

GUIDE D'INSCRIPTION AU RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX À LA CARTE **2005**



RÉGIME D'AVANTAGES SOCIAUX À LA CARTE
pour les participants canadiens

REMARQUE : Ce document contient des renseignements clés provenant du site Web du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 en version imprimable. Il a été posté aux employés qui n'ont pas accès à l'intranet de Nortel et qui sont dans l'impossibilité de s'inscrire en ligne. Bien que les étapes de l'inscription décrites dans ce guide ne s'appliquent pas à vous puisque vous avez accès à l'intranet, vous pourriez quand même désirer l'imprimer et l'utiliser comme document de référence.

NORTEL



Table des matières

Nouveautés	4
Sommaire des avantages sociaux à la carte	8
Assurance-incapacité de courte durée	12
Assurance-incapacité de longue durée	13
Assurance-décès et mutilation accidentels facultative	15
Assurance médicale	17
Assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe	21
Compte de remboursement des soins de santé	24
Évaluation des options relatives à votre santé	27
Assurance-vie	30
Programme d'aide aux employés	35
Comment s'inscrire ?	36
Ressources	40
Glossaire	41

Le présent guide d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 s'adresse aux employés qui n'ont pas accès au site Web intranet de Nortel et ne peuvent donc pas s'inscrire en ligne. Il renferme des renseignements sommaires pour vous aider à faire vos choix relativement à vos avantages sociaux à la carte pour 2005, ainsi que des directives pour vous inscrire à l'aide de votre feuille de calcul personnalisée. Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements, vous pouvez demander un exemplaire du Manuel des avantages sociaux à la carte 2005 auprès des Services au personnel à l'échelle mondiale.

Si l'information fournie dans le présent Guide d'inscription diffère de celle qui est contenue dans les documents officiels des régimes de Nortel dont il est ici question, les documents officiels prévaudront et régiront l'administration des régimes dans tous les cas. Tel qu'il est stipulé dans les documents officiels des régimes et des programmes, Nortel se réserve le droit de modifier ou de supprimer les régimes et les programmes décrits dans le présent document en tout temps, sans préavis et sans obtenir le consentement préalable des employés.

Nota : Les termes en *italiques* sont définis dans le glossaire à la fin du présent manuel.

Nouveautés

Il est bientôt temps pour vous de prendre des décisions importantes concernant votre protection afin de répondre à vos besoins pour la prochaine année. **La période d'inscription annuelle au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 aura lieu du 9 au 23 novembre 2004.**

Pour vous aider à faire vos choix relativement aux avantages sociaux à la carte 2005, la présente trousse comprend :

- votre feuille de calcul personnalisée, qui indique les protections actuellement choisies, ainsi que les options qui vous sont offertes pour 2005 et les coûts connexes;
- le présent Guide d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte, qui explique :
 - les changements qui seront apportés en 2005;
 - les avantages du régime et les coûts;
 - qui doit s'inscrire et les étapes à suivre pour vous inscrire avec succès aux avantages sociaux à la carte 2005.
- l'enveloppe-réponse pour l'inscription.

Une fois la période d'inscription commencée, si vous avez des questions au sujet du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005, vous pourrez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale par téléphone ou par courriel. Des renseignements plus détaillés sur les régimes se trouvent dans le Manuel des avantages sociaux à la carte 2005, offert par les Services au personnel à l'échelle mondiale.

Changements mineurs prévus pour 2005

Nortel s'engage à vous fournir une gamme complète de bénéfices que vous saurez apprécier. Le régime d'avantages sociaux à la carte est une partie clé de votre ensemble de bénéfices. Il est conçu précisément pour vous offrir une couverture complète et une protection contre bon nombre de fardeaux financiers que peut occasionner une blessure ou une maladie grave.

Vous **offrir des choix** qui correspondent à vos besoins personnels et **établir des prix raisonnables** qui reflètent le niveau d'utilisation et de couverture de nos prestations sont les deux objectifs principaux du régime.

Conformément à ces objectifs, nous avons apporté des changements l'année dernière, qui touchent à la fois la conception du régime et le niveau de cotisation de l'employé. La bonne nouvelle est que ces changements, et plus important encore, les efforts que vous avez déployés pour gérer votre utilisation des services de soins de santé, ont porté leurs fruits. C'est pour cette raison que les changements apportés au régime de 2005 ne seront pas d'envergure.

Changements au régime et améliorations du processus

Voici les changements que Nortel apportera au Régime d'avantages sociaux à la carte ainsi que les améliorations qui seront apportées au processus en 2005 :

- **Changements au régime d'assurance médicale**
 - Les dépenses maximales annuelles qui sont remboursables pour les médicaments d'ordonnance du régime de base ou du régime complet passeront de 839 \$ à 857 \$ par personne.
 - Le maximum pour les hôpitaux - chambre semi-privée passera de 200 \$ à 225 \$ par jour pour le régime complet.
 - Les diététistes professionnels seront ajoutés à la liste des praticiens compris dans les services professionnels pour tous les régimes d'assurance médicale.
 - Les timbres contraceptifs et les dispositifs intra-utérins seront considérés comme des frais admissibles (maximum annuel de 300 \$).
 - Les soutiens-gorge pour mastectomie et les perruques requises à la suite d'une chimiothérapie bénéficieront de la garantie maximale qui doublera, passant de 150 \$ à 300 \$.
- **La couverture applicable aux examens de la vue en vertu des régimes d'assurance dentaire, de soins de la vue et de l'ouïe sera élargie à une fois par année dans les provinces où cette dépense n'est plus couverte.**
- **Une nouvelle assurance contre les maladies graves sera proposée en dehors du Régime d'avantages sociaux à la carte.** Cette nouvelle protection complémentaire fournit un paiement forfaitaire (allant de 20 000 \$ à 100 000 \$) que vous pouvez utiliser à votre guise si vous souffrez d'une maladie grave admissible telle qu'un cancer, une maladie du cœur ou un accident vasculaire cérébral. Cette couverture proposée en dehors du Régime d'avantages sociaux à la carte est payée en entier par l'employé et est assurée par la Financière Sun Life. Des renseignements à ce sujet seront affichés sur le site Web des avantages sociaux à la carte (@votreservice) ou offerts par les Services au personnel à l'échelle mondiale dès le début de la période d'inscription, le 9 novembre. Si vous avez accès à Internet, vous pouvez également visiter le site Web www.sunlife.ca/sunaffinity pour obtenir de plus amples détails et un prix proposé.
- **Le service de soumission des demandes de règlement par Internet est maintenant disponible.** Si vous avez accès à Internet, vous serez alors en mesure de présenter vos demandes de règlement en ligne relativement au compte de remboursement des soins de santé, des soins de la vue et de certains soins dentaires. Grâce à cette méthode, vous n'aurez plus à remplir et à poster les formulaires de demande de règlement et à attendre que votre chèque arrive par la poste. Rendez-vous simplement sur le site Web Services aux participants de la Financière Sun Life à l'adresse www.sunlife.ca/participant et laissez-vous guider par les écrans simples d'utilisation tout au long de la procédure. Vous recevrez un avis par Internet vous informant de l'état de votre demande de règlement et, dans la plupart des cas, du montant et des détails du paiement de la demande de règlement, lequel paiement sera déposé directement dans votre compte de banque dans un délai de 48 heures. Vous recevrez également un avis en ligne de votre relevé explicatif des avantages sociaux, qui renferme un lien au site Web de la Financière Sun Life où vous pouvez consulter votre relevé.

Cotisations salariales

Soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe

Grâce aux efforts déployés par les employés de Nortel pour devenir de meilleurs utilisateurs de soins de santé et aux changements mis en œuvre l'an dernier, nous avons accompli des progrès en ce qui concerne la gestion des coûts liés aux soins de santé. Cependant, les coûts liés aux soins de santé, ainsi que le coût total de notre régime, continuent d'augmenter plus rapidement que le taux d'inflation. Nous estimons que la Société dépensera plus de 17 millions de dollars pour les coûts liés aux soins de santé au Canada cette année, ce qui représente en moyenne 1 800 \$ par employé.

En 2005, notre objectif est de partager les coûts entre Nortel et les employés pour atteindre un taux de 87%/13 %, comme en 2004. De plus, nous répartissons les coûts parmi les différents niveaux de couverture de personnes à charge pour les soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe afin de veiller à ce que les cotisations des employés reflètent mieux l'utilisation qu'ils font des régimes. Il y aura donc une baisse du coût de l'assurance pour la protection «vous seulement» et «vous et vos enfants», une légère hausse du coût de la protection «vous et votre conjoint» et une augmentation plus importante pour la protection «vous et votre famille». Si votre conjoint a un emploi et qu'il peut s'assurer avec son employeur, il serait capital que vous preniez en compte les choix et les coûts de son régime.

Comparaison des coûts liés aux options relatives à la santé

Le tableau ci-dessous compare les coûts des options de soins de santé aux crédits de soins de santé pour chaque niveau de couverture de personne à charge pour les années 2004 et 2005. Les montants entre parenthèses représentent les crédits de soins de santé supplémentaires que vous recevez pour le choix en question.

Coûts annuels des options de soins de santé et crédits de soins de santé

	Vous seulement		Vous et vos enfants		Vous et votre conjoint		Vous et votre famille	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Assurance médicale								
Régime de base	(93) \$	(100) \$	(52) \$	(56) \$	(52) \$	(52) \$	(22) \$	(22) \$
Régime complet	(21) \$	(23) \$	53 \$	48 \$	53 \$	53 \$	98 \$	100 \$
Régime supérieur	135 \$	124 \$	327 \$	300 \$	327 \$	347 \$	437 \$	463 \$
Régime de choix	245 \$	224 \$	550 \$	504 \$	550 \$	582 \$	737 \$	781 \$
Renonciation	(154) \$	(154) \$	(154) \$	(154) \$	(154) \$	(154) \$	(154) \$	(154) \$
Régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe								
Régime de base	(93) \$	(100) \$	(67) \$	(73) \$	(67) \$	(67) \$	(55) \$	(55) \$
Régime complet	(12) \$	(13) \$	24 \$	22 \$	24 \$	25 \$	72 \$	73 \$
Régime supérieur	95 \$	87 \$	222 \$	204 \$	222 \$	236 \$	335 \$	355 \$
Renonciation	(208) \$	(208) \$	(208) \$	(208) \$	(208) \$	(208) \$	(208) \$	(208) \$

Vous voulez économiser?

S'il vous est possible d'être couvert par le régime de l'employeur de votre conjoint, vous pourriez économiser de l'argent en décidant de ne pas participer aux régimes de Nortel et en transférant les crédits restants du Régime d'avantages sociaux à la carte au **compte de remboursement des soins de santé**.

Le compte de remboursement des soins de santé couvre les frais de soins de santé admissibles qui ne sont pas couverts autrement, y compris les franchises, les quotes-parts ou tout autre montant non remboursé par les régimes de Nortel ou le régime de votre conjoint. De plus, ce compte contribue à vous faire économiser sur vos impôts, car l'argent mis de côté pour payer les frais de soins de santé admissibles n'est pas imposable (sauf au Québec où les demandes de règlement portées au compte sont assujetties à l'impôt provincial).

Il s'agit simplement d'effectuer des recherches et de choisir l'option qui répondra le mieux à vos besoins, et ce, au plus bas prix. Reportez-vous à la section **Évaluation des options relatives à votre santé** à la page 27 pour obtenir de plus amples renseignements.

Assurance-vie facultative de l'employé

Nous rétablissons l'obligation de payer, en 2005, les primes d'assurance-vie facultative de l'employé trois ans après l'interruption du paiement de la prime. Les taux de la prime subiront une légère hausse en 2005 afin de tenir compte de l'évolution des demandes de règlement et des changements apportés à la composition de notre effectif. Pour rendre cette hausse moins douloureuse, le paiement des primes pour l'assurance-vie facultative de l'employé sera introduit graduellement sur une période de deux ans; vous ne paierez donc que 50 % de la prime requise en 2005 et 100 % à compter de 2006.

Reportez-vous à la page 30 du présent Guide pour connaître les taux de l'assurance-vie facultative. N'oubliez pas que vous ne paierez que 50 % de la prime applicable de la couverture facultative des employés en 2005.

Préparation à l'inscription

La période d'inscription annuelle au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 aura lieu du 9 au 23 novembre 2004. Si vous prévoyez vous absenter pendant cette période, communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale avant votre départ.

Communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale au RCE 352-4636 ou au 1 800 676-4636. Vous pouvez aussi communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale par courriel externe à l'adresse gesna@nortelnetworks.com.

Examinez la **liste de contrôle de l'inscription** à la page 37 pour préparer votre inscription. Suivez ensuite les **quatre étapes** d'inscription à la page 39.

Vous devez vous inscrire ou vous conserverez votre couverture de 2004 aux coûts de 2005.

Sommaire des avantages sociaux à la carte

Fonctionnement du régime

Vous avez l'occasion de combler vos besoins et ceux de votre famille en choisissant des avantages pertinents parmi une vaste gamme d'avantages. Vous pouvez faire ces choix :

- lorsque vous êtes un nouvel employé;
- pendant la *période d'inscription annuelle*;
- si un *événement admissible* survient dans votre vie.

Vous recevez automatiquement les avantages sociaux de base, qui sont payés en entier par Nortel. Vous ne pouvez pas renoncer à la couverture de base. En outre, vous pouvez acheter des avantages facultatifs qui offrent un niveau plus élevé de couverture que les avantages de base.

Sommaire des avantages sociaux à la carte 2005

Avantages sociaux de base – Nortel vous offre automatiquement ces avantages.

- Assurance-vie de l'employé équivalant à une fois votre salaire annuel.
- 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.
- 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.
- Programme d'aide aux employés (PAE), qui comprend des services confidentiels de conseil offerts par un conseiller du PAE, ainsi que des services visant l'équilibre entre le travail et la vie personnelle.

Avantages facultatifs – Vous pouvez vous inscrire à ces avantages.

- Assurance-incapacité de courte durée facultative, 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.
- Assurance-incapacité de longue durée facultative, grâce à laquelle vous obtenez, après la 26^e semaine d'incapacité, 70 % du salaire que vous receviez avant votre incapacité de courte durée.
- Assurance-décès et mutilation accidentels facultative pour vous seulement ou pour vous et votre famille.
- Assurance médicale facultative (vous ne pouvez y renoncer à moins que vous ayez une couverture comparable ailleurs).
- Couverture facultative de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe (couverture globale – il est impossible de séparer ces options).
- Assurance-vie facultative de l'employé et des personnes à votre charge.

Païement des prestations

La Société paie le coût en entier des avantages de base et subventionne le coût des avantages des soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe. En outre, la Société vous accorde des *crédits* que vous pouvez utiliser pour l'achat d'avantages facultatifs (sauf l'assurance-vie facultative, qui peut seulement être achetée au moyen de *dollars après impôt* retenus sur la paie).

En 2005, vous recevrez des crédits équivalant à 0,39 % de votre *salaire*, ainsi que tout crédit obtenu en raison de certains choix de soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe.

Le coût de vos options de régime dépend de divers facteurs, notamment le type d'avantages et le niveau de couverture choisi. Reportez-vous à votre feuille de calcul personnalisée pour obtenir de plus amples détails.

Si vos choix coûtent plus que votre réserve de crédits : vous payez la différence au moyen de retenues sur la paie après impôt.

Si vos choix coûtent moins que votre réserve de crédits : vous pouvez verser vos crédits inutilisés dans votre *compte de remboursement des soins de santé (CRSS)* ou les recevoir comme rémunération imposable supplémentaire tout au long de l'année.

Le saviez-vous?

La plupart des avantages sociaux à la carte de Nortel, dont l'incapacité de courte et de longue durée, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, de soins de la vue et de l'ouïe, sont autogérés. Ainsi, Nortel joue un rôle semblable à celui d'une société d'assurance pour ses employés. En d'autres termes, la Société accepte les risques et règle les demandes, à même son revenu net ou ses bénéfices non répartis. La compagnie d'assurance ne fournit que les services administratifs tels que le traitement des demandes de règlement.

Mettez à jour les renseignements sur les personnes à votre charge!

Même si vous choisissez de renoncer au régime de soins de santé ainsi qu'à la couverture relative à l'assurance médicale et à l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, il est important que toutes les personnes à votre charge soient bien inscrites puisque ces renseignements peuvent servir pour s'inscrire à d'autres avantages (p. ex. assurance-vie de conjoint, assurance-décès et mutilation accidentels). Les renseignements sur les personnes à votre charge doivent également être inscrits correctement afin de faciliter votre accès au programme d'aide aux employés (PAE).

Lorsque vous voulez vous inscrire pour 2005, vous pouvez mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge sur votre feuille de calcul personnalisée.

Admissibilité et couverture

Admissibilité

Les employés actuels de Nortel Limited et Nortel Technology Corporation qui ne sont pas couverts en vertu des dispositions d'une convention collective ainsi que les employés du Québec de Nortel couverts aux termes de la convention collective du Syndicat canadien des employés de bureau peuvent s'inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte, pourvu qu'ils :

- soient couverts par un *régime d'assurance-maladie provincial* ou un régime équivalent;
- soient employés permanents à temps plein ou à temps partiel;
- soient affectés à un horaire de travail de 18 heures ou plus par semaine;
- ne possèdent pas un contrat à durée déterminée.

Si vous remplissez les conditions requises pour vous inscrire au Régime d'avantages sociaux à la carte, les personnes à votre charge peuvent également être admissibles. Les personnes à votre charge admissibles comprennent votre conjoint et vos enfants, selon les définitions figurant dans le **Glossaire**, à la page 41.

Niveaux de couverture des personnes à charge

Il existe plusieurs niveaux de couverture des personnes à votre charge en matière de soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe :

- pour vous seulement;
- pour vous, vos *enfants* et les enfants de votre conjoint;
- pour vous et votre *conjoint*;
- pour vous et votre famille (votre conjoint, vos enfants et les enfants de votre conjoint).

Vous pouvez choisir un niveau de couverture donné (des personnes à votre charge) 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.

Si plusieurs membres d'une même famille sont au service de Nortel

Votre conjoint et vous recevrez chacun tous les *crédits* auxquels vous avez droit et pourrez faire des choix distincts au titre de la couverture facultative du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Dans le cas de l'assurance-vie et de l'assurance-décès et mutilation accidentels, vous pouvez vous inscrire à titre d'employé ou de *personne à charge*, mais pas les deux en même temps. De plus, un seul d'entre vous peut inscrire vos enfants admissibles à titre de personnes à votre charge.

Dans le cas de soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe, vous pouvez choisir l'option de situation familiale «pour vous et votre famille» au titre 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 l'option de situation familiale «pour vous et votre famille» au titre 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 de la clause de coordination des prestations, vous devez tous les deux choisir l'option de situation familiale «pour vous et votre conjoint» ou «pour vous et votre famille».

Si l'un de vos *enfants* est au service de Nortel et est admissible au Régime d'avantages sociaux à la carte, il doit s'y inscrire à titre d'employé. Il ne peut être considéré comme personne à votre charge.

Entrée en vigueur de la couverture

Toute modification apportée à vos choix actuels en matière d'avantages sociaux à la carte pendant la *période d'inscription* annuelle entrera en vigueur entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2005, sous réserve d'admissibilité et du droit de la Société de modifier les régimes ou d'y mettre fin. Vous ne pouvez pas modifier votre assurance pendant l'année, sauf si un événement admissible survient.

La date d'entrée en vigueur des changements apportés pourrait également être modifiée par les points suivants :

- L'assurance-vie et l'assurance-incapacité de longue durée nécessitant une preuve d'admissibilité entreront en vigueur à la date d'approbation de la protection par la Financière Sun Life.
- Si, au 1^{er} janvier 2005, vous recevez une indemnité d'incapacité de courte durée, peu importe vos choix annuels, votre protection d'incapacité de courte durée et de longue durée, votre assurance-vie facultative et votre assurance-décès et mutilation accidentels demeureront en vigueur jusqu'à votre retour au travail pendant 60 jours consécutifs.

Assurance-incapacité de courte durée

Les indemnités de l'assurance-incapacité de courte durée remplacent une partie de votre revenu si vous êtes frappé d'une incapacité totale pour cinq jours consécutifs (ou l'équivalent de votre semaine de travail standard) en raison d'une maladie ou d'une blessure approuvée pour laquelle vous avez présenté les documents médicaux à l'appui. Les prestations d'assurance-incapacité de courte durée sont payables pour une absence maximale de 26 semaines et sont gérées par Medcan Health Management Inc. au nom de Nortel.

Après 26 semaines consécutives, vous pourriez être admissible aux prestations de l'assurance-incapacité de longue durée; reportez-vous à la page 13.

Couverture de base de l'assurance-incapacité de courte durée

La Société vous offre gratuitement une couverture de base de l'assurance-incapacité de courte durée :

Clause d'incapacité	Vous recevrez une prestation correspondant :
aux 13 premières semaines	à 100 % de votre <i>salaire</i> annuel (avant l'incapacité)
aux semaines 14 à 26	à 70 % de votre salaire annuel (avant l'incapacité)

Assurance-incapacité de courte durée facultative

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

Clause d'incapacité	Vous recevrez une prestation correspondant :
aux 13 premières semaines	à 100 % de votre salaire annuel (avant l'incapacité)
aux semaines 14 à 26	à 90 % de votre salaire annuel (avant l'incapacité)

Coût de l'assurance-incapacité de courte durée facultative

En 2005, le coût de l'assurance-incapacité de courte durée facultative est toujours de 0,05 % de votre salaire. Votre feuille de calcul personnalisée présente des renseignements personnalisés sur le coût de votre assurance-incapacité de courte durée facultative.

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 d'incapacité de longue durée sont autogérées, ce qui signifie que la Société règle, à même son revenu net ou ses bénéfices non répartis, les demandes relatives à l'incapacité de longue durée. La Financière Sun Life Ltd. est l'administrateur du régime.

Couverture de base de l'assurance-incapacité de longue durée

La Société vous offre une assurance-incapacité de longue durée de base – sans frais – pour une somme égale à 50 % de votre *salair*e annuel en vigueur avant votre incapacité.

Assurance-incapacité de longue durée facultative

Si vous désirez un niveau supérieur de couverture d'assurance-incapacité de longue durée, vous avez le choix d'acheter des avantages facultatifs pour une somme égale à 70 % de votre salaire annuel en vigueur avant votre incapacité. L'assurance-incapacité de longue durée facultative comprend également le rajustement du montant des prestations en fonction de l'augmentation du coût de la vie afin de vous protéger contre les effets de l'inflation. Si vous touchez des prestations d'assurance-incapacité de longue durée 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 de 6 %, selon le montant le moins élevé.

Si vous êtes actuellement inscrit à la couverture d'assurance-incapacité de longue durée de base et que vous désirez passer à la couverture d'assurance-incapacité de longue durée facultative en 2005, vous devrez fournir une *preuve d'assurabilité*. Votre couverture facultative en cas d'assurance-incapacité de longue durée n'entrera pas en vigueur avant la date d'approbation de votre demande par la Financière Sun Life.

Si vous êtes actuellement inscrit au régime facultatif de l'assurance-incapacité de longue durée, vous n'aurez pas à présenter une preuve d'assurabilité si vous désirez continuer de bénéficier de la couverture facultative de l'assurance-incapacité de longue durée en 2005.

Coût de l'assurance-incapacité de longue durée facultative

En 2005, le coût de l'assurance-incapacité de longue durée facultative sera toujours de 0,45 % de votre salaire. Votre feuille de calcul personnalisée présente des renseignements personnalisés sur le coût de votre assurance-incapacité de longue durée facultative.

Évaluation des options en matière d'assurance-incapacité

Voici quelques questions que vous devriez vous poser sur vos besoins relativement à votre assurance-incapacité lorsque vous vous inscrivez au Régime d'avantages sociaux à la carte :

- Quelles dépenses devriez-vous assumer si vous étiez incapable de travailler? La couverture de base suffirait-elle pour couvrir les dépenses?
- Quelles autres sources de revenus auriez-vous si vous étiez dans l'incapacité de travailler? Par exemple, avez-vous un conjoint dont le revenu pourrait vous aider à payer les dépenses?
- Êtes-vous couvert par une autre assurance-incapacité? Dans l'affirmative, n'oubliez pas que toute prestation reçue d'autres sources est déduite des prestations que vous recevez de Nortel.
- Quel est votre état de santé? Si vous désirez passer de l'assurance-incapacité de longue durée de base à l'assurance-incapacité de longue durée facultative, vous devez fournir une **preuve d'assurabilité** et votre couverture facultative n'entrera en vigueur qu'à la date de l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life.

Assurance-décès et mutilation accidentels facultative

L'assurance-décès et mutilation accidentels facultative offre une protection en cas de décès ou de perte accidentelle d'un membre ou de la vue. Les primes de l'assurance-décès et mutilation accidentels sont entièrement aux frais de l'employé. Vous pouvez utiliser les *crédits* ou les *retenues salariales après impôt* au titre de la prime d'assurance.

Vous pouvez souscrire, soit à l'assurance individuelle, soit à l'assurance familiale si vous avez des personnes à votre charge, comme suit :

Pour vous*	Pour votre famille		
	Conjoint	Enfant(s)	Conjoint et enfant(s)
<ul style="list-style-type: none">• Une fois le salaire =• Deux fois le salaire =• Trois fois le salaire =• Quatre fois le salaire =• Cinq fois le salaire =	<ul style="list-style-type: none">• 60 % de votre couverture facultative d'assurance-décès et mutilation accidentels	<ul style="list-style-type: none">• 20 % de votre couverture facultative d'assurance-décès et mutilation accidentels	<p>Conjoint :</p> <ul style="list-style-type: none">• 50 % de votre couverture facultative d'assurance-décès et mutilation accidentels <p>Chaque enfant :</p> <ul style="list-style-type: none">• 15 % de votre couverture facultative d'assurance-décès et mutilation accidentels

* Le montant de votre couverture sera arrondi au prochain 1 000 \$, jusqu'à une somme maximale de 1 500 000 \$.

Coût de l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative

En 2005, le coût de l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative ne connaîtra aucun changement, comme suit :

- Employé seul : 0,02 \$ par 1 000 \$ de couverture par mois.
- Famille : 0,032 \$ par 1 000 \$ de couverture par mois (nonobstant le nombre de personnes à votre charge admissibles).

Évaluation des options en matière d'assurance-décès et mutilation accidentels

N'oubliez pas, la couverture d'assurance-décès et mutilation accidentels est différente de celle offerte au titre 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 blessé dans un accident, l'assurance-décès et mutilation accidentels peut payer 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.

Voici quelques questions que vous devriez vous poser lorsque vous évaluez vos besoins en matière d'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, quelle serait l'incidence sur votre situation financière?
- Quelle autre assurance avez-vous, vous et les membres de votre famille?

Assurance médicale

Votre régime d'assurance-maladie provincial couvre de nombreux soins médicaux de base, notamment l'hospitalisation en salle commune, les soins prodigués par des médecins et des spécialistes de même que les actes et les services liés au diagnostic.

Le Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel offre quatre options d'assurance médicale payées en totalité par la Société (de base, complet, supérieur et de choix), conçues en vue de compléter votre assurance-maladie provinciale.

Vous pouvez choisir une assurance médicale :

- pour vous seulement;
- pour vous, vos enfants et les *enfants* de votre conjoint;
- pour vous et votre *conjoint*;
- pour vous et votre famille (votre conjoint, vos enfants et les enfants de votre conjoint).

Vous pouvez également renoncer à l'assurance médicale si vous (ou, pour les résidents du Québec, vous et votre famille) avez une couverture d'une autre source, telle que l'employeur de votre conjoint. Toutefois, vous devez remplir le formulaire de renonciation à l'assurance médicale et le faire parvenir aux Services au personnel à l'échelle mondiale avant la date indiquée sur le formulaire. Si vous ne soumettez pas ce formulaire, vous serez inscrit au régime de base pour vous seulement (pour vous et votre famille si vous demeurez au Québec).

Coût des options d'assurance médicale

Le coût de votre assurance médicale dépend de l'option choisie et du niveau de couverture des personnes à votre charge. Examinez la **Comparaison des coûts liés aux options relatives à la santé** à la page 29 du présent Guide d'inscription ainsi que la feuille de calcul personnalisée pour obtenir de plus amples détails.

Notez bien

Il est important de vous familiariser avec les options d'assurance médicale offertes à vous et à votre famille. Bien que Nortel vous fournisse l'information nécessaire pour que puissiez prendre des décisions éclairées, en fin de compte, il s'agit de vos soins médicaux; vous êtes responsable de prendre les meilleures décisions possibles pendant la **période d'inscription annuelle** et tout au long de l'année. Reportez-vous à la section **Évaluation des options relatives à votre santé** à la page 27.

Assurance médicale – Vos options

Le présent tableau résume vos options relativement à l'assurance médicale dans le cadre des avantages sociaux à la carte. Pour être admissible au remboursement, les dépenses doivent être *médicalement nécessaires* pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure et être prescrites par un médecin (sauf indication contraire) et les demandes de règlement doivent être soumises dans les 18 mois suivant la date du traitement.

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur	Régime de choix
Taux de remboursement des frais admissibles	80 %	90 %	100 %	100 %
Médicaments sur ordonnance • <i>Médicaments génériques</i> • <i>Médicaments brevetés</i>	<ul style="list-style-type: none"> Couverts par les quatre régimes. Couverts par les quatre régimes s'il n'existe aucun médicament générique équivalent ou si le médecin n'autorise pas la substitution. 			
• <i>Formulaire des médicaments</i>	Régimