, mais également dans celui du PAE? Les services du PAE vous sont offerts sans frais par la Société.

Le numéro de téléphone à composer pour joindre les deux programmes est le 1 888 859-5256.

Il suffit de téléphoner et un représentant de FGI, le fournisseur de services, vous obtiendra un rendez-vous avec un conseiller ayant un bureau près de votre lieu de résidence ou de travail. Cette démarche demeurera entièrement confidentielle.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Physiothérapie (tous les régimes)

Les services d'un physiothérapeute autorisé sont couverts lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et recommandés par un médecin. En plus des plafonds annuels indiqués, chacun des régimes d'assurance médicale prévoit une clause de situation financière difficile.

Cette clause prévoit le remboursement des frais excédant le plafond annuel lorsqu'une physiothérapie majeure est nécessaire pendant une longue période. Le règlement sera établi en fonction de la documentation écrite fournie par votre médecin et doit être autorisé par l'administrateur du régime (la Financière Sun Life). Les frais sont alors remboursés à 80 %.

Régime de base

Plafond annuel de 350 \$ par personne.

Régime complet

Plafond annuel de 750 \$ par personne.

Régime supérieur

Plafond annuel de 1 000 \$ par personne.

Régime privilège

Plafond annuel de 1 000 \$ par personne.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Fournitures diverses et matériel médical durable (tous les régimes)

Le régime remboursera le coût de la location ou, si la compagnie d'assurance l'estime opportun, de l'achat ou de la réparation d'un fauteuil roulant, d'un déambulateur, d'un lit d'hôpital ou de tout autre matériel médical durable requis pour un usage thérapeutique à domicile.

Le régime remboursera notamment le coût des fournitures et du matériel médical durable suivants :

- Fauteuils roulants électriques, couverts au taux de remboursement prévu dans chaque régime de l'assurance médicale (80 %, 90 % ou 100 %) jusqu'à concurrence d'un plafond viager de 20 000 \$ par personne.
- Bandages herniaires, appareils orthopédiques, béquilles, plâtres ordinaires ou en fibre de verre, membres artificiels, prothèses oculaires et autres prothèses et pansements chirurgicaux (doivent être médicalement nécessaires et non destinés à la pratique de sports);
- Chaussures orthopédiques ou modifications orthopédiques aux chaussures lorsqu'elles sont nécessaires (et non destinées à la pratique de sports) pour corriger une anomalie des os ou des muscles, jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne, par année civile (maximum de 200 \$

- par pied);
- Services d'analyse diagnostique et radiographies, transfusions sanguines et administration d'oxygène, y compris le matériel nécessaire à son administration;
- Fournitures médicalement nécessaires pour le traitement de la fibrose kystique, du diabète, de la maladie de Parkinson, de cas graves de psoriasis permanent ainsi que les fournitures nécessaires pour les paraplégiques et les quadriplégiques ou les personnes ayant subi une colostomie;
- Soutiens-gorge postopératoires (mastectomie), jusqu'à concurrence de deux soutiens-gorge ou de 85 \$ par année civile;
- Perruques et postiches rendus nécessaires par les traitements de chimiothérapie ou pour remédier à une perte totale des cheveux (alopecia totalis) : 150 \$ par année par personne (plafond viager de 1 500 \$);
- Tubes pour la trachée;
- Pansements oculaires nécessaires au traitement d'une carence lacrymale;
- Substituts alimentaires si aucune autre nourriture ne peut être ingérée en raison d'une chirurgie du système digestif (uniquement les frais dépassant ceux qui sont considérés comme raisonnables et habituels pour un régime normal);
- Tests de dépistage du cancer de la prostate (APS).

Remarque

Avant de présenter une demande de règlement pour un appareil ou du matériel médical durable, vérifiez d'abord la couverture offerte par le régime provincial. Bien que l'étendue de la couverture varie d'une province à l'autre, la plupart des régimes provinciaux offrent un programme d'appareils et accessoires fonctionnels. Aucun appareil ou matériel médical durable admissible ne sera remboursé par le Régime d'avantages sociaux à la carte tant que les frais couverts par le régime provincial n'auront pas été d'abord remboursés par ce dernier.

Veillez prendre note que le régime contient une clause de remboursement des frais raisonnables et habituels et qu'il ne remboursera que les dépenses médicalement nécessaires. Avant de faire quelque achat que ce soit, il est donc important de bien vous renseigner afin de décider des soins les mieux adaptés à votre situation et de demander au besoin à la Financière Sun Life des précisions sur les frais qu'elle estime raisonnables et habituels.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Chirurgie dentaire par suite d'un accident (tous les régimes)

Le régime remboursera le coût des soins rendus nécessaires par suite d'une blessure accidentelle aux dents naturelles, pourvu que les traitements soient entrepris et terminés dans les six mois suivant la date de l'accident et qu'ils ne résultent pas d'un état préalable à l'accident. Aucune ordonnance n'est requise.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Soins d'urgence et assistance voyage à l'extérieur de la province de résidence (au Canada) (tous les régimes)

Quel que soit le régime d'assurance médicale choisi, le régime remboursera les soins d'urgence reçus au cours d'un voyage effectué à des fins personnelles à l'extérieur de votre province de résidence, au Canada. Vous et les personnes à votre charge admissibles bénéficiez d'un service téléphonique d'urgence médicale 24 heures sur 24.

L'assistance voyage vous remboursera les dépenses suivantes :

- Frais d'hospitalisation d'urgence à l'extérieur de la province de résidence, au Canada, jusqu'à concurrence du tarif prévu pour un séjour en salle commune;
- Frais de traitement d'urgence par un médecin, ou frais de traitement engagés au Canada lorsque les services ne sont pas disponibles dans votre province de résidence et qu'ils sont recommandés par écrit par le médecin traitant et approuvés par le régime de votre province de résidence;
- Frais de service ambulancier;
- Certains frais de transport pour votre famille.

Nous vous recommandons de faire appel à ce service s'il survient une urgence médicale pendant que vous êtes en voyage à des fins personnelles à l'extérieur de votre province de résidence, au Canada. Le numéro de téléphone sans frais du service d'aide téléphonique, offert 24 heures sur 24, est le 1 800 511-4610.

Le traitement d'une maladie ou d'une blessure survenue en dehors de la période de voyage couverte ne sera pas remboursé. Cette période est de 21 jours pour le régime de base, de 31 jours pour le régime complet et de 90 jours pour le régime supérieur et privilège.

Conseil Important - L'assistance voyage réglera les frais médicaux initiaux et se chargera de la coordination des prestations auprès de votre régime provincial d'assurance maladie si vous communiquez avec le service d'aide téléphonique au plus tard 24 heures après que l'urgence est survenue. Autrement, vous devrez payer les frais médicaux dès qu'ils auront été engagés et vous les faire ensuite rembourser par votre régime provincial, puis par la Financière Sun Life.

Le programme Voyageur averti (qui ne fait pas partie du Régime d'avantages sociaux à la carte) couvre les frais d'urgence médicale et d'assistance voyage engagés par les employés de Nortel Networks pendant les déplacements effectués à l'extérieur du pays pour le compte de la Société ou à des fins personnelles. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec un responsable du programme Voyageur averti au RCE 333-2710 ou au (215) 701-2933. Vous pouvez également consulter le site intranet <http://travelwell.ca.nortel.com/>.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Plafonds viagers (tous les régimes)

Les plafonds de remboursement viagers sont indiqués dans le [Barème de remboursement de l'assurance médicale complémentaire](#).

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Coût des régimes de l'assurance médicale

Le [Tableau comparatif du coût des régimes 2003/2004](#) vous sera utile pour évaluer vos coûts pour 2004 selon les choix que vous ferez. Ce tableau fournit une comparaison des coûts des options et des régimes 2003 et 2004, tant pour l'assurance médicale que pour l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

Si vous quittez la Société

Si vous avez moins de 69 ans, vous pouvez, au cours de la période de 60 jours qui suit votre cessation d'emploi, transformer votre assurance médicale et votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe en police individuelle auprès de la Financière Sun Life. Si vous désirez transformer votre assurance collective en assurance individuelle, remplissez le formulaire d'inscription à l'assurance Choix protection-santé sur le site <http://www.sunlife.com/pfs%22>.

[Retour à la table des matières de la section Explorez votre assurance médicale complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) Exclusions de l'assurance médicale (tous les régimes)

Aucun remboursement n'est accordé à l'heure actuelle pour ce qui suit :

- Contraceptifs autres qu'oraux;
- Aliments et suppléments nutritifs, y compris les suppléments diététiques;
- Vitamines, minéraux, suppléments protéinés et nutriments thérapeutiques, sauf ceux qui sont achetés uniquement sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un dentiste;
- Cosmétiques et produits d'hygiène;
- Produits que l'administrateur du régime estime être des remèdes maison;
- Médicaments expérimentaux;
- Services et produits fournis ou prescrits par une personne qui habite normalement avec vous ou avec qui vous êtes lié par le sang ou le mariage;
- Frais remboursables par un régime d'État en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;

- Frais engagés par suite d'automutilation;
- Frais engagés par suite de désordres civils ou d'une guerre, déclarée ou non;
- Frais remboursables par un régime d'État;
- Services pour lesquels la loi interdit toute indemnisation;
- Intervention chirurgicale ou traitement non urgent reçu à l'extérieur de la province de résidence;
- Services d'une aide familiale;
- Frais engagés strictement pour la pratique de sports;
- Soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus en cas de blessure accidentelle aux dents naturelles;
- Frais d'utilisation exigés par le régime provincial pour un service donné;
- Traitements habituels reçus à l'extérieur de la province de résidence pour soigner une maladie ou une blessure survenue avant le départ de l'employé ou de la personne à charge;
- Dépenses engagées à l'extérieur de la province de résidence si le bénéficiaire n'est pas couvert par un régime provincial;
- Frais de médicaments en vente libre;
- Traitement d'une dysfonction temporo-mandibulaire.

[Retour au début](#) **L'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe**

À l'intérieur

[Retour au début](#) **Explorez votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe complémentaire**

- [Explorez votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe complémentaire](#)
- [Soins dentaires](#)
- [Soins de la vue](#)
- [Soins de l'ouïe](#)

Frais admissibles

L'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe rembourse les frais admissibles selon les taux indiqués dans le barème de remboursement de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

Le tableau ci-dessous décrit les prestations de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe ([frais raisonnables et habituels](#) seulement).

Prestations	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur
-------------	----------------	----------------	------------------

Assurance dentaire			
Franchise	Aucune	Aucune	Aucune
Taux de remboursement des soins préventifs (examens, nettoyages et applications de fluorure; veuillez noter que les applications de fluorure sont réservées aux enfants)	100 %	100 %	100 %
Taux de remboursement des soins de restauration (obturations et extractions)	80 %	80 %	90 %
Taux de remboursement des soins chirurgicaux buccaux (voir la Liste détaillée des soins dentaires couverts)	Le taux de remboursement varie selon le type de soins		
Taux de remboursement des soins d'endodontie (traitements radiculaires) et de parodontie (traitement des gencives, y compris la chirurgie)	80 %	80 %	90 %
Taux de remboursement des soins de restauration majeurs (couronnes, ponts, prothèses)	s. o.	50 %	50 %
Taux de remboursement des soins d'orthodontie (correction d'une malocclusion ou de l'alignement)	s. o.	50 %	50 %
Plafond d'indemnisation annuel par personne	1 000 \$	2 000 \$	2 500 \$
Plafond viager de remboursement des frais d'orthodontie (par personne)	s. o.	2 000 \$	3 000 \$
Barème des honoraires des dentistes (dentistes de pratique générale)	Année courante	Année courante	Année courante
Soins de la vue			
Taux de remboursement des frais admissibles	s. o.	90 %	100 %
Plafond d'indemnisation pour chaque enfant à charge de moins de 19 ans par année civile, et pour chaque adulte, par période de deux années civiles	s. o.	200 \$	300 \$

Soins de l'ouïe			
Taux de remboursement des frais admissibles	80 %	90 %	100 %
Plafond d'indemnisation par personne, par période de deux ans	500 \$	750 \$	1 000 \$

Le remboursement des frais de soins dentaires est fondé sur le barème des honoraires des dentistes de pratique générale. Les demandes de règlement doivent être produites dans les 18 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

[Retour au début](#) Soins dentaires

- [Soins dentaires couverts](#)
- [Règlement des soins dentaires](#)
- [Restrictions](#)
- [Exclusions de l'assurance dentaire](#)
- [Si vous quittez la Société](#)

Soins dentaires couverts

Soins préventifs (de base)

- Examens partiels ou de rappel une fois tous les six mois, polissage et détartrage (deux unités de détartrage), une fois tous les six mois et application de fluorure (pour les enfants seulement) une fois tous les six mois (une unité de détartrage = traitement de 15 minutes).
- Examens bucco-dentaires complets (détartrage, polissage et radiographie de l'entière cavité buccale) tous les 60 mois.
- Radiographies, y compris les radiographies interproximales tous les 12 mois, les radiographies de la bouche tous les 60 mois et les radiographies diagnostiques au besoin pour la chirurgie dentaire.
- Résine pour scellement des puits et fissures pour les enfants à charge de moins de 19 ans.
- Mainteneurs d'espace pour les dents de lait tombées et certains appareils d'orthodontie préventive.
- Instructions d'hygiène buccale une fois à vie.

Soins de restauration

- Extraction de dents, y compris l'extraction chirurgicale de dents incluses.
- Obturation, y compris l'obturation à l'aide de matière acrylique ou composite, de silicate et d'amalgame.
- Anesthésie nécessaire pour une chirurgie dentaire.
- Mainteneurs d'espace pour les dents de lait tombées et certains appareils d'orthodontie préventive.
- Résine pour scellement des puits et fissures pour les enfants à charge de moins de 19 ans.
- Ajustement, réparation, regarnissage et rebasage d'un pont fixe ou d'une prothèse amovible complète ou partielle.

Parodontie

- Diagnostic et traitement des maladies des gencives, des tissus et des os qui soutiennent les dents, y compris l'ablation chirurgicale de kystes et de néoplasmes dans ces régions.
- Détartrage complémentaire (sous-gingival) et surfaçage radiculaire, jusqu'à concurrence de 6 unités par année civile (une unité = traitement de 15 minutes).

Conseil Nota : Maximum de 10 unités de détartrage par année civile (4 unités de détartrage courant et 6 unités de détartrage complémentaire).

Endodontie

- Diagnostic et traitements radiculaires et pulpaire.

Soins de restauration majeurs

- Incrustations avec et sans recouvrement et couronnes, y compris les facettes en or et en porcelaine, lorsque d'autres matériaux ne conviennent pas et lorsque les faces tranchantes ou triturantes des dents sont endommagées (c.-à-d. lorsque les dommages sur le dessus ou le côté de la dent sont visibles sur la radiographie).
- Fabrication d'un pont fixe ou d'une prothèse amovible, partielle ou complète.
- Remplacement d'un pont fixe ayant servi au moins cinq ans et d'une prothèse ayant servi au moins trois ans.

Conseil Nota : Si vous optez pour le traitement le moins coûteux, le régime remboursera une partie des implants dentaires. Reportez-vous à la section [Règlement des soins dentaires](#) pour plus d'information.

Orthodontie

- Traitements et fournitures nécessaires pour corriger les malocclusions dentaires (à l'exclusion de la dysfonction temporo-mandibulaire).
- Traitements prévus pour les employés admissibles et les personnes à charge admissibles.

Liste détaillée des soins dentaires couverts :

Services de diagnostic et soins préventifs de base

- Examens buccaux courants et diagnostic :
 - Examens bucco-dentaires complets (tous les 60 mois); examens buccaux de rappel (tous les six mois); examens buccaux spéciaux; plan de traitement; soins d'urgence mineurs; consultation; visite à domicile, visite dans un établissement et consultation au cabinet du dentiste.
- Épreuves et analyses de laboratoire :
 - Biopsie du tissu de la bouche; examens de la vitalité pulpaire.
- Radiographies :
 - Radiographies périapicales (une série complète tous les 60 mois), occlusales, interproximales (tous les 12 mois), extraorales; sialographie; utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions; radiographies temporo-mandibulaires, panoramiques venant d'une autre source; tomographie.
- Soins préventifs :
 - Examens partiels ou de rappel une fois tous les six mois, polissage et deux unités de détartrage une fois tous les six mois et application de fluorure (pour les enfants seulement) une fois tous les six mois. Une unité de détartrage = traitement de 15 minutes. Au total, dix unités de détartrage par année civile.
 - Examens bucco-dentaires complets (détartrage, polissage et radiographie de l'entière cavité buccale) tous les 60 mois.
 - Radiographies, y compris les radiographies interproximales tous les 12 mois, les radiographies de la bouche tous les 60 mois et les radiographies diagnostiques au besoin pour la chirurgie dentaire.
 - Résine pour scellement des puits et fissures pour les enfants à charge de moins de 19 ans.
 - Mainteneurs d'espace pour les dents de lait tombées et certains appareils d'orthodontie préventive.
 - Instructions d'hygiène buccale une fois à vie.
 - Appareils destinés à supprimer certaines mauvaises habitudes.
 - Mainteneurs d'espace.
 - Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Soins de restauration

- Obturations :

- Amalgame; résine acrylique ou composite; restauration transitoire d'incisives ou de canines cassées; couronnes en acier pour dents de lait.
- Incision chirurgicale :
 - Divers services chirurgicaux.
- Services chirurgicaux :
 - Extractions sans complication; extractions, transplantations et réimplantations chirurgicales.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale :
 - Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente.
 - Anesthésie des enfants.
- Réparations et ajustements :
 - Revêtements de porcelaine; rescellement de couronne; réparation de prothèses (seulement); réparations de ponts; rebasage et regarnissage de prothèses.
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Endodontie

- Endodontie :
 - Pulpotomie; traitement radiculaire; soins périapicaux; gingivoplastie; curetage; alvéolectomie, mise en place d'une bande d'isolement; dilatation des canaux ou de la pulpe; exérèse; limage et réimplantation; interventions d'urgence.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale :
 - Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente.
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Parodontie

- Parodontie (à l'exclusion des appareils parodontaux)
 - Soins non chirurgicaux; soins chirurgicaux; traitements postchirurgicaux; équilibrage (jusqu'à concurrence de 6 unités par année civile); détartrage et surfaçage radiculaire (jusqu'à concurrence de 10 unités par année civile pour les soins de prévention et d'endodontie).
- Soins chirurgicaux; ablation chirurgicale.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale :
 - Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente.
 - Anesthésie des enfants.
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

Soins de restauration majeurs

- Prothèses dentaires
 - Prothèses complètes et partielles.
 - Ajouts et corrections.
 - Ajustements des prothèses.
- Ponts
 - Examens :
 - Examens buccaux; modèles d'étude.
 - Ponts fixes :
 - Pontiques; ancrages; autres soins prothétiques.
 - Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale :
 - Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente.
 - Anesthésie des enfants.
 - Travaux de laboratoire effectués au cabinet.
- Couronnes
 - Examens :
 - Examens buccaux; modèles d'étude.
 - Couronnes*, incrustations avec et sans recouvrement (y compris les couronnes en or avec recouvrement de porcelaine lorsque d'autres matériaux ne conviennent pas). *Les couronnes sont couvertes par le régime lorsqu'elles sont posées sur une dent dont les faces tranchantes ou triturantes sont endommagées. Une radiographie doit accompagner la demande de règlement.
 - Aurification; incrustations métalliques; incrustations sans recouvrement, composite; incrustations sans recouvrement, porcelaine; incrustations sans recouvrement, porcelaine/céramique; couronnes; autres soins de restauration; hémisection.
 - Soins chirurgicaux :
 - Fractures; frénectomie et divers autres soins chirurgicaux.
 - Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale :
 - Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente.
 - Anesthésie des enfants.
 - Travaux de laboratoire effectuées au cabinet.
 - Injections d'antibiotiques (prescrites par un dentiste).

Orthodontie

- Observation, ajustements :
 - Examens buccaux; radiographie céphalométrique; radiographie de la main et du poignet; intervention chirurgicale buccale reliée à l'orthodontie; exposition chirurgicale de dent, avec traitement orthodontique; observation, ajustements; réparations, modifications;

guides d'éruption; appareils de rétention.

- Traitement complet.
- Anesthésie accompagnant une chirurgie buccale :
 - Anesthésie générale; sédation profonde; sédation consciente.
- Travaux de laboratoire effectués au cabinet.

[Retour à la table des matières de la section Soins dentaires](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Règlement des soins dentaires

Barème des honoraires des dentistes

À chaque soin ou traitement prodigué dans un cabinet dentaire correspond un code de l'acte établi par l'Association dentaire canadienne. Si les codes de l'Association ne sont pas en vigueur dans une province donnée, on utilisera alors les codes de l'acte équivalents figurant dans le barème des honoraires des dentistes de cette province. Dans ce document figurent les codes et les honoraires établis par l'association dentaire d'une province donnée pour les soins prodigués par des **dentistes de pratique générale**.

Les remboursements sont calculés en fonction des honoraires figurant dans le barème des honoraires de l'association dentaire de l'année courante. Si vous pensez que les honoraires de votre dentiste sont plus élevés que ceux du barème, n'hésitez pas à lui demander des explications.

À l'intention des résidents de l'Alberta

Conseil En Alberta, l'association dentaire provinciale n'a pas publié de barème d'honoraires depuis 1997. Toutefois, les facteurs d'inflation utilisés en 2003 seront modifiés en 2004 en fonction des résultats des analyses comparatives du secteur d'activité. Pour obtenir des renseignements à jour à ce sujet, consultez le site intranet @votreservice et rendez-vous à la rubrique intitulée [Facteur d'inflation 2003 de l'industrie de l'assurance applicable au remboursement des frais raisonnables et habituels engagés par les employés en Alberta en 2002](#).

Cession des remboursements au dentiste interdite

Vous ne pouvez demander que le paiement de vos soins dentaires soit remis directement à votre dentiste. Vous devrez plutôt payer les frais dentaires, puis en demander vous-même le remboursement à la Financière Sun Life. Il y aura une courte période d'attente entre le paiement des frais et leur remboursement, mais la période d'attente sera plus courte si vous faites une demande de virement de fonds auprès de la Financière Sun Life pour que le remboursement soit déposé directement dans votre compte bancaire. Des études récentes ont révélé que les frais facturés par les dentistes pour les services payés directement par le client sont inférieurs aux frais facturés pour les mêmes services lorsqu'ils sont payés par un tiers (compagnie d'assurance, par exemple). N'oubliez pas que votre dentiste peut soumettre ses honoraires électroniquement à la Financière Sun Life.

Détermination préalable des soins majeurs

Évitez les mauvaises surprises! Avant d'entreprendre des traitements dont le coût excède 200 \$, demandez à votre dentiste d'établir un plan de traitement et faites-le parvenir à la Financière Sun Life. Ainsi, vous connaîtrez, avant le début du traitement, le montant qui vous sera remboursé par le régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe que vous avez choisi.

[Retour à la table des matières de la section Soins dentaires](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Restrictions

Lorsque plusieurs traitements sont possibles, le régime ne remboursera que les frais exigés pour le traitement le moins coûteux, dans la mesure où celui-ci est acceptable d'un point de vue professionnel. Si vous optez pour un traitement plus onéreux, vous devrez assumer la part des coûts non remboursée par le régime. Par exemple, le régime couvrira les implants dentaires, en accordant un remboursement partiel jusqu'à concurrence du montant que le régime aurait versé pour un autre service, comme la pose d'un pont.

Le régime remboursera les frais associés au remplacement d'une prothèse dentaire si celle-ci a été installée au moins trois ans auparavant. Le remboursement accordé sera limité au coût maximal d'une prothèse de valeur et de qualité comparables.

Le régime remboursera les frais associés au remplacement d'un pont, d'une incrustation avec ou sans recouvrement ou d'une couronne si ceux-ci ont été installés au moins cinq ans auparavant. Le remboursement accordé sera limité au coût maximal d'éléments de valeur et de qualité comparables.

[Retour à la table des matières de la section Soins dentaires](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Si vous quittez la Société

Si vous avez moins de 69 ans, vous pouvez, au cours de la période de 60 jours qui suit votre cessation d'emploi, transformer votre assurance médicale et votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe en police individuelle auprès de la Financière Sun Life. Si vous désirez transformer votre assurance collective en assurance individuelle, remplissez le formulaire d'inscription à l'assurance Choix protection-santé sur le site www.sunlife.com/pfs.

[Retour à la table des matières de la section Soins dentaires](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Exclusions de l'assurance dentaire

Aucun remboursement n'est accordé pour ce qui suit :

- Soins esthétiques;

- Amalgames collés;
- Traitement d'une malocclusion ou soins d'orthodontie autres que ceux qui sont décrits ci-dessus;
- Remplacement de mainteneurs d'espace, de prothèses dentaires ou d'appareils orthodontiques ou parodontiques perdus ou volés;
- Reconstruction buccale et correction de la dimension verticale ou d'une dysfonction temporo-mandibulaire;
- Prothèses fabriquées à un moment où le patient était couvert par le régime, mais installées à un moment où il ne l'était plus;
- Jumelage permanent;
- Traitement d'une dysfonction temporo-mandibulaire.

[Retour à la table des matières de la section Soins dentaires](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) Soins de la vue

Les soins de la vue sont couverts par le régime complet et le régime supérieur seulement. Aucune couverture n'est offerte dans le cadre du régime de base. Les taux de remboursement et les plafonds fixés pour tous les services combinés et la fréquence de prestation varient selon les régimes et sont indiqués dans le [Barème de remboursement de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe](#).

Lunettes et lentilles cornéennes

Le régime remboursera les dépenses engagées pour l'achat et la réparation de lunettes, de lunettes de soleil et de lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vue lorsqu'elles sont prescrites par un optométriste ou un ophtalmologiste.

Examen de la vue

Le régime remboursera les honoraires ou la partie des honoraires demandés pour un examen de la vue fait par un ophtalmologiste ou un optométriste qui ne sont pas couverts par votre régime provincial.

Chirurgie oculaire au laser

Le régime couvre ce type de chirurgie en fonction du taux de remboursement et des plafonds annuels fixés pour la couverture que vous aurez choisie, à savoir le régime complet ou le régime supérieur. Veuillez toutefois noter que les plafonds fixés par personne et par période de deux années civiles continueront de s'appliquer et ne couvriront pas tous les coûts de la chirurgie. Cependant, si vous avez des crédits inutilisés, vous pouvez les verser dans un compte de remboursement des soins de santé, puis utiliser ce compte pour demander le remboursement de la portion

impayée de la chirurgie. Vous pouvez aussi déclarer ces coûts comme frais médicaux dans votre déclaration de revenus.

Nota : Certains régimes provinciaux ont été modifiés et ne remboursent plus qu'un examen de la vue tous les deux ans. L'assurance Conseil dentaire, soins de la vue et de l'ouïe remboursera un examen de la vue par année civile, s'il n'est pas remboursable par le régime provincial cette année-là. Veuillez consulter votre optométriste pour connaître la date de votre dernier examen de la vue.

Remarque

Saviez-vous que nous avons conclu une entente de services à tarifs préférentiels avec le réseau Services d'optiques PVS Inc.? Vous pouvez vous y procurer des produits de qualité et bénéficier d'une réduction pouvant atteindre 20 % sur le coût des montures, des verres de prescription et des traitements effectués aux lentilles offerts dans les succursales participantes (consultez l'[Annexe 1 : Répertoire des ressources](#) pour obtenir le numéro de téléphone).

Retour au début Soins de l'ouïe

Prothèses auditives

Le régime remboursera l'achat et la réparation de prothèses auditives (à l'exception du coût des piles), jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le [Barème de remboursement de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe](#).

Retour au début Le compte de remboursement des soins de santé (CRSS)

Retour au début Explorez votre compte de remboursement des soins de santé

Veuillez noter que la Financière Sun Life utilise le terme compte de soins de santé au lieu de compte de remboursement des soins de santé. Les deux termes signifient la même chose. Le compte de remboursement des soins de santé (CRSS) peut vous aider à réduire votre impôt. Grâce à ce compte, vous mettez de côté de l'argent avant impôt qui servira au remboursement de vos frais de soins de santé admissibles. Si vous habitez au Québec, les montants remboursés sont toutefois assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Une fois que vous aurez choisi vos protections complémentaires, il est possible qu'il vous reste des crédits si, par exemple, vous avez renoncé

À l'intérieur

- [Explorez votre compte de remboursement des soins de santé](#)
- [Caractéristiques uniques du CRSS](#)
- [Report des frais remboursables à l'année suivante](#)
- [Frais remboursables et non](#)

à l'assurance médicale ou à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe étant donné que le régime de votre conjoint vous offre une protection suffisante à ce chapitre. Si c'est le cas, vous pouvez verser vos crédits inutilisés dans le CRSS et les utiliser plus tard pour régler certains frais de soins de santé qui ne sont pas remboursés par le régime de votre conjoint. Après avoir réglé les frais admissibles, vous en demandez le remboursement par le CRSS.

[remboursables](#)

Vous avez la possibilité de verser vos crédits inutilisés (à raison d'au moins un dollar par période de paie) dans un CRSS ou de les recevoir en rémunération imposable. Vous ne pouvez cependant pas vous prévaloir des deux options à la fois. Si vous n'indiquez pas votre préférence pendant la période d'inscription annuelle ou lorsque survient un événement admissible et si vous n'utilisez pas actuellement un CRSS, vos crédits inutilisés vous seront versés en rémunération imposable.

[Retour au début](#) **Caractéristiques uniques du CRSS**

- Les crédits que vous utilisez pour régler vos frais de soins de santé ne sont pas imposables, ce qui en augmente le pouvoir d'achat (sauf au Québec, où ils sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial; voir la section [Considérations relatives à l'impôt sur le revenu](#) pour en savoir plus).
- Vous pouvez obtenir le remboursement des frais de soins de santé qui sont déductibles de votre revenu imposable en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, des règlements y afférents et des bulletins d'interprétation. Les soins de santé admissibles sont beaucoup plus nombreux que ceux qui sont couverts par les quatre niveaux de couverture (régimes de base, complet, supérieur et privilège) du Régime d'avantages sociaux à la carte.
- Vos demandes de règlement peuvent porter sur la valeur totale des crédits alloués pour l'année en cours - même si les crédits y sont versés progressivement à chaque paie.
- Vous pouvez demander le règlement de frais admissibles engagés pour vous, votre conjoint et les personnes à votre charge, au sens donné par la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Les personnes à votre charge peuvent notamment comprendre des parents qui dépendent financièrement de vous.
- Vous pouvez utiliser le CRSS pour obtenir le remboursement des franchises, des quotes-parts et de la portion des frais admissibles non remboursée par l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

Le cas échéant, faites une demande de règlement au régime de votre conjoint avant d'utiliser les crédits versés dans le CRSS.

Avantages fiscaux

Supposons que vous avez des crédits inutilisés de 150 \$. Si vous décidez de les recevoir avec votre rémunération, ils seront assujettis à l'impôt. Par

exemple, si votre tranche d'imposition est de 30 %, vous devrez verser environ 45 \$ au fisc et recevrez 105 \$.

Par contre, si vous déposez ce montant de 150 \$ dans votre CRSS, vous pourrez l'utiliser pour vous faire rembourser certains soins de santé sans avoir à payer d'impôt sur ce montant. Vous optimisez ainsi le pouvoir d'achat de vos crédits.

Conseil Nota : Au Québec, les frais remboursés par le CRSS sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Régime privé d'assurance maladie - si vous n'utilisez pas vos crédits, vous devrez y renoncer!

L'[Agence des douanes et du revenu du Canada \(ADRC\)](#) permet que les crédits soient exonérés d'impôt seulement s'ils sont offerts dans le cadre d'un régime privé d'assurance maladie. Il faut également que les dispositions du régime soient assorties d'un élément de risque, en l'occurrence l'utilisation des crédits ou le recours à des soins de santé. L'Agence des douanes et du revenu du Canada autorise les participants à un CRSS à reporter soit leurs crédits, soit leurs frais à l'année suivante, mais non les deux. Le régime de la Société prévoit le report des frais.

Une fois que vous aurez établi un compte, vous ne pourrez modifier le montant des crédits qui y sont affectés avant la période d'inscription annuelle suivante. Seul un événement admissible vous permet de déroger à cette règle.

Vous devez présenter au plus tard le 31 mars 2005 votre demande de remboursement par le CRSS de 2004 des frais admissibles engagés entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2004. Vous devrez renoncer aux crédits qui vous ont été alloués pour 2004 et que vous n'aurez pas utilisés au 31 mars 2005.

L'Agence des douanes et du revenu du Canada ne vous permet pas d'encaisser les crédits inutilisés ni de cotiser à un CRSS.

Si vous avez un CRSS et qu'à la suite d'un événement admissible, vous choisissez à nouveau un CRSS, vous disposez de 31 jours pour utiliser votre solde actuel.

Retour au début Report des frais remboursables à l'année suivante

Si le montant des frais remboursables engagés en 2004 excède celui des crédits versés dans le compte, vous avez la possibilité de reporter les frais excédentaires et de vous les faire rembourser avec les crédits affectés au CRSS de l'année 2005. Vous pouvez donc planifier vos frais en connaissant à l'avance le montant des crédits à verser dans le CRSS en 2005 pour rembourser les frais engagés en 2004.

Exemple de report des frais à l'année suivante :

Année 2004

Frais de médicaments en vente libre : 150 \$

Moins

crédits versés dans le CRSS :	125 \$
Résultat	
frais non remboursés	25 \$
Année 2005	
Frais non remboursés en 2004 :	25 \$
Plus	
frais de médicaments en vente libre et autres	100 \$
frais prévus :	
Résultat	
montant des crédits à verser dans le CRSS :	125 \$

Retour au début Frais remboursables et non remboursables

Vous pouvez régler au moyen du CRSS les frais remboursables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*. Les frais remboursables comprennent notamment les franchises et les quotes-parts. L'Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) ne permet pas le remboursement de certains types de dépenses, par exemple les frais d'adhésion à un centre de santé et les frais liés aux humidificateurs et aux bains à remous. (Consultez le site Web de l'Agence des douanes et du revenu du Canada à l'adresse <http://www.cra-adrc.gc.ca/> ou demandez un exemplaire du bulletin d'interprétation IT-519R2, Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposé aux soins, pour obtenir la liste complète des frais remboursables.)

Il serait bon de savoir que si vous obtenez le remboursement de frais de soins de santé par le CRSS, vous ne pouvez pas déduire des crédits d'impôt pour frais médicaux à l'égard de ces mêmes frais lorsque vous produisez votre déclaration d'impôt fédéral sur le revenu.

À l'extérieur du Québec : Si vous avez des frais qui pourraient être remboursés par le CRSS, il pourrait être plus avantageux sur le plan fiscal d'affecter vos crédits inutilisés au CRSS que de toucher ces crédits en rémunération imposable. Il serait sage de consulter un conseiller fiscal avant de prendre votre décision.

Au Québec : À l'heure actuelle, les lois fiscales du Québec considèrent les montants remboursés par un CRSS comme un revenu imposable au niveau provincial. Cependant, le CRSS demeure un élément intéressant de vos avantages sociaux, car vous ne payez aucun impôt fédéral sur les remboursements qui en proviennent. **Les renseignements sur la fiscalité contenus dans la**

présente section et ailleurs dans le manuel et dans la documentation relative à l'inscription vous sont fournis à titre d'information et sont fondés sur les lois fiscales en vigueur. Il peut être préférable de vous adresser à un conseiller fiscal relativement aux incidences de vos choix quant à l'impôt.

[Retour au début](#)L'assurance-vie

[Retour au début](#)Explorez votre assurance-vie de base

Avantages de l'assurance-vie de base

L'assurance-vie contribue à assurer la protection financière de la famille de l'employé si celui-ci décède.

La couverture de base permet à votre [bénéficiaire](#) de toucher un montant équivalant à votre salaire si vous décédez pendant que vous participez au régime.

La prime mensuelle de l'assurance-vie de base, au 1^{er} janvier 2004, est de 0,35 \$ par tranche de 1 000 \$ de capital assuré. À l'heure actuelle, Nortel Networks règle la prime de l'assurance-vie de base et vous payez l'impôt sur l'avantage imposable correspondant.

Si vous travaillez toujours à la Société au 1^{er} janvier de l'année suivant votre 65^e anniversaire de naissance, le montant de votre assurance-vie de base sera réduit de moitié. À votre départ à la retraite, vous pouvez profiter de l'assurance-vie des retraités selon le régime que vous avez choisi dans le cadre du Programme de retraite et d'accumulation de capital.

Vous pouvez aussi [transformer](#) votre police d'assurance-vie de l'employé en police individuelle dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi.

N'oubliez pas que si vous avez moins de 69 ans, vous pouvez, au cours de la période de 60 jours qui suit votre cessation d'emploi, transformer votre assurance médicale et votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe en police individuelle auprès de la Financière Sun Life. Si vous désirez transformer votre assurance collective en assurance individuelle, remplissez le formulaire d'inscription à l'assurance Choix protection-santé sur le site www.sunlife.com/pfs.

À l'intérieur

- [Explorez votre assurance-vie de base](#)
- [Explorez votre assurance-vie complémentaire](#)
- [Calcul du capital d'assurance](#)
- [Tarification de l'assurance-vie complémentaire](#)
- [Preuve d'assurabilité](#)
- [Désignation de bénéficiaire](#)
- [Option de transformation](#)
- [Exclusions de l'assurance-vie](#)
- [Liste de contrôle pour l'assurance-vie](#)

[Retour au début](#) Explorez votre assurance-vie complémentaire

L'assurance-vie complémentaire de l'employé

Vous pouvez souscrire, à vos frais, une assurance-vie complémentaire si vous le jugez nécessaire. Le montant de la couverture d'assurance-vie complémentaire correspond à un multiple de votre salaire. Vous pouvez donc souscrire une assurance complémentaire d'un montant correspondant à :

- votre salaire;
- deux fois votre salaire;
- trois fois votre salaire;
- quatre fois votre salaire (preuve d'assurabilité exigée);
- cinq fois votre salaire (preuve [d'assurabilité exigée](#)).

L'assurance-vie complémentaire prend fin au moment de votre départ à la retraite ou le 31 décembre de l'année de votre 65^e anniversaire de naissance, selon le premier événement. Il est possible de transformer votre police d'assurance-vie de l'employé en police individuelle dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi ou de votre retraite. Le montant maximal combiné de la couverture totale de l'assurance-vie de base et de l'assurance-vie complémentaire s'élève à 3 000 000 \$.

La tarification de cette assurance est établie en fonction de votre sexe, de votre âge au 31 décembre de l'année du régime, du fait que vous êtes fumeur ou non-fumeur et du capital assuré.

L'assurance-vie complémentaire des personnes à charge - conjoint

- | | |
|---------------------|--------------|
| • Aucune couverture | • 250 000 \$ |
| • 10 000 \$ | • 300 000 \$ |
| • 25 000 \$ | • 350 000 \$ |
| • 50 000 \$ | • 400 000 \$ |
| • 100 000 \$ | • 450 000 \$ |
| • 150 000 \$ | • 500 000 \$ |
| • 200 000 \$ | |

La prime est fondée sur le sexe de votre conjoint, son âge au 31 décembre de l'année du régime, le fait qu'il fume ou non et le montant du capital assuré.

L'assurance-vie complémentaire des personnes à charge - enfants

- Aucune couverture
- 5 000 \$
- 10 000 \$
- 15 000 \$
- 20 000 \$
- 25 000 \$

Si votre conjoint et vous travaillez tous les deux pour Nortel Networks, vous pouvez souscrire l'assurance-vie à titre d'employé ou de personne à charge, mais non les deux. De plus, un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants à titre de personnes à charge.

[Retour au début](#) Calcul du capital d'assurance

Le capital assuré dans le cadre de la couverture d'assurance-vie de base équivaut à votre salaire, arrondi au millier de dollars supérieur. Pour calculer le montant de votre couverture d'assurance-vie complémentaire, multipliez votre salaire par le multiple que vous avez choisi. Si le résultat n'est pas un multiple de mille, arrondissez-le au millier de dollars supérieur. Voici l'exemple d'une personne dont le salaire s'élève à 21 300 \$:

Multiple	Résultat	Capital assuré
Une fois le salaire =	21 300 \$	22 000 \$
Deux fois le salaire =	42 600 \$	43 000 \$
Trois fois le salaire =	63 900 \$	64 000 \$
Quatre fois le salaire =	85 200 \$	86 000 \$
Cinq fois le salaire =	106 500 \$	107 000 \$

[Retour au début](#) Tarification de l'assurance-vie complémentaire

- [Tarification de l'assurance-vie complémentaire pour vous et votre conjoint](#)
- [Calcul des primes d'assurance-vie de l'employé ou d'assurance-vie du conjoint](#)
- [Tarification de l'assurance-vie des personnes à charge pour vos enfants](#)

Tarification de l'assurance-vie complémentaire pour vous et votre conjoint

Les primes de l'assurance vie complémentaire pour vous et votre conjoint sont établies selon les taux suivants :

Taux par tranche de 1 000 \$ de capital assuré

Votre âge / Âge du conjoint au 31 déc. 2004	Fumeur				Non-fumeur			
	Homme Par mois	Homme Aux deux semaines	Femme Par mois	Femme Aux deux semaines	Homme Par mois	Homme Aux deux semaines	Femme Par mois	Femme Aux deux semaines
Moins de 25 ans	0,060 \$	0,028 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,026 \$	0,012 \$
25 à 29 ans	0,060 \$	0,028 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,026 \$	0,012 \$
30 à 34 ans	0,068 \$	0,031 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,026 \$	0,012 \$
35 à 39 ans	0,077 \$	0,036 \$	0,060 \$	0,028 \$	0,034 \$	0,016 \$	0,034 \$	0,016 \$
40 à 44 ans	0,119 \$	0,055 \$	0,085 \$	0,039 \$	0,068 \$	0,031 \$	0,051 \$	0,024 \$
45 à 49 ans	0,221 \$	0,102 \$	0,128 \$	0,059 \$	0,119 \$	0,055 \$	0,085 \$	0,039 \$
50 à 54 ans	0,357 \$	0,165 \$	0,204 \$	0,094 \$	0,213 \$	0,098 \$	0,128 \$	0,059 \$
55 à 59 ans	0,578 \$	0,267 \$	0,323 \$	0,149 \$	0,340 \$	0,157 \$	0,221 \$	0,102 \$
60 à 65 ans	0,833 \$	0,384 \$	0,442 \$	0,204 \$	0,493 \$	0,228 \$	0,315 \$	0,145 \$

[Retour à la table des matières de la section Tarification de l'assurance-vie complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Calcul des primes d'assurance-vie de l'employé ou d'assurance-vie du conjoint

La tarification de l'assurance-vie complémentaire pour vous et votre conjoint est établie en fonction du sexe, de l'âge au 31 décembre de l'année du régime, et du fait que l'assuré fume ou non. Vous et votre conjoint êtes admissibles à la tarification de non-fumeur si vous et votre conjoint n'avez pas fait usage de produits du tabac depuis 12 mois consécutifs.

S'il est constaté que vous ou votre conjoint fumez et que vous versez une prime de non-fumeur, vous ou vos bénéficiaires pourriez perdre tout droit à l'assurance. Si vous ou votre conjoint commencez ou recommencez à fumer, vous devez en aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale immédiatement, quelle que soit la période de l'année.

Vous trouverez dans l'outil d'inscription en ligne au Régime d'avantages sociaux à la carte le coût des primes d'assurance-vie complémentaire pour

vous et votre conjoint.

Si vous n'avez pas accès à l'intranet, voici comment calculer le coût de la prime de l'assurance-vie complémentaire à l'aide du [tableau Taux par tranche de 1 000 \\$ de capital assuré](#).

Exemple : Supposons qu'Élaine a un conjoint âgé de 37 ans qui ne fume pas. Elle souscrit pour lui un capital d'assurance-vie de 100 000 \$. Élaine touche une paie toutes les deux semaines.

$$0,016 \$ (\text{barème}) \times \frac{100\,000 \$}{1\,000 \$} = 1,60 \$ \text{ toutes les deux semaines}$$

[Retour à la table des matières de la section Tarification de l'assurance-vie complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Tarification de l'assurance-vie des personnes à charge pour vos enfants

Il en coûte 0,475 \$ par tranche de 5 000 \$ pour que tous vos enfants admissibles bénéficient d'une protection dans le cadre de l'assurance-vie des personnes à charge.

Par exemple, si vous souscrivez une couverture de 25 000 \$, le coût de cette assurance serait le suivant :

$$0,475 \$ \times \frac{25\,000 \$}{5\,000 \$} = 2,38 \$ \text{ par mois}$$

$$2,38 \$ \times \frac{12}{26} = 1,10 \$ \text{ par paie (à raison de 26 périodes de paie par année)}$$

[Retour à la table des matières de la section Tarification de l'assurance-vie complémentaire](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) Preuve d'assurabilité

Lorsque vous souscrivez l'assurance-vie complémentaire pour la première fois ou lorsque vous désirez augmenter votre capital assuré, la Financière Sun Life peut vous demander de fournir une preuve d'assurabilité. À cette fin, vous devez répondre à un bref questionnaire médical en remplissant le formulaire [Déclaration d'état de santé](#). Il est important de remplir le formulaire entièrement et correctement, puis de le renvoyer à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous avez présenté votre demande.

Il est possible que votre conjoint et vous deviez fournir une preuve d'assurabilité, selon le montant de la couverture demandée. Vous n'avez pas besoin de fournir une preuve d'assurabilité pour souscrire une assurance-vie pour vos enfants.

La Financière Sun Life peut décider qu'elle a besoin de plus amples renseignements avant d'approuver votre demande. En pareil cas, l'assureur pourrait vous demander, ainsi qu'à votre conjoint, s'il y a lieu, de fournir des renseignements médicaux supplémentaires ou de subir un examen médical. Si la Financière Sun Life fait une telle demande, vous disposez de 60 jours à compter de la date de la demande pour accomplir cette formalité. Si vous ne fournissez pas ces renseignements dans un délai de 60 jours, aucune suite ne sera donnée à votre demande. Les nouvelles couvertures au titre de **l'assurance-vie complémentaire de l'employé** et de **l'assurance-vie complémentaire du conjoint** ne prendront effet que lorsque les renseignements médicaux auront été acceptés comme preuve d'assurabilité et que votre demande aura été approuvée.

Pendant le processus d'évaluation, vous et votre conjoint conservez votre couverture actuelle jusqu'à ce que la couverture demandée soit autorisée. Si votre demande est refusée, votre couverture actuelle sera maintenue. Si la couverture demandée est autorisée, elle entrera en vigueur à la date d'approbation.

Pendant la période d'inscription annuelle

Vous devrez fournir une preuve d'assurabilité si vous désirez augmenter la couverture de **l'assurance-vie complémentaire de l'employé** **présentement en vigueur**.

Vous devrez fournir une preuve d'assurabilité pour votre conjoint si vous choisissez pour lui **l'assurance-vie complémentaire du conjoint** plus de 31 jours après la date d'admissibilité, ou si vous souhaitez porter le capital assuré à plus de 50 000 \$.

Si vous avez accès à l'intranet, vous pouvez télécharger les formulaires de [Déclaration d'état de santé](#) du site @votreservice et les faire parvenir à la Financière Sun Life, dûment remplis, avec le relevé de confirmation, que vous avez également téléchargé, dans les 31 jours suivant le début de l'année du régime, c'est-à-dire avant le 31 janvier. Si vous n'avez pas accès à l'intranet, vous recevrez par la poste les formulaires prescrits, accompagnés de votre relevé de confirmation.

Si vous êtes un nouvel employé

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité si vous êtes un nouvel employé et bénéficiez d'une couverture d'assurance-vie de base de plus de 600 000 \$.

Vous devez produire une preuve d'assurabilité pour **l'assurance-vie complémentaire de l'employé** si vous choisissez un montant équivalant à quatre ou cinq fois votre salaire, ou si le montant total est égal ou supérieur à un million de dollars. Cependant, vous n'avez pas à fournir une preuve d'assurabilité pour **l'assurance-vie complémentaire de l'employé** si le montant est égal à une fois, deux fois ou trois fois votre salaire (pourvu qu'il soit inférieur à un million de dollars) et si vous choisissez cette protection dans les 31 jours suivant la date de votre entrée en fonction.

Si vous choisissez **l'assurance-vie complémentaire du conjoint**, vous n'avez pas à produire une preuve d'assurabilité si le montant choisi est égal ou inférieur à 50 000 \$, à condition que vous choisissiez cette protection dans les 31 jours suivant la date de votre entrée en fonction.

Vous devez envoyer le formulaire à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la date de la présentation de votre demande.

En cas d'événement admissible

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour **l'assurance-vie complémentaire de l'employé** :

- Si vous désirez augmenter le capital assuré de plus d'un niveau;

- Si vous demandez un montant équivalant à quatre ou cinq fois votre salaire, ou si le capital assuré total est égal ou supérieur à un million de dollars.

De plus, votre conjoint doit produire une preuve d'assurabilité si vous voulez porter la couverture de **l'assurance-vie complémentaire du conjoint** à un montant supérieur à 50 000 \$.

Vous devez envoyer le formulaire à la Financière Sun Life dans les 31 jours suivant la date de la présentation de votre demande.

[Retour au début](#) Désignation de bénéficiaire

Le capital souscrit dans le cadre des assurances-vie de base et complémentaire de l'employé est versé au bénéficiaire désigné. À moins d'indication contraire de votre part, la Société tiendra pour acquis que les personnes désignées comme bénéficiaires de votre assurance-vie de base sont également les bénéficiaires de votre assurance-vie complémentaire, de votre assurance-décès et mutilation accidentels et de votre assurance-accident de voyages d'affaires. Le ou les bénéficiaires inscrits à votre dossier ne changent pas tant que vous ne remplissez pas un nouveau [formulaire de désignation de bénéficiaire](#). Si vous souscrivez une assurance-vie pour la première fois ou désirez changer de bénéficiaire, vous pouvez obtenir le formulaire à remplir en accédant au site intranet @votreservice.

Il existe deux types de désignations de bénéficiaire, l'une est révocable et l'autre, irrévocable. La désignation **révocable** peut être modifiée en tout temps, sans le consentement du bénéficiaire désigné. Par opposition, la désignation **irrévocable** accorde certains pouvoirs à votre bénéficiaire et vous interdit d'en désigner un autre sans son consentement écrit.

Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire de l'assurance-vie de base ou de l'assurance-vie complémentaire de l'employé, le capital assuré sera versé à votre succession. Vous devriez donc penser à modifier votre désignation de bénéficiaire durant la période d'inscription annuelle ou lorsqu'un événement admissible survient dans votre vie, par exemple la naissance d'un enfant ou un changement dans votre état civil.

Vous devenez automatiquement bénéficiaire de l'assurance-vie complémentaire de votre conjoint et de celle des enfants à charge que vous avez souscrites dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Conseil Nota :Au Québec, certaines désignations de bénéficiaire sont automatiquement réputées irrévocables. Communiquez avec la Financière Sun Life si vous désirez obtenir plus de détails à ce sujet ou vérifier si vous êtes touché par cette disposition.

[Retour au début](#) Option de transformation

Si vous quittez la Société, vous pouvez transformer vos assurances-vie de base et complémentaire de l'employé en police individuelles, sans avoir à produire de preuve d'assurabilité (jusqu'à concurrence d'un montant de 200 000 \$ pour l'assurance-vie de base ou complémentaire). Vous devez souscrire une police individuelle et payer la prime du premier mois dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi (période de transformation). Si vous décédez avant la fin de la période de transformation, le régime de la Société versera à vos bénéficiaires le capital assuré dans le cadre de l'assurance-vie de base et de l'assurance-vie complémentaire, même si vous n'aviez pas souscrit de police individuelle.

Vous pouvez également transformer l'assurance-vie complémentaire de votre conjoint, jusqu'à concurrence d'un montant de 200 000 \$, en une police individuelle, sans que votre conjoint ait à produire de preuve d'assurabilité. Dans ce cas-ci également, votre conjoint doit souscrire une police individuelle et payer la prime du premier mois dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi (période de transformation). Si votre conjoint décède au cours de la période de transformation, le régime de la Société vous versera le capital assuré. Aucune option de transformation n'est offerte pour l'assurance-vie de vos enfants.

Remarque

Si vous quittez la Société, il serait opportun de déterminer si vous devriez transformer votre protection en police d'assurance-vie individuelle. Si vous souffrez de troubles médicaux qui peuvent vous rendre inadmissible à une autre police d'assurance plus tard ou faire en sorte que vous ne puissiez bénéficier de la même protection dans le cadre du régime de votre nouvel employeur, il peut être préférable de vous prévaloir de l'option de transformation. Le coût de votre nouvelle assurance sera calculé en fonction des primes en vigueur pour une personne de votre âge. Le type de la police individuelle qui sera offerte, ses modalités et la tarification sont déterminés par la Financière Sun Life indépendamment du contrat collectif qui couvre le Régime d'avantages sociaux à la carte. Pour de plus amples renseignements concernant la transformation des polices, veuillez communiquer avec la Financière Sun Life.

[Retour au début](#) Exclusions de l'assurance-vie

Aucune indemnité d'assurance-vie complémentaire de l'employé ou des personnes à charge n'est versée dans le cas d'un décès directement ou indirectement attribuable à un suicide, que l'assuré soit sain d'esprit ou non. Cette exclusion ne s'applique que dans les deux années consécutives à la prise d'effet de l'assurance-vie complémentaire de l'employé et de celle des personnes à charge.

Aucune indemnité n'est versée dans le cas du décès d'un enfant à charge qui survient dans les 24 heures suivant sa naissance.

L'assurance-vie de base et l'assurance-vie complémentaire de l'employé et celle des personnes à charge ne comportent aucune exclusion relative aux actes de guerre ou de terrorisme. Il y a cependant des exclusions pour l'assurance-décès et mutilation accidentels. Pour plus de détails, voir [Exclusions de l'assurance-décès et mutilation accidentels](#).

[Retour au début](#) Liste de contrôle pour l'assurance-vie

Il n'est pas toujours facile de déterminer le capital d'assurance-vie nécessaire pour assurer l'avenir financier d'une famille. Certains utilisent une règle généralement acceptée, à savoir quatre à six fois le salaire, tandis que d'autres jugent qu'il n'existe pas réellement de méthode pour évaluer avec exactitude quelle somme sera suffisante. Une bonne planification est cependant indispensable.

En déterminant les besoins actuels et futurs de votre famille, vous pouvez évaluer plus précisément le capital d'assurance-vie dont vous aurez

besoin pour lui assurer un niveau de vie adéquat. Plusieurs facteurs doivent être pris en considération pour déterminer le capital d'assurance-vie nécessaire pour protéger les personnes qui vous sont chères.

- Revenu mensuel - Votre famille compte probablement sur votre revenu, en totalité ou en partie, pour régler des dépenses mensuelles telles que la nourriture, les vêtements et les dépenses courantes du ménage. Ces biens et services sont essentiels à la survie de votre famille, et c'est généralement à ce chapitre que la perte d'un revenu régulier se fait le plus sentir.
- Couverture d'assurance-vie actuelle - Vous devez évaluer le montant total des assurances-vie que vous souscrivez à l'heure actuelle (dans le cadre du régime de la Société et à titre personnel).
- Habitation - S'il vous arrivait quelque chose, vous souhaiteriez sans doute que vos enfants continuent de fréquenter une école qui leur est familière, avec des professeurs et des compagnons qu'ils connaissent bien. Vous voudrez donc que votre famille dispose de fonds suffisants pour effectuer les versements hypothécaires ou payer le loyer pendant plusieurs années, ou même pour régler l'hypothèque. Souscrivez-vous une assurance hypothécaire auprès de votre institution prêteuse? Le cas échéant, comment la couverture et les coûts de cette assurance se comparent-ils à ceux de l'assurance-vie?
- Urgences - Votre famille pourrait avoir besoin d'argent pour faire face à des urgences telles que des accidents, des réparations à la maison ou d'autres dépenses imprévues pouvant bouleverser sa situation financière.
- Éducation - Nombreux sont ceux qui souhaitent que leurs enfants poursuivent des études postsecondaires. Vous voudrez peut-être prévoir des fonds à cette fin.
- Derniers frais - Votre famille devra assumer des frais d'obsèques et peut-être des frais médicaux au moment de votre décès. De plus, elle devra peut-être faire face à des dettes et à des obligations fiscales.

[Retour au début](#) **Section 3 : Inscription, présentation des demandes de règlement et modification des protections**

[Retour au début](#) **Comment s'inscrire pendant la période d'inscription annuelle**

La période d'inscription annuelle représente l'occasion idéale d'examiner les avantages sociaux dont vous pouvez bénéficier et de choisir les régimes les mieux adaptés à vos besoins et à ceux des personnes à votre charge admissibles.

Si vous êtes un nouvel employé et que vous vous inscrivez pour la première fois, consultez la section [Si vous avez été embauché le 1^{er} janvier 2004 ou après cette date](#). Si un événement admissible survient dans votre vie, consultez la section [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#).

Que le Régime d'avantages sociaux à la carte soit nouveau pour vous ou non, consultez le Guide des étapes 2004 avant de vous inscrire. Vous y trouverez tous les renseignements dont vous avez besoin, dont des précisions sur les situations où il est nécessaire de s'inscrire, sur les outils à

utiliser et sur ce qui arrive si vous ne vous inscrivez pas. Il vous indique aussi comment procéder en cas d'événement admissible.

[Retour au début](#) **Mesures à prendre**

- [Préparation à l'inscription](#)
- [Processus d'inscription au régime de 2004](#)
- [Méthodes d'inscription](#)

Préparation à l'inscription

Tout en réfléchissant aux protections qui vous sont offertes :

- Déterminez-en le coût. Utilisez l'outil d'inscription en ligne (ou votre feuille de calcul personnalisée si vous n'avez pas accès à l'intranet) pour établir le coût total que vous devrez assumer selon vos choix.
- Déterminez le coût des choix d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe que vous avez faits et vérifiez si des remboursements en crédits sont offerts.

- Comparez attentivement les choix offerts et consultez le site intranet @votreservice.
- Avant de faire vos choix définitifs, examinez d'abord les protections dont bénéficie votre conjoint (s'il y a lieu) afin de prendre des décisions éclairées sur la couverture complémentaire qui vous est offerte dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte.
- Faites vos choix en fonction de vos besoins et de ceux de votre famille.
- Décidez si vous voulez verser vos crédits inutilisés dans un compte de remboursement de soins de santé (CRSS).

Nota : Outre la période d'inscription annuelle, il y a deux autres circonstances où vous pouvez modifier vos avantages sociaux :

- Lorsque vous entrez en fonction. Consultez la section [Si vous entrez en fonction le 1^{er} janvier 2004 ou après cette date](#).
- Lorsqu'un événement admissible survient dans votre vie. Consultez la section [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#).

[Retour à la table des matières de la section Mesures à prendre](#)

À l'intérieur

- [Mesures à prendre](#)
- [Formulaires à remplir](#)
- [Votre relevé de confirmation](#)
- [Si vous ne vous inscrivez pas](#)
- [Inscription des personnes à votre charge et saisie de l'information en ligne](#)
- [Si votre conjoint et vous travaillez tous les deux pour Nortel Networks](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

Processus d'inscription au régime de 2004

- **Revoyez vos protections actuelles en ligne**, dans l'outil d'inscription. Si vous n'avez pas accès à l'intranet, vous recevrez à la maison une feuille de calcul personnalisée vous indiquant vos protections et vos coûts actuels. Vous pouvez consulter le [Tableau comparatif du coût des régimes 2003/2004](#), pour connaître les coûts applicables en 2004.
- **Lisez soigneusement le *Carnet de route***. Ce document offre un aperçu des nouveautés du régime et vous aide à déterminer si vous devez vous inscrire et, le cas échéant
- **Suivez le *Guide des étapes*** pour savoir quoi faire, au cours de la période d'inscription annuelle.
- **Étudiez attentivement le présent manuel**. Vous y trouverez des précisions sur les avantages sociaux dont vous bénéficiez automatiquement et sur les choix qui s'offrent à vous. Chacune des options présentées dans l'outil d'inscription en ligne au Régime d'avantages sociaux à la carte ou inscrites sur la feuille de calcul personnalisée que vous avez reçue si vous n'avez pas accès à l'intranet correspond à une section du manuel.
- **Consultez l'outil d'inscription en ligne au Régime d'avantages sociaux à la carte pour connaître les coûts des protections**, puis faites vos choix. Il est préférable de vérifier les coûts que vous devrez assumer pour diverses combinaisons d'avantages sociaux avant de prendre une décision finale. Si vous n'avez pas accès à l'intranet, les coûts

N'oubliez pas :

- Les choix que vous aurez faits pendant la période d'inscription annuelle seront en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004, sous réserve de votre admissibilité et de l'éventualité que la Société modifie ou mette fin à certains régimes. Vous ne pouvez les modifier au cours de l'année, à moins que ne survienne un [événement admissible](#). Par événement admissible, on entend, entre autres, un mariage, un divorce et la naissance ou l'adoption d'un enfant.
- Si un événement admissible survient au cours de l'année, vous devez en aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale et mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge, puis soumettre vos choix d'avantages sociaux dans les 31 jours suivant l'événement admissible. Vos nouvelles protections entrent en vigueur à compter de la date de l'événement admissible, à moins qu'une preuve d'assurabilité ne soit exigée. Si vous souscrivez une couverture d'assurance-vie ou d'assurance-incapacité de longue durée (ILD) complémentaire pour laquelle une [preuve d'assurabilité](#) est exigée, cette couverture n'entre en

des protections figurent sur votre feuille de calcul personnalisée. Vous pouvez également consulter le [Tableau comparatif du coût des régimes 2003/2004](#) qui sera mis à votre disposition avant la période d'inscription annuelle.

- **Consultez le relevé détaillé des prestations qui vous ont été versées que vous avez reçu de la Financière Sun Life par la poste.**

Étudiez-le pour évaluer l'utilisation que vous et votre famille avez fait des divers régimes en 2003.

- **Inscrivez-vous par intranet.** Si vous modifiez vos choix d'avantages sociaux à la carte, mettez à jour les renseignements sur les personnes à votre charge, ou modifiez votre déclaration relative à l'usage du tabac ou celle de votre conjoint pour l'assurance-vie.

vigueur qu'à la date d'autorisation par la Financière Sun Life. Si vous soumettez les modifications à vos protections après le délai de 31 jours, vos nouveaux choix d'avantages sociaux n'entreront pas en vigueur, le délai d'inscription étant écoulé. **Aucune personne à votre charge (y compris les nouveau-nés) n'est automatiquement inscrite à l'assurance médicale ou à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, même si vous avez choisi la protection familiale.**

Méthodes d'inscription

1. Inscription en ligne : utilisez l'[outil d'inscription en ligne](#)
2. Inscription sur papier

Vous ne recevrez une feuille de calcul personnalisée que si vous n'avez pas accès à l'intranet ou avez choisi de vous inscrire en français.

- Si un événement admissible survient dans votre vie et que vous inscrivez une nouvelle personne à charge admissible ou modifiez vos choix d'avantages sociaux, suivez les instructions de la section [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#).

[Retour à la table des matières de la section Mesures à prendre](#)

[Retour à la table des matières générale](#)

[Retour au début](#) **Formulaires à remplir**

Si vous souhaitez apporter les modifications décrites ci-dessous, vous devez remplir les formulaires appropriés et les faire parvenir à l'adresse indiquée.

- Si vous devez soumettre une preuve d'assurabilité en raison de la couverture d'assurance-vie ou d'ILD complémentaire que vous avez choisie et si vous n'avez pas accès à l'intranet, un exemplaire du formulaire [Déclaration d'état de santé](#) sera joint au relevé de confirmation que vous recevrez par la poste. Si vous avez accès à l'intranet, vous n'avez qu'à télécharger le formulaire à partir du dossier sur le site @votreservice.

Conseil La personne désignée devient automatiquement bénéficiaire de votre assurance-accident de voyages d'affaires, à moins que vous ne preniez d'autres dispositions auprès des Services au personnel à l'échelle mondiale.

- Si vous désirez renoncer à l'assurance médicale parce que vous (et les personnes à votre charge, au Québec) êtes couvert par un autre régime, vous devez remplir le formulaire de renonciation à l'assurance médicale ([Québec](#) / [Employés résidant hors du Québec](#)). Si vous avez accès à l'intranet, vous n'avez qu'à télécharger le formulaire à partir du dossier sur le site @votreservice.. Remplissez le formulaire et renvoyez-le aux Services au personnel à l'échelle mondiale au plus tard à la date indiquée. Vous n'avez pas à le faire cette année si vous l'avez déjà fait l'année dernière.

[Retour au début](#) **Votre relevé de confirmation**

Si vous avez accès à l'intranet, vous devez imprimer votre propre relevé de confirmation après avoir terminé votre inscription. Nous vous recommandons d'en imprimer un même si vous n'avez pas modifié vos protections, car vous ne recevrez pas de relevé de confirmation par la poste.

Si vous n'avez pas accès à l'intranet ou désirez vous inscrire en français, un relevé de confirmation vous parviendra par la poste à la fin de la période d'inscription., que vous ayez modifié vos protections ou non.

Si vous constatez des erreurs sur votre relevé de confirmation, informez-en les Services au personnel à l'échelle mondiale sans délai.

Les modifications que vous apportez au cours de la présente période d'inscription s'appliqueront du 1er janvier au 31 décembre 2004, sauf si votre admissibilité change ou que vous modifiez vos choix en raison d'un événement admissible. Pour savoir comment procéder en cas d'événement admissible, reportez-vous à la section [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#).

Il est à noter toutefois que les exceptions suivantes s'appliquent à l'assurance-incapacité, à l'assurance-vie et à l'assurance-décès et mutilation accidentels quant à la date de prise d'effet des protections :

- L'assurance-vie ou l'ILD complémentaire pour laquelle une preuve d'assurabilité a été exigée ne prendra effet qu'à la date à laquelle la demande aura été approuvée.
- Si, le 1^{er} janvier 2004, vous touchez des prestations d'incapacité de courte durée, vos protections d'incapacité de courte durée et d'incapacité de longue durée et les protections d'assurance-vie et d'assurance-décès et mutilation accidentels complémentaires pour vous et les personnes à votre charge choisies pour 2003 demeureront en vigueur jusqu'à ce que vous ayez repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Vous avez des questions au sujet de vos protections? Communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale au RCE 352-4636 ou 919-992-4636, ou au 1-800-676-4636 (sans frais).

[Retour au début](#) **Si vous ne vous inscrivez pas**

Si vous ne vous inscrivez pas aux protections offertes dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte 2004, votre couverture dépendra du fait que vous ayez été inscrit ou non en 2003.

Si vous ne faites pas de modification :

- Les prestations d'incapacité et le capital d'assurance-vie et celui d'assurance-décès et mutilation accidentels pour vous ou votre conjoint peuvent varier si votre salaire est rajusté par rapport à l'année dernière.
- Vos primes d'assurance-vie et celles de votre conjoint peuvent varier si vous ou votre conjoint changez de tranche d'âge ou modifiez votre déclaration relative à l'usage du tabac.

Couverture par défaut	Si vous étiez inscrit en 2003	Si vous n'étiez pas inscrit en 2003
Assurance médicale (Si vous êtes inscrit par défaut au régime de base, les crédits non utilisés vous seront remis.)	Primes du régime d'assurance maladie provincial (le cas échéant) et Programme d'aide aux employés/Solutions travail-famille Mêmes niveau de couverture et option de situation familiale qu'en 2003	Primes du régime d'assurance maladie provincial (le cas échéant) et Programme d'aide aux employés/Solutions travail-famille Régime de base pour vous seulement (vous et votre famille au Québec)
Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe (Si vous renoncez par défaut à cette protection, les crédits non utilisés vous seront remis.)	Mêmes niveau de couverture et option de situation familiale qu'en 2003	Aucune couverture
Assurance-vie de l'employé	Assurance-vie de base Même capital assuré qu'en 2003 pour l'assurance-vie complémentaire	Assurance-vie de base seulement
Assurance-vie des personnes à charge		

Conjoint Enfants à charge	Même capital assuré qu'en 2003 Même capital assuré qu'en 2003	Aucune couverture Aucune couverture
Assurance-décès et mutilation accidentels	Mêmes capital assuré et protection des personnes à charge qu'en 2003	Aucune couverture
Assurance-incapacité de courte durée	Même protection qu'en 2003	Couverture de base seulement
Assurance-incapacité de longue durée	Même protection qu'en 2003	Couverture de base seulement
Compte de remboursement des soins de santé (CRSS)	Si, en 2003, vous avez affecté des crédits inutilisés à votre CRSS et si les mêmes choix génèrent des crédits inutilisés en 2004, ceux-ci seront versés dans votre CRSS (minimum de 1 \$ par période de paie).	Vous toucherez tous les crédits inutilisés en rémunération imposable.

[Retour au début](#) **Inscription des personnes à votre charge et saisie de l'information en ligne**

Dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, l'inscription des personnes à votre charge admissibles se fait dans les circonstances suivantes :

- Au moment de l'inscription annuelle.
- Lorsque qu'un événement admissible se produit. Pour en savoir davantage à ce sujet, consultez la section [Événements admissibles \(changement de votre situation familiale ou au travail\)](#).
- Lorsque vous entrez en fonction. Allez à la section [Si vous entrez en fonction le 1^{er} janvier 2004 ou après cette date](#).

Si vos enfants sont au service de Nortel Networks et sont admissibles au [Régime d'avantages sociaux à la carte](#), ils doivent s'y inscrire à titre d'employés. Ils ne peuvent être considérés comme personnes à votre charge.

Vous pouvez consulter les renseignements sur les personnes à votre charge au moyen de l'outil d'inscription en ligne au Régime d'avantages sociaux à la carte. Que vous vouliez mettre à jour des renseignements sur des personnes à charge déjà inscrites ou inscrire de nouvelles personnes, vous pouvez le faire en ligne.

Si vous n'avez pas accès à l'intranet, téléphonez aux Services au personnel à l'échelle mondiale.

Seules les personnes à votre charge admissibles inscrites seront couvertes. Si vous demandez le règlement de frais engagés pour une personne à votre charge qui ne figure pas dans la base de données du Service des ressources humaines, la Financière Sun Life ne disposera pas de l'information correcte et votre demande sera rejetée (même si l'option de situation familiale choisie relativement à l'assurance médicale ou à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe couvre les personnes à votre charge).

[Retour au début](#) **Si votre conjoint et vous travaillez tous les deux pour Nortel Networks**

Votre conjoint et vous recevrez chacun tous les crédits auxquels vous avez droit et pourrez faire des choix distincts pour ce qui est de la couverture complémentaire du Régime d'avantages sociaux à la carte. Par exemple, vous-même pouvez choisir la protection pour vous et votre famille de l'assurance médicale et renoncer à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Votre conjoint peut pour sa part utiliser ses propres crédits pour souscrire l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Ou encore, l'un de vous peut choisir la protection pour lui et la famille de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, tandis que l'autre peut recevoir ses crédits inutilisés en rémunération imposable ou les verser dans le compte de remboursement des soins de santé et s'en servir pour obtenir le remboursement de frais non admissibles dans le cadre du régime. N'oubliez pas que si vous désirez vous prévaloir tous les deux de la clause de coordination des prestations, chacun de vous doit choisir la protection pour vous et votre conjoint ou la protection pour vous et votre famille. Pour plus d'information, consultez les rubriques [Admissibilité](#), [Preuve d'assurabilité](#), [Coordination des prestations](#), [Assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire](#) ou [Assurance-vie](#).

[Retour au début](#) **Rajustement salarial et avantages sociaux**

Si votre salaire est rajusté en cours d'année, le montant des retenues salariales, des [crédits](#) ou des coûts de vos protections complémentaires sera maintenu. Toutefois, si vous décédez ou êtes frappé d'incapacité, le montant des indemnités de l'assurance-vie et de l'assurance-incapacité sera calculé en fonction du [salaire](#) que vous touchiez au moment de l'événement. Le salaire correspond généralement au salaire de base que vous recevez de Nortel Networks. Pour 2004, les calculs servant à établir vos crédits et les primes des protections liées au salaire seront fondés sur votre salaire au 27 septembre 2003. Si vous êtes entré en fonction après le 27 septembre 2003, votre salaire sera le salaire versé au moment de votre entrée en fonction.

Si vous travaillez à temps partiel, le montant des crédits fournis par la Société sera calculé de la même façon que pour les employés à plein temps, sauf que votre salaire sera calculé en fonction d'une semaine de travail de 25 heures. Vos primes d'assurance-vie et d'assurance-incapacité complémentaires seront établies en fonction d'une semaine de travail de 25 heures.

Les prestations d'assurance-vie et d'assurance-incapacité seront calculées en fonction du salaire réel que vous receviez au moment du décès ou du début de l'incapacité.

[Retour au début](#) **Si vous entrez en fonction le 1^{er} janvier 2004 ou après cette date**

La plupart des directives contenues dans le présent manuel s'appliquent aussi à vous, à quelques exceptions près :

- Vous disposez de 31 jours suivant la date de votre entrée en fonction pour vous inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte. Si vous ne respectez pas ce délai, vous bénéficierez de la [couverture de base](#).

- Si vous vous inscrivez le jour de votre entrée en fonction ou à une date antérieure, ou encore dans les 31 jours suivant votre entrée en fonction, les options choisies seront en vigueur à compter de la date de votre entrée en fonction, sauf si vous souscrivez une couverture d'assurance-vie pour laquelle une preuve d'assurabilité est exigée.
- Peu importe le moment de votre inscription, toute couverture d'assurance-vie pour laquelle une preuve d'assurabilité est exigée entrera en vigueur à la date d'autorisation.

Assurez-vous d'avoir tous les documents et les formulaires nécessaires pour votre inscription en consultant la liste de contrôle incluse dans la trousse de documentation des nouveaux employés.

Retour au début Événements admissibles (changement de votre situation familiale ou au travail)

Vous pouvez modifier vos choix d'avantages sociaux entre les périodes d'inscription annuelle s'il survient un événement admissible dans votre vie. Le cas échéant, il vous incombe d'en aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant l'événement.

On entend par événement admissible un changement dans votre situation personnelle qui a une incidence sur les protections dont vous avez besoin et qui vous donne le droit de modifier vos choix dans les 31 jours qui suivent ce changement, en dehors de la période d'inscription annuelle. Les événements admissibles comprennent, entre autres, ce qui suit :

- Mariage, union civile (résidents du Québec) ou cohabitation depuis 12 mois sans interruption avec un conjoint de fait de même sexe ou de sexe opposé;
- divorce, dissolution de l'union civile (résidents du Québec), séparation judiciaire ou rupture de l'union de fait avec un conjoint de même sexe ou de sexe opposé;
- naissance, adoption ou changement dans la garde d'un enfant à charge;
- perte d'emploi, nouvel emploi ou changement de statut d'emploi de votre conjoint ayant une incidence sur les protections souscrites;
- changement pour ce qui est de l'admissibilité d'un enfant en tant que personne à charge;
- décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

Le fait d'être frappé d'incapacité ne constitue pas un événement admissible.

Quand un événement admissible se produit au cours de l'année, vous pouvez inscrire des personnes à charge ou annuler leur inscription et modifier vos protections en conséquence.

Voici les étapes à suivre en cas d'événement admissible :

- Informez-en les Services au personnel à l'échelle mondiale.
- Vous devez remplir les formalités requises dans les 31 jours suivant cet événement si vous souhaitez modifier les renseignements sur les personnes à votre charge ou changer vos protections.

- Si vous n'avez pas accès à l'intranet, les Services au personnel à l'échelle mondiale vous feront parvenir les formulaires à remplir et vous indiqueront la manière de procéder pour effectuer les modifications requises.
- Si vous avez accès à l'intranet, utilisez l'[outil d'inscription en ligne](#) pour mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge et modifier vos protections.
- Vérifiez si les modifications que vous avez apportées sont exactes. Si c'est le cas, vous pouvez accepter en ligne l'attestation exigée pour valider l'information relative à l'événement admissible.

Conseil N'oubliez pas de désigner un bénéficiaire de votre assurance-vie. Il est important de le faire, car votre famille pourrait devoir subir des complications et des délais si aucun bénéficiaire n'a été désigné.

Si vous respectez la marche à suivre ci-dessus, les modifications entreront en vigueur à la date de l'événement, sauf dans le cas d'une adoption. Dans ce cas, l'enfant sera couvert à partir du moment où il deviendra légalement une personne à votre charge. Toute couverture d'assurance-vie pour laquelle vous devez fournir une preuve d'assurabilité entrera en vigueur à la date d'autorisation par la Financière Sun Life.

Vous devez modifier vos avantages sociaux en fonction de l'événement admissible. Par exemple, dans le cas d'un nouveau-né, vous pouvez inscrire celui-ci dans le cadre de l'assurance médicale ou de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et souscrire l'assurance-vie complémentaire des personnes à charge.

Conseil Nota : Si vous avez un CRSS et qu'à la suite d'un événement admissible, vous choisissez à nouveau un CRSS, vous disposez de 31 jours pour utiliser votre solde actuel.

Inscription des personnes à charge : vous devez vous assurer que le nom de toutes les personnes à charge que vous souhaitez assurer figure dans l'outil d'inscription en ligne (base de données du Service des ressources humaines de Nortel Networks). **Aucune personne à votre charge n'est automatiquement inscrite à l'assurance médicale ou à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, même si vous avez choisi la protection familiale. Vous devez prendre les mesures nécessaires à cet effet.**

Si l'événement admissible survient *après* votre inscription annuelle, mais *avant* le début de l'année du régime (1^{er} janvier 2004), communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale pour modifier vos choix. Vous devrez également vous **inscrire à nouveau** au régime 2004. Un représentant des Services au personnel à l'échelle mondiale vous aidera à remplir ces modalités. Les Services au personnel à l'échelle mondiale vous feront également parvenir une lettre explicative à ce sujet, par courriel, si vous avez accès à l'intranet ou par la poste, si vous n'avez pas accès à l'intranet.

[Retour au début](#) **Arrêt de travail et protections**

[Retour au début](#) **Incapacité de courte durée (ICD)**

À l'intérieur

Pendant un congé pour incapacité de courte durée, vous continuez d'accumuler des crédits et de cotiser au régime (s'il y a

- [Incapacité de courte durée](#)

lieu) par retenues salariales.

Protections

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : vous recevrez les prestations de base ou complémentaires selon les options que vous aviez choisies au moment où vous avez été frappé d'incapacité.

- [Incapacité de longue durée](#)
- [Congé de maternité/parental](#)
- [Congé autorisé](#)
- [Cessation d'emploi](#)
- [Retraite](#)
- [Avantages sociaux des survivants](#)

Assurance-décès et mutilation accidentels : votre couverture complémentaire et celle des personnes à votre charge sont maintenues.

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : votre couverture complémentaire actuelle est maintenue. Vous conservez l'option de situation familiale et le niveau de couverture qui étaient en vigueur au moment où vous avez été frappé d'incapacité.

Assurance-vie : vos couvertures de base et complémentaire et la couverture des personnes à votre charge sont maintenues.

Si vous êtes en congé pour incapacité de courte durée durant la période d'inscription annuelle ou lorsqu'un événement admissible survient, vous ne pouvez pas modifier vos protections actuelles d'assurance-incapacité de courte durée, d'assurance-incapacité de longue durée, d'assurance-décès et mutilation accidentels et d'assurance-vie.

Si vous choisissez de nouvelles protections d'ICD à l'inscription annuelle, mais êtes en arrêt de travail pour des raisons d'incapacité de courte durée au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), vous ne bénéficierez des protections d'assurance-incapacité de courte durée, d'assurance-incapacité de longue durée, d'assurance-décès et mutilation accidentels et d'assurance-vie que vous avez choisies que lorsque vous aurez repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Pour modifier vos protections, vous devrez aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant la fin de cette période de 60 jours.

Par contre, si vous êtes en arrêt de travail pour des raisons d'incapacité de courte durée au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier) et avez choisi de nouvelles protections d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe à l'inscription annuelle, vous *bénéficierez* des nouvelles protections choisies.

[Retour au début](#) Incapacité de longue durée

Pendant un congé pour incapacité de longue durée, vous êtes exonéré des cotisations exigibles en ce qui concerne l'assurance-incapacité de courte durée, l'assurance-incapacité de longue durée, l'assurance-décès et mutilation accidentels et l'assurance-vie. Si vous participez au régime supérieur ou privilège de l'assurance médicale et au régime supérieur de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et désirez continuer de participer à ces régimes pendant que vous recevez des prestations d'incapacité de longue durée, vous devez continuer de cotiser pour maintenir ce niveau de couverture. Cependant, si vous choisissez de cesser de participer au régime supérieur ou privilège, vous êtes couvert par le régime complet et

n'avez pas besoin de cotiser.

Protections

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : vous recevez les prestations de base ou complémentaires selon les protections que vous aviez choisies au moment où vous avez été frappé d'incapacité.

Assurance-décès et mutilation accidentels : votre couverture complémentaire et celle des personnes à votre charge sont maintenues.

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : vous bénéficiez automatiquement de la couverture du régime complet et êtes exonéré des cotisations exigibles même si vous vous étiez inscrit au régime de base ou si vous aviez renoncé à cette protection. Si vous aviez choisi le régime supérieur ou privilège, vous pouvez continuer d'y participer, mais vous devez continuer de cotiser pour conserver ce niveau de couverture. Si vous participez au régime de base ou au régime complet, vous ne pouvez passer au régime supérieur ou privilège. Si vous décidez de cesser de participer au régime supérieur ou privilège, vous ne pourrez plus y revenir tant que vous recevrez des prestations d'incapacité.

Assurance-vie : votre couvertures complémentaire et celle des personnes à votre charge sont maintenues.

Si vous êtes en congé pour incapacité de longue durée durant l'inscription annuelle ou lorsqu'un événement admissible survient, vous ne pouvez modifier vos protections avant d'avoir repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Pour modifier vos protections, vous devrez aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant la fin de cette période de 60 jours.

Si, pendant un congé pour incapacité de courte durée, vous choisissez de nouvelles protections d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe à l'inscription annuelle, mais commencez à recevoir des prestations d'incapacité de longue durée au début de l'année du régime (le 1^{er} janvier), vous *ne bénéficierez pas* des nouvelles protections choisies au titre de ces assurances avant d'avoir repris le travail pendant 60 jours consécutifs. Pour modifier vos protections, vous devrez aviser les Services au personnel à l'échelle mondiale dans les 31 jours suivant la fin de cette période de 60 jours.

Si un événement admissible survient pendant que vous êtes en congé pour incapacité de longue durée, vous pouvez modifier votre option de situation familiale en ajoutant ou en supprimant le nom d'une personne à charge dans le cadre de votre assurance médicale et de votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

[Retour au début](#) **Congé de maternité/parental**

Assurance-incapacité de courte durée, assurance-incapacité de longue durée et assurance-vie : pendant la portion de votre congé prévue par la loi, vos protections de base et complémentaire sont maintenues. Les cotisations exigibles sont retenues sur votre prestation complémentaire. À la cessation des versements de la prestation complémentaire, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront retenues sur votre paie à votre retour au travail.

Par ailleurs, vous pouvez souscrire ces assurances ou modifier votre niveau de couverture dans les 31 jours suivant la naissance de votre enfant ou, dans le cas d'une adoption, dans les 31 jours suivant l'arrivée de votre enfant chez vous. La couverture alors souscrite sera maintenue jusqu'à la fin

de la portion de votre congé prévue par la loi. Après cette date, si vous décidez de poursuivre votre congé, vos protections de base et complémentaire prendront fin.

Assurance-décès et mutilation accidentels, assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : pendant la portion de votre congé prévue par la loi, vos protections de base et complémentaire sont maintenues. Les cotisations exigibles sont retenues sur votre prestation complémentaire. À la cessation des versements de la prestation complémentaire, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront retenues sur votre paie à votre retour au travail.

Par ailleurs, vous pouvez souscrire ces assurances ou modifier votre niveau de couverture dans les 31 ;jours suivant la naissance de votre enfant ou, dans le cas d'une adoption, dans les 31 jours suivant l'arrivée de votre enfant chez vous. La couverture alors souscrite sera maintenue jusqu'à la fin de la portion de votre congé prévue par la loi. Après cette date, si vous décidez de poursuivre votre congé, vos protections de base et complémentaire prendront fin.

[Retour au début](#)**Congé autorisé**

Pendant un congé autorisé payé autre qu'une incapacité de courte ou de longue durée. Pour en savoir plus sur vos protections pendant des périodes d'[incapacité de courte durée](#) ou d'[incapacité de longue durée](#), reportez-vous aux sections ci-dessus.

Assurance-incapacité de courte durée, assurance-incapacité de longue durée et assurance-vie :

Congé non payé : votre couverture de base ou complémentaire actuelle prend fin le premier jour du mois suivant la période de 30 jours consécutive à votre départ. S'il y a lieu, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront déduites de votre paie à votre retour au travail.

Congé payé : votre couverture de base ou complémentaire est maintenue pendant un congé payé. Des exceptions s'appliquent dans le cas de certains congés pris à la demande de la Société.

Assurance-décès et mutilation accidentels, assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe :

Congé non payé : votre couverture de base ou complémentaire actuelle prend fin le premier jour du mois suivant la période de 30 jours consécutive à votre départ. S'il y a lieu, les cotisations exigibles s'accumuleront et seront déduites de votre paie à votre retour au travail.

Congé payé : les cotisations exigibles pour la couverture complémentaire sont maintenues.

[Retour au début](#)**Cessation d'emploi**

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : votre couverture de base ou complémentaire prend fin à votre dernier jour de travail.

Assurance-décès et mutilation accidentels : votre couverture complémentaire et celle des personnes à votre charge prennent fin à votre dernier jour de travail ou d'admissibilité.

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : votre couverture complémentaire prend fin à la fin du mois qui suit votre dernier jour de travail ou d'admissibilité. Si vous avez moins de 69 ans, vous pouvez, au cours de la période de 60 jours qui suit votre cessation d'emploi, transformer votre assurance médicale et votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe en police individuelle auprès de la Financière Sun Life. Si vous désirez transformer votre assurance collective en assurance individuelle, remplissez le formulaire d'inscription à l'assurance Choix protection-santé sur le site www.sunlife.com/pfs.

Assurance-vie : votre couverture et celle des personnes à votre charge prennent fin à votre dernier jour de travail ou d'admissibilité. Vous pouvez toutefois transformer vos assurances-vie de base et complémentaire en assurance individuelle, sans avoir à soumettre de preuve d'assurabilité. Vous pouvez transformer votre capital assuré actuel, sous réserve d'un maximum de 200 000 \$ pour chacune des assurances. Vous devez faire la demande de transformation et régler la prime du premier mois avant la fin de la période de 31 jours suivant votre départ (période transformation). Si vous décédez durant la période de transformation, votre bénéficiaire recevra l'indemnisation prévue par vos assurances-vie de base et complémentaire, le cas échéant, même si vous n'avez pas fait de demande de transformation.

Vous pouvez également transformer l'assurance vie complémentaire de votre conjoint, sans preuve d'assurabilité. Il est possible de transformer le capital assuré actuel de votre conjoint, sous réserve d'un maximum de 200 000 \$. La demande de transformation et le règlement de la prime du premier mois doivent être effectués avant la fin de la période de transformation de 31 jours. Si votre conjoint décède durant la période de transformation, vous recevrez l'indemnisation prévue par l'assurance-vie complémentaire de votre conjoint. L'assurance vie complémentaire des enfants à charge ne peut être convertie.

[Retour au début](#) **Retraite**

Assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée : votre couverture de base ou complémentaire prend fin à la date de votre départ à la retraite.

Assurance-décès et mutilation accidentels : votre couverture complémentaire et celle des personnes à votre charge prennent fin à la date de votre départ à la retraite.

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : votre couverture complémentaire prend fin le premier jour du mois qui suit la date de votre départ à la retraite. Vous pouvez toutefois être couvert par les protections du régime de soins de santé pour retraités offertes dans le cadre du Programme de retraite et d'accumulation du capital qui s'applique à vous.

Si vous avez moins de 69 ans, vous pouvez, au cours de la période de 60 jours qui suit votre cessation d'emploi, transformer votre assurance médicale et votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe en police individuelle auprès de la Financière Sun Life. Si vous désirez transformer votre assurance collective en assurance individuelle, remplissez le formulaire d'inscription à l'assurance Choix protection-santé sur le site www.sunlife.com/pfs.

Assurance-vie : votre capital d'assurance-vie (le cas échéant) est calculé selon le régime auquel vous participez à la date de votre départ à la retraite dans le cadre du Programme de retraite et d'accumulation du capital.

Pour obtenir de plus amples renseignements à ce sujet, veuillez consulter le dossier [Programme de retraite et d'accumulation du capital](#) qui se

trouve dans le site intranet @votreservice. (La Société se réserve le droit de modifier ses régimes ou d'y mettre fin sans avis préalable.)

Retour au début Avantages sociaux des survivants

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : les survivants d'un employé décédé peuvent souscrire une protection complémentaire si l'employé participait au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 1^{re} partie ou au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 2^e partie avant son décès. Le conjoint doit choisir de toucher une rente immédiate et payer les primes exigibles. Les survivants qui touchent une prestation de décès bénéficieront de la couverture à laquelle l'employé aurait été admissible à sa retraite. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les [protections relatives aux soins de santé](#), veuillez consulter le dossier Programme de retraite et d'accumulation du capital qui se trouve dans le site intranet @votreservice.

Si, au moment de votre décès, vous ne participiez pas au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 1^{re} partie ou au Programme de retraite et d'accumulation du capital traditionnel 2^e partie ou que votre conjoint ne choisit pas de toucher une rente immédiate, les personnes à votre charge admissibles continueront d'être couvertes sans frais par l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte pendant 12 mois, et ce, tant qu'elles demeurent [admissibles](#) à cette protection.

Retour au début Comment soumettre une demande de règlement

Retour au début Demande de règlement

- Visitez le site Services aux participants de la Financière Sun Life à l'adresse www.sunlife.ca/participant. Vous pourrez :

À l'intérieur

Voici les étapes à suivre pour demander le règlement de frais admissibles engagés pour vous ou pour une personne à votre charge couverte par le Régime d'avantages sociaux à la carte :

- Téléchargez un formulaire de demande de règlement personnel de frais médicaux ou de frais dentaires à partir du site Services aux participants de la Financière Sun Life ou à quel moment vous serez admissible aux avantages sociaux à la carte 2004 du site @votreservice.
 - **NOUVEAU** - Demander un bordereau des prestations électronique.
- Soumettre un formulaire admissibles et y joindre :
 - un aperçu de vos remboursements les plus récents, de la date de votre prochain examen de rapport annuel.
 - le montant des prestations de soins de la vue remboursables et du solde de votre compte CRSS.
 - le numéro de police d'assurance de la Société (no 25654) et votre numéro de participant (votre code mondial).

Pour tout renseignement, vous pouvez communiquer avec la Financière Sun Life en composant le 1 800 229-7089, du lundi au vendredi, de 7 h à 20 h, HNE.

Au cours du premier semestre de 2004, vous aurez accès à un système de traitement électronique des demandes de règlement. Vous pourrez

- L'autorisation préalable simplifiée
- Demande de règlement
- Compte de remboursement des soins de santé (CRSS)
- Date limite pour présenter une demande de règlement
- Où envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli
- Coordination des prestations
- Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

- Demande de règlement

- Compte de remboursement des soins de santé (CRSS)

- Date limite pour présenter une demande de règlement

- Où envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli

- Coordination des prestations

- Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

- Où envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli

- Coordination des prestations

- Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

- Où envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli

- Coordination des prestations

- Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

- Où envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli

- Coordination des prestations

- Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

- Où envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli

- Coordination des prestations

- Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

ainsi transmettre vos demandes de règlement de certains frais (soins de la vue, certains soins dentaires et toutes les demandes de remboursement sur le CRSS) à la Financière Sun Life sur le site Services aux participants, de manière rapide, facile et pratique.

To TopL'autorisation préalable simplifiée

Si votre médecin vous prescrit un médicament devant faire l'objet d'une autorisation préalable, il devra remplir le formulaire d'autorisation préalable à soumettre à la Financière Sun Life. Cette dernière le fera parvenir à BCE Emergis, qui se chargera de l'évaluation et, le cas échéant, de l'autorisation.

Si le médicament est approuvé, vous pourrez vous le procurer à la pharmacie en utilisant votre carte de paiement direct des médicaments de la manière habituelle et vous n'aurez plus à obtenir d'autorisation, à moins que vous cessiez de prendre le médicament pendant plus de 100 jours.

Pour accélérer le processus :

1. Imprimez les [formulaires d'autorisation préalable](#) dont vous pensez avoir besoin en 2004 - ou tous les six - à partir du site @votreservice. Les noms des médicaments visés figurent dans la partie supérieure du formulaire. Au moment de votre prochaine visite, demandez à votre médecin de les conserver dans votre dossier. Il se peut que de nouveaux médicaments s'ajoutent aux médicaments pour lesquels il faut obtenir une autorisation préalable au cours de l'année. Le dossier contenant la liste de ces médicaments et les formulaires sera mis à jour tous les trimestres, le cas échéant. Nous vous suggérons de vérifier si les formulaires ont été modifiés avant de vous rendre chez votre médecin et d'en imprimer de nouveaux au besoin.
2. Ayez en mémoire les cinq catégories dans lesquelles se trouvent les médicaments nécessitant une autorisation préalable (sans oublier le Wellbutrin®). Si votre médecin vous prescrit un de ces médicaments, demandez-lui de consulter les formulaires en dossier pour vérifier si le médicament prescrit s'y trouve.
3. a) Avant de vous rendre à la pharmacie, faites parvenir le formulaire d'autorisation préalable à la Financière Sun Life, qui le transmettra à BCE Emergis pour évaluation. Votre médecin peut aussi transmettre le formulaire directement à la Financière Sun Life par télécopieur au numéro qui y figure. L'évaluation devrait prendre de 7 à 10 jours ouvrables;

b) d'autre part, vous pouvez faire exécuter l'ordonnance immédiatement et payer le pharmacien. Si le remboursement du médicament est approuvé, vous pourrez soumettre une demande de remboursement. Vous pourrez par la suite utiliser votre carte de paiement direct pour vous procurer le médicament approuvé.
4. Si le remboursement du médicament n'est pas approuvé, vous voudrez peut-être discuter avec votre médecin de la possibilité d'avoir recours à un autre traitement. Vous pouvez aussi vous faire rembourser le médicament par votre compte de remboursement des soins de santé (CRSS), si vous y avez alloué vos crédits excédentaires. Si le médicament vous est prescrit par un médecin, vous pouvez le faire rembourser par le CRSS, même s'il n'est pas approuvé dans le cadre du régime.

Si vous ne faites pas remplir le formulaire d'autorisation préalable par le médecin au moment où il vous prescrit le médicament et tentez de faire exécuter l'ordonnance par votre pharmacien en utilisant votre carte de paiement direct, votre demande ne sera pas approuvée. Vous devrez alors

retourner chez le médecin. Cela aura pour effet de retarder le processus d'évaluation et pourrait entraîner des frais additionnels. Le régime ne rembourse pas les frais exigés par un médecin pour remplir un formulaire.

Conseil Nota : Si vous prenez déjà un médicament à autorisation préalable - ou en avez pris au cours des 100 derniers jours - vous n'aurez **pas** à soumettre de formulaire d'autorisation préalable.

Exemple d'autorisation préalable

- Richard se rend chez son médecin pour traiter sa dépression. Son médecin lui prescrit Wellbutrin®.
- Ne sachant pas quel médicament pourrait lui être prescrit, Richard a apporté avec lui tous les [formulaires d'autorisation préalable](#). Il sait que ceux-ci font l'objet d'une mise à jour tous les trimestres sur le site @votreservice. Il a donc pris soin de consulter le site pour savoir si de nouvelles versions ont été affichées avant de se rendre chez son médecin.
- Le médecin prend connaissance des formulaires et constate que Wellbutrin® doit être autorisé. Il remplit le formulaire.
 - Wellbutrin® doit être autorisé, car il s'agit d'un médicament à double usage. C'est un antidépresseur ainsi qu'un médicament de désaccoutumance au tabac. Il est important que le médecin de Richard précise la raison pour laquelle il prescrit Wellbutrin®.
 - Si Wellbutrin® est prescrit comme médicament de désaccoutumance au tabac, le remboursement est plafonné à 500 \$ par année (selon les dispositions actuelles du régime).
 - Si Wellbutrin® est prescrit pour traiter la dépression, aucun plafond n'est fixé au remboursement (selon les dispositions actuelles du régime).
 - Quelle que soit la raison du traitement, Richard doit faire autoriser au préalable le remboursement du médicament.
- Comme Richard ne peut assumer en entier le coût du médicament, il demande à son médecin de faire parvenir le formulaire par télécopieur à la Financière Sun Life.
- Sa demande est évaluée et Wellbutrin® est approuvé.
- Richard se rend à la pharmacie et utilise sa carte de paiement direct pour faire exécuter son ordonnance.

Si vous êtes également couvert par le régime d'avantages sociaux de votre conjoint, vous devez procéder comme suit :

- Demander d'abord le remboursement de vos frais personnels à votre régime d'assurance médicale ou d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe. Si votre régime ne rembourse pas la totalité de vos frais, demander ensuite le remboursement de la différence auprès du régime de votre conjoint, si ce régime prévoit la coordination des prestations.
- Demander le règlement des frais de votre conjoint au régime de ce dernier d'abord. Si le régime de votre conjoint ne rembourse pas la totalité

des frais, demander ensuite le remboursement de la différence auprès de votre propre régime d'assurance médicale ou d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

- Demander le règlement des frais engagés pour les enfants à votre charge au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année. Si ce régime ne rembourse pas la totalité des frais admissibles, demander ensuite le remboursement de la différence auprès du régime de l'autre parent.

Retour au débutCompte de remboursement des soins de santé (CRSS)

Voici comment procéder pour demander le règlement de frais par le CRSS :

- Le montant de la demande de règlement doit être d'au moins 15 \$.
- Si vous souhaitez connaître le solde de votre CRSS, rendez-vous sur le [site Services aux participants de la Financière Sun Life](#) ou consultez le [bordereau des prestations](#) ou consultez le feuillet explicatif joint à votre chèque de règlement le plus récent.
- Vous trouverez les formulaires de demande de règlement des frais médicaux et dentaires dans le site intranet @votreservice ou le [site Services aux participants de la Financière Sun Life](#).

Vous devez soumettre à la Financière Sun Life soit le [formulaire de demande de règlement de frais médicaux](#), soit le [formulaire de demande de règlement de frais dentaires](#), selon le cas. Indiquez votre nom, le numéro de la police ainsi que votre code mondial et cochez la case du CRSS. Tous les frais considérés comme remboursables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* sont admissibles. Consultez le site Web de l'Agence des douanes et du revenu du Canada à l'adresse <http://www.cra-adrc.gc.ca/> ou le bulletin d'interprétation IT-519R2, « Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposé aux soins », pour obtenir la liste complète des frais remboursables. Téléchargez les formulaires personnalisés à partir du [site Services aux participants](#) de la Financière Sun Life ou du site intranet @votreservice. Vous devez joindre les originaux de vos reçus ou de vos bordereaux des prestations indiquant la portion des frais qui ne vous a pas été remboursée.

Vos demandes de règlement mensuelles peuvent porter sur la valeur totale des crédits alloués pour l'année en cours - même si vous n'avez pas encore accumulé tous les crédits nécessaires.

Retour au débutDate limite pour présenter une demande de règlement

Assurance médicale et assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe

Vous disposez de 18 mois pour demander le règlement de frais admissibles.

Compte de remboursement des soins de santé

Vous devez soumettre vos demandes de règlement pour les frais engagés durant l'année au plus tard le 31 mars de l'année suivante, à défaut de quoi vos dépenses ne pourront vous être remboursées.

Conseil Nota : Si vous avez un CRSS et qu'à la suite d'un événement admissible, vous choisissez à nouveau un CRSS, vous disposez de 31 jours pour utiliser votre solde actuel.

Retour au débutOù envoyer votre formulaire de demande de règlement dûment rempli

- Médicaments sur ordonnance - Si vous n'avez pas payé au moyen de votre carte de paiement direct des médicaments ou si vous coordonnez les prestations du régime avec celles du régime de votre conjoint, veuillez faire parvenir votre demande de règlement à la Financière Sun Life (à l'adresse indiquée sur le formulaire).
- Si votre conjoint a une carte de paiement direct des médicaments, vous pouvez soumettre les frais qui ne vous sont pas remboursés en utilisant la carte de votre conjoint à la pharmacie.
- Frais admissibles (exception faite des frais de médicaments sur ordonnance) de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, CRSS - Veuillez faire parvenir vos demandes de règlement à la Financière Sun Life (à l'adresse indiquée sur le formulaire).
- Pour toute demande d'indemnité d'assurance-vie de l'employé et des personnes à charge et de l'assurance-décès et mutilation accidentels, veuillez communiquer avec les [Services au personnel à l'échelle mondiale](#). L'information requise dépend de la nature de la demande.

Conseil À des fins de référence, conservez toujours une copie de vos reçus originaux et des formulaires de demande de règlement que vous avez soumis.

Les demandes de règlement présentées après la date limite seront rejetées. Veuillez donc vous assurer de respecter cette date.

Retour au débutCoordination des prestations

Fonctionnement de la coordination des prestations

L'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe prévoient la coordination des prestations. Cela signifie que lorsque vous et les membres de votre famille êtes protégés par plus d'un régime (ce qui est aussi le cas lorsque vous et votre conjoint êtes tous les deux au service de la Société), vous pouvez faire une demande de règlement pour les frais admissibles auprès de chaque régime, de façon à en maximiser le remboursement.

Conseil Nota : Bien que de nombreux régimes prévoient la coordination des prestations, il se peut que le régime de votre conjoint ne l'autorise pas. Nous vous suggérons de vérifier ce qui en est.

À quel régime doit-on s'adresser en premier?

Dépenses engagées par vous ou par votre conjoint

Il est facile de déterminer à quel régime demander un remboursement en premier. Si votre régime et celui de votre conjoint prévoient tous les deux la coordination des prestations, la personne qui engage les frais doit présenter d'abord sa demande à son propre régime. Si ce régime ne rembourse pas la totalité des frais et si la personne est couverte par le régime de son conjoint, elle devra ensuite présenter une demande de règlement à ce régime pour la part des frais non remboursés en lui faisant parvenir le bordereau des prestations accompagnant le remboursement de son régime.

Si un seul régime prévoit la coordination des prestations, la demande de règlement doit d'abord être soumise au régime qui n'en prévoit pas.

Dépenses engagées pour les enfants à votre charge

C'est la date de naissance des parents qui permet de déterminer à quel régime s'adresser en premier. Présentez toujours votre demande au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année (mois, jour). Voir la section [Comment soumettre une demande de règlement](#) pour plus de précisions.

[Retour au début](#) Site Services aux participants de la Financière Sun Life et virement automatique des prestations

Le site Services aux participants de la Financière Sun Life comporte de nombreuses fonctions vous permettant de connaître l'état de vos demandes de règlement en cours, d'imprimer des formulaires de demande de règlement personnalisés et de connaître la date de votre prochain examen de rappel chez le dentiste admissible. Pour une liste complète de ces fonctions, reportez-vous à la section Demande de règlement. Pour avoir accès à ces fonctions, accédez au dossier [Services aux participants de la Financière Sun Life](#) sur le site @votre service.

[Retour au début](#) Processus d'examen des demandes de règlement et de l'admissibilité aux protections

Si votre demande de règlement est rejetée ou si votre admissibilité à certaines protections n'est pas reconnue, vous pouvez en appeler de la décision rendue advenant le cas où celle-ci vous semble contraire aux dispositions du régime concerné.

Pour ce qui est du rejet d'une demande de règlement d'assurance-vie, d'assurance-décès et mutilation accidentels, de frais de soins médicaux, dentaires, de la vue ou de l'ouïe ou de prestations d'incapacité de longue durée, vous devez d'abord vous adresser au prestataire du régime (la Financière Sun Life). Si, après avoir épuisé ce premier recours, vous souhaitez un examen plus approfondi, vous devez en faire la demande aux Services au personnel à l'échelle mondiale. Si vous jugez qu'un autre examen est nécessaire après vous être adressé aux Services au personnel à l'échelle mondiale, vous pouvez faire une dernière demande au comité des avantages sociaux des employés.

Dans le cas d'une demande de prestations d'incapacité de courte durée, vous devez d'abord vous adresser à Medcan Health Management Inc. Si, après avoir épuisé ce premier recours, vous souhaitez un examen plus approfondi, vous devez en faire la demande au comité des avantages sociaux des employés.

Pour ce qui est du processus d'examen de l'admissibilité aux protections, vous pouvez vous adresser directement aux Services au personnel à l'échelle mondiale et, si cela s'avère nécessaire par la suite, au comité des avantages sociaux des employés pour un examen final. Vous trouverez dans le site intranet @votreservice, sous la rubrique [Processus d'examen des demandes de règlement et de l'admissibilité aux protections](#) à l'intention du personnel non syndiqué, tous les renseignements au sujet du processus d'examen concernant le prestataire du régime, les Services au

personnel à l'échelle mondiale et le comité des avantages sociaux des employés.

[Retour au début](#) **Autres avantages sociaux offerts**

Nortel Networks vous offre divers programmes et services qui ne font pas partie du Régime d'avantages sociaux à la carte et dont vous pouvez vous prévaloir sans frais.

Ces programmes et services comprennent :

- [l'assurance-accident de voyages d'affaires](#);
- [un service de planification financière](#);
- [le Programme de conditionnement physique et de mieux-être](#);
- [un Programme auto et maison](#);
- [des absences autorisées rémunérées - vacances, congés de maladie et jours fériés](#);
- [des primes d'ancienneté](#);
- [le Programme Voyageur averti](#).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur n'importe lequel de ces programmes ou services, consultez le site intranet [@votreservice](#) ou communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale par téléphone au RCE 352-4636, au 919-992-4636 ou au 1-800-676-4636 (sans frais, par courriel externe à l'adresse gesna@nortelnetworks.com ou par courrier interne à l'adresse GES, North-America.

[Retour au début](#) **Annexe I : Répertoire des ressources**

	Numéros de téléphone	Adresses Web
Outil d'inscription en ligne au Régime d'avantages sociaux à la carte		https://eflex.us.nortel.com:49185/
Pour obtenir un mot de passe NorPASS	(514) 818-2433 RCE 888-2433 (service en français) 1 800 684-4357 (service en anglais)	http://norpass.ca.nortel.com/
@votreservice		http://services-canada.ca.nortel.com

Services au personnel l'échelle mondiale	RCE 352-4636 919-992-4636 Sans frais 1-800-676-4636 Télécopieur (905) 863-8550	Adresse interne : GES, North-America Adresse externe : gesna@nortelnetworks.com
Soins de santé, assurance-vie, assurance-décès et mutilation accidentels et assurance-incapacité de longue durée		
Financière Sun Life	1 800 229-7089	http://www.sunlife.ca/participant
Programme auto et maison		
ING Novex	1 866 845-4ING (4464)	http://www.ingcanada.com/
Programme d'aide aux employés (PAE)/Solutions travail-famille		
Family Guidance Group Inc.	1 888 859-5256 (français) 1 888 859-5263 (anglais)	http://www.fgiworldmembers.com/ nom d'utilisateur : nortel mot de passe : networks
Services d'optiques PVS Inc.	1 800 668-6444	
Agence des douanes et du revenu du Canada		http://www.ccra-adrc.gc.ca/

[Retour au début](#) **Annexe II : Glossaire**

Vous trouverez ci-dessous une brève explication des termes utilisés dans la documentation relative à l'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte.

Administrateur du régime - Société qui traite les demandes de règlement.

Agence des douanes et du revenu du Canada (ADRC) - Organisme de l'administration fédérale, auparavant connu sous le nom de Revenu Canada. L'ADRC est chargée de l'administration des lois fiscales fédérales applicables aux régimes d'avantages sociaux. Par exemple, elle établit les règles touchant les comptes gestion-santé, comme le compte de remboursement des soins de santé de Nortel Networks. Pour de plus amples renseignements, consultez le site de l'Agence à l'adresse <http://www.ccra-adrc.gc.ca/>.

Autorisation préalable - processus d'autorisation de certaines demandes de règlement de frais de médicaments avant remboursement.

Bénéficiaire - Personne(s) que vous avez désignée(s) pour toucher, à votre décès, votre capital d'assurance-vie ou d'assurance-décès et mutilation accidentels. Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, vous devez préciser la part du capital que touchera chacun d'eux.

Si vous êtes de sexe masculin, demeurez au Québec et avez désigné votre conjointe légale ou vos enfants comme bénéficiaires avant le 20 octobre 1976, vous devez obtenir leur consentement écrit pour changer de bénéficiaire. Cette règle s'applique également à tous les résidents du Québec, de sexe masculin ou féminin, qui ont désigné leur conjoint légal comme bénéficiaire depuis cette date, sauf s'ils ont précisé que la désignation était révocable.

Compte de remboursement des soins de santé (CRSS) - Compte dans lequel la Société vous verse des crédits avant impôt afin que vous puissiez les utiliser plus tard pour le remboursement de frais de soins de santé remboursables. Si vous demeurez au Québec, vos crédits, lorsque vous les utilisez, sont assujettis à l'impôt provincial.

Conjoint - Personne avec qui vous êtes marié, avez contracté une union civile (résidents du Québec) ou personne célibataire, de sexe opposé ou de même sexe :

- qui n'a pas avec vous des liens de parenté qui interdiraient un mariage;
- qui est âgée de 18 ans ou plus;
- qui partage la responsabilité de votre subsistance et de votre bien-être;
- qui vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois consécutifs; et
- qui est couverte par un régime d'assurance maladie provincial.

Contribution maximale - Montant maximal que vous devez vous-même verser au cours d'une année pour vos frais de médicaments sur ordonnance remboursables. Les franchises et la partie des frais de médicaments admissibles à votre charge comptent dans la contribution maximale. Les montants versés en excédent des frais raisonnables et habituels ou des frais maximaux d'exécution d'ordonnance et les montants versés pour des médicaments non couverts par le régime n'entrent pas dans la contribution maximale. Lorsque la contribution maximale est atteinte, le régime rembourse la totalité des frais de médicaments admissibles engagés pendant le reste de l'année civile, jusqu'à concurrence du maximum pris en charge par le régime. (Au Québec, le remboursement des médicaments figurant sur la liste de la RAMQ n'est pas plafonné.)

Couverture de base - Protections entièrement payées par la Société. Vous êtes automatiquement inscrit à la couverture de base et n'avez aucun choix à faire en ce qui concerne les avantages sociaux suivants :

- primes du régime d'assurance maladie provincial payées par la Société, le cas échéant;
- assurance-vie de l'employé égale au salaire (salaire de base - voir sous [salaire](#) ce que comprend ce montant);
- assurance-incapacité de courte durée - cette assurance vous procure, pendant 13 semaines, un montant correspondant au salaire que vous touchiez avant votre incapacité et, pendant un maximum de 13 autres semaines, un montant correspondant à 70 % de ce salaire;
- assurance-incapacité de longue durée - cette assurance vous procure, après 26 semaines consécutives d'incapacité, 50 % du salaire que vous touchiez avant votre incapacité;

- Le Programme d'aide aux employés (PAE) et le programme Solutions travail-famille. Tous les employés admissibles au Régime d'avantages sociaux à la carte et les personnes à leur charge bénéficient de services de consultation de courte durée auprès d'un conseiller du PAE et de Solutions travail-famille. Ces programmes offrent également des services de consultation téléphonique auprès d'une infirmière et des conseils sur, notamment, des questions juridiques, financières ainsi que sur l'éducation des enfants, l'orientation professionnelle, les soins aux personnes âgées et des problèmes de tous les jours.

Crédits - Sommes que la Société attribue aux employés pour leur permettre de souscrire les protections complémentaires.

La Société attribue à chaque employé des crédits représentant 0,39 % de son salaire, dont il peut se servir pour souscrire des protections complémentaires ou qu'il peut verser dans le compte de remboursement des soins de santé ou toucher sous forme de rémunération imposable. De plus, les employés qui choisissent la protection pour l'employé seulement du régime complet ou le régime de base ou renoncent aux couvertures d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe reçoivent des crédits supplémentaires.

Dollars après impôt (retenues salariales après impôt) - Sommes comprises dans le revenu d'emploi aux fins du calcul de l'impôt sur le revenu. Les employés qui n'ont pas suffisamment de crédits de la Société pour souscrire des protections complémentaires doivent payer la différence par retenues salariales après impôt. L'assurance-vie complémentaire de l'employé et celle des personnes à charge doivent être souscrites en dollars après impôt.

Dollars avant impôt - Sommes non comprises dans le revenu d'emploi aux fins du calcul de l'impôt sur le revenu. Les crédits attribués par la Société n'entrent pas dans le revenu d'emploi s'ils sont utilisés pour souscrire l'assurance médicale, l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, l'assurance-incapacité de courte durée, l'assurance-incapacité de longue durée et l'assurance-décès ou mutilation accidentels, ou s'ils sont versés dans le compte de remboursement des soins de santé (CRSS) et utilisés pour le paiement des frais médicaux admissibles. (Au Québec, les sommes qui servent à souscrire une assurance-décès et mutilation accidentels complémentaire, l'assurance médicale, l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe de même que les montants remboursés à même le CRSS sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.)

Enfants - Les personnes à charge suivantes :

- enfants biologiques;
- enfants que vous avez adoptés ou qui sont placés auprès de vous en vue d'une adoption;
- enfants de votre conjoint légal;
- enfants accueillis légalement;
- enfants dont vous êtes le tuteur;
- enfants de votre conjoint.

Les enfants doivent être célibataires, dépendre financièrement de vous, être couverts par le régime d'assurance maladie provincial ou un régime équivalent et être :

- âgés de moins de 21 ans;
- âgés de moins de 25* ans et inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université);

- handicapés physiquement ou mentalement, quel que soit leur âge (dans la mesure où ils sont devenus invalides avant l'âge de 21 ans, ou de 25* ans s'ils étaient étudiants à plein temps à ce moment-là).

*En vertu de la *Loi sur l'assurance-médicaments* du Québec, les enfants à charge admissibles des employés demeurant au Québec sont couverts jusqu'à l'âge de 26 ans pour les médicaments sur ordonnance figurant sur la liste de la RAMQ, dans la mesure où ils sont inscrits à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université).

Événement admissible - Changement dans votre situation personnelle qui a une incidence sur les protections dont vous avez besoin et qui vous donne le droit de modifier vos choix dans les 31 jours qui suivent ce changement, en dehors de la période d'inscription annuelle. Les événements admissibles comprennent, entre autres, ce qui suit :

- mariage, union civile (résidents du Québec) ou cohabitation depuis 12 mois sans interruption avec un conjoint de fait de même sexe ou de sexe opposé;
- divorce, dissolution de l'union civile (résidents du Québec), séparation judiciaire ou rupture de l'union de fait avec un conjoint de même sexe ou de sexe opposé;
- naissance, adoption ou changement dans la garde d'un enfant à charge;
- perte d'emploi, nouvel emploi ou changement de statut d'emploi de votre conjoint ayant une incidence sur les protections souscrites;
- changement pour ce qui est de l'admissibilité d'un enfant à titre de personne à charge;
- décès du conjoint ou d'un enfant à charge.

Le fait d'être frappé d'incapacité ne constitue pas un événement admissible.

Quand un événement admissible se produit au cours de l'année, vous pouvez inscrire des personnes à charge ou annuler leur inscription et modifier vos protections dans la mesure où les modifications apportées correspondent au changement de votre situation familiale.

Frais admissibles - Frais liés aux fournitures et services médicaux pour lesquels le régime verse des prestations.

Frais raisonnables et habituels - Frais demandés pour des soins couverts par l'assurance médicale, qui correspondent aux honoraires courants d'un praticien autorisé pour des soins semblables et qui ne dépassent pas les frais normalement exigés par la plupart des fournisseurs dans la région où les services sont dispensés.

Franchise - Montant des frais que vous devez payer vous-même avant d'avoir droit à un remboursement du régime.

Liste des médicaments - Liste des médicaments assurés dans le cadre des régimes de base, complet et supérieur (régime privilège excepté) de l'assurance médicale du Régime d'avantages sociaux à la carte.

En 2004, les nouveaux médicaments ne seront pas remboursés automatiquement (dans le cadre des régimes de base, complet et supérieur). La liste des médicaments inclura tous les médicaments admissibles en date du 31 décembre 2003. Aucun nouveau médicament n'y sera inscrit tant qu'au moins un des régimes provinciaux d'assurance maladie ne l'aura pas inscrit sur sa liste de médicaments assurés.

Médicament breveté - Médicament de marque déposée délivré sur ordonnance. Les médicaments brevetés sont généralement vendus à un coût

supérieur à celui des médicaments génériques.

Médicaments de type 1 - Médicaments jugés médicalement nécessaires, essentiels au maintien de la vie, qui portent un numéro DIN (identification numérique de la drogue), sont délivrés sur ordonnance et sont destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Le remboursement des médicaments de ce type n'est généralement pas plafonné. Il existe toutefois un plafond viager pour l'ensemble des soins médicaux, y compris les médicaments sur ordonnance. Au Québec, cependant, le remboursement des médicaments figurant sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) n'est pas plafonné.

Médicaments de type 2 - Certains médicaments qui portent un numéro DIN (identification numérique de la drogue), sont délivrés sur ordonnance et ne sont pas destinés au traitement d'une maladie ou d'une blessure. Ces médicaments sont généralement médicalement nécessaires pour améliorer la qualité de vie. Veuillez noter que pour certaines catégories de ces médicaments, il faut obtenir une autorisation préalable en vue de démontrer que les médicaments sont médicalement nécessaires.

Médicament générique - Médicament délivré sur ordonnance et vendu sous son nom chimique. Les médicaments génériques sont généralement vendus à un coût inférieur à celui des médicaments brevetés.

Médicalement nécessaire - Largement accepté et reconnu par les membres de la profession médicale au Canada comme étant efficace, approprié et essentiel pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure, conformément aux normes médicales canadiennes.

Option de situation familiale - Vous avez le choix entre quatre options de situation familiale pour ce qui est des protections complémentaires d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe.

Période d'inscription annuelle - Période pendant laquelle vous devez vous inscrire, ainsi que les personnes à votre charge admissibles, au Régime d'avantages sociaux à la carte. Chaque année, à l'automne, se tient une période d'inscription pendant laquelle tous les employés doivent réévaluer leurs choix et s'inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte pour l'année civile suivante.

Personne à charge - Dans le cadre de l'assurance-vie, de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, les personnes à charge comprennent :

- votre conjoint (voir la définition du terme [conjoint](#));
- vos enfants (voir la définition du terme [enfants](#)).

Pour ce qui est du compte de remboursement des soins de santé, les personnes à charge comprennent :

- votre conjoint (voir la définition du terme [conjoint](#));
- une personne habitant sous votre toit avec laquelle vous êtes en relation par les liens du sang, du mariage ou de l'adoption et pour laquelle vous pouvez demander un crédit d'impôt pour frais médicaux sur votre déclaration de revenus.

Preuve d'assurabilité - Avant de vous accorder une assurance-vie ou une assurance-incapacité de longue durée complémentaire, la compagnie d'assurance peut vous demander de remplir un questionnaire médical pour s'assurer de votre bon état de santé. Selon l'information fournie, vous

pourrez être tenu de donner des renseignements médicaux complémentaires. Si vous devez passer un examen médical, vous devrez en régler les frais.

Assurance-vie de base :

Preuve d'assurabilité exigée pour un capital de plus de 600 000 \$.

Assurance-vie complémentaire de l'employé :

- Si vous souscrivez l'assurance-vie complémentaire pour la première fois, une preuve d'assurabilité est exigée si le capital assuré est supérieur à trois fois le salaire et ou à 1 000 000 \$, selon le montant le moins élevé.
- Une preuve d'assurabilité est également exigée pour toute augmentation du capital assuré, sauf dans le cas d'un événement admissible. Dans ce cas, une preuve d'assurabilité est exigée pour augmenter le capital assuré de plus d'un niveau ou si le capital assuré est supérieur à trois fois le salaire ou à 1 000 000 \$, selon le montant le moins élevé.

Assurance-vie des personnes à charge :

Le conjoint doit fournir une preuve d'assurabilité si le capital assuré total est supérieur à 50 000 \$. Cette exigence s'applique lorsque l'assurance est souscrite pour la première fois ou quand vous en augmentez le capital au moment de l'inscription annuelle ou en raison d'un événement admissible.

Vous n'avez à fournir aucune preuve d'assurabilité pour vos enfants.

Assurance-incapacité de longue durée complémentaire

Si vous désirez augmenter votre protection d'assurance-incapacité de longue durée (ILD), vous pouvez souscrire l'ILD complémentaire, qui vous procure 70 % du salaire que vous touchiez avant votre incapacité. Il est à noter que les prestations seront réduites de certaines prestations provenant d'autres sources. Vous devrez également fournir une preuve d'assurabilité pour souscrire l'ILD durant la période d'inscription annuelle, si vous ne l'aviez pas déjà souscrite en 2003. Cette disposition s'applique pour la première fois en 2004.

Protection complémentaire -

Assurance-incapacité de courte durée - protection complémentaire	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture de base correspondant à 100 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité pendant 13 semaines à compter de la date du début de votre incapacité. • Pendant les 13 semaines suivantes, la couverture correspond non pas à 70 %, mais à 90 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité.
Assurance-incapacité de longue durée - protection	<ul style="list-style-type: none"> • La couverture correspond non pas à 50 %, mais à 70 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité. • Si vous touchez des prestations d'incapacité pendant deux ans, le montant des prestations sera rajusté en janvier de chaque année afin de

complémentaire	<p>tenir compte de l'augmentation du coût de la vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une preuve d'assurabilité pourrait être exigée. Consultez la section Preuve d'assurabilité. 	
Assurance médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre niveaux de couverture : régime de base, régime complet, régime supérieur et régime privilège. • Vous devez signer le formulaire de renonciation à l'assurance médicale si vous renoncez à la couverture médicale. 	
Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe	<ul style="list-style-type: none"> • Trois niveaux de couverture : régime de base, régime complet et régime supérieur. 	
Compte de remboursement des soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Vous pouvez verser dans ce compte les crédits non utilisés pour vous faire rembourser les frais admissibles qui ne sont pas totalement remboursés par le Régime d'avantages sociaux à la carte. 	
Assurance-vie complémentaire de l'employé	<ul style="list-style-type: none"> • Le salaire • Deux fois le salaire • Trois fois le salaire • Quatre fois le salaire • Cinq fois le salaire <p>La couverture totale de l'assurance-vie de base et de l'assurance-vie complémentaire ne peut dépasser 3 000 000 \$.</p> <p>Reportez-vous à la section Preuve d'assurabilité pour obtenir des détails sur les exigences relatives aux preuves d'assurabilité.</p>	
Assurance-vie des personnes à charge -protection complémentaire	<p>Conjoint</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 000 \$ • 25 000 \$ • 50 000 \$ • 100 000 \$ • De 100 000 \$ à 500 000 \$, par multiples de 50 000 \$ 	<p>Enfant à charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiples de 5 000 \$, jusqu'à concurrence de 25 000 \$

	Reportez-vous à la section Preuve d'assurabilité pour obtenir des détails sur les exigences relatives aux preuves d'assurabilité.			
Assurance-décès et mutilation accidentels - protection complémentaire	Pour vous	Pour votre famille		
	<ul style="list-style-type: none"> • Le salaire • Deux fois le salaire • Trois fois le salaire • Quatre fois le salaire • Cinq fois le salaire 	Conjoint 60 % de votre protection complémentaire d'assurance-décès et mutilation accidentels	Enfants Pour chaque enfant, 20 % de votre protection complémentaire d'assurance-décès et mutilation accidentels	Conjoint et enfants <ul style="list-style-type: none"> • Conjoint : 50 % de votre protection complémentaire d'assurance-décès et mutilation accidentels • Chaque enfant : 15 % de votre protection complémentaire d'assurance-décès et mutilation accidentels

Quote-part - Montant fixe que vous payez lorsque vous faites remplir une ordonnance pour des médicaments remboursables dans le cadre des régimes de base, complet et supérieur de l'assurance médicale.

Régime - Nom de chacun des niveaux de protection offerts dans le cadre de l'assurance médicale : régime de base, régime complet, régime supérieur et régime privilège et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe : régime de base, régime complet et régime supérieur.

Régime d'assurance maladie provincial - Assurance maladie offerte par le gouvernement provincial. Ce régime varie d'une province à l'autre, mais couvre généralement les frais d'hospitalisation en salle commune, les soins prodigués par des médecins et des spécialistes de même que les actes et les services liés au diagnostic. La Société paie les primes du régime d'assurance maladie provincial que doivent verser les employés de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ainsi que celles des membres admissibles de leur famille. À Terre-Neuve, au Québec, en Ontario et en

Saskatchewan, la Société assume les coûts du régime d'assurance maladie provincial par la remise de charges sociales. (Dans les autres provinces, les régimes sont financés au moyen des recettes fiscales.)

Régime d'avantages sociaux à la carte - Régime offert par la Société et comprenant une couverture de base ainsi que des protections complémentaires.

Salaires - Salaire annuel de base qui vous est versé par Nortel Networks. Si vous êtes admissible aux primes de rendement versées au personnel de vente, votre salaire comprend alors les primes cibles définies par la Société chaque année.

Pour les employés à temps partiel, les crédits et les coûts sont établis en fonction d'une semaine de travail de 25 heures. Quant aux indemnités de l'assurance-vie, de l'assurance-décès et mutilation accidentels, de l'assurance-incapacité de courte durée et de l'assurance-incapacité de longue durée, elles sont fondées sur le salaire réel.

Si vous vous inscrivez au Régime d'avantages sociaux à la carte :	Votre salaire correspond à votre salaire de base :
<ul style="list-style-type: none"> • Pour 2004 (inscription annuelle ou à la suite d'un événement admissible) 	<ul style="list-style-type: none"> • Au 27 septembre 2003
<ul style="list-style-type: none"> • À titre de nouvel employé 	<ul style="list-style-type: none"> • À votre date d'entrée en fonction
<ul style="list-style-type: none"> • À la suite du passage d'un emploi à temps partiel à un emploi à plein temps, ou vice versa 	<ul style="list-style-type: none"> • À la date d'effet de votre changement de situation d'emploi

Le salaire ne comprend pas :

- la rémunération des heures supplémentaires;
- les primes de quart;
- les indemnités de relogement;
- les primes.

Soins de restauration - Dans le cadre de l'assurance dentaire, les soins de restauration comprennent :

- les obturations;
- les soins chirurgicaux buccaux;
- les soins de restauration mineurs.

Reportez-vous à la section [Liste détaillée des soins dentaires couverts](#) pour obtenir plus de renseignements sur les soins de restauration et les plafonds du régime. Des limites sont applicables.

Soins de restauration majeurs - Dans le cadre de l'assurance dentaire, les soins de restauration majeurs comprennent :

- les couronnes et leur réparation;
- les incrustations avec ou sans recouvrement;
- les ponts;
- les prothèses.

Reportez-vous à la section [Liste détaillée des soins dentaires couverts](#) pour obtenir plus de renseignements sur les soins de restauration majeurs et les plafonds du régime. Des limites sont applicables.

Soins de santé - Cette notion recouvre les soins couverts par l'assurance médicale, l'assurance dentaire et l'assurance soins de la vue et de l'ouïe.

Soins préventifs - Dans le cadre de l'assurance dentaire, les soins préventifs comprennent :

- les examens réguliers;
- les radiographies;
- les nettoyages;
- les mainteneurs d'espace;
- les applications de fluorure pour les enfants;
- les résines de scellement pour les enfants de moins de 19 ans.

Reportez-vous à la section [Liste détaillée des soins dentaires couverts](#).

Urgence - État pathologique soudain, grave et imprévu qui nécessite (ou qui vous donne de bonnes raisons de croire qu'il nécessite) des soins immédiats pour prévenir le décès ou une perte fonctionnelle. Une crise cardiaque apparente, une perte de conscience, une perte de sang importante, des blessures graves ou multiples ou des brûlures graves sont des cas d'urgence.

Le présent manuel résume les principales dispositions du Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel Networks Ltée (Nortel Networks). Ce manuel ne remplace pas les documents officiels des régimes, qui prévaudront en cas de divergence avec le présent document. Bien que la Société ait l'intention de maintenir les régimes d'avantages sociaux décrits aux présentes indéfiniment, elle se réserve le droit de les modifier ou de les supprimer en tout temps sans préavis et sans consentement préalable des employés.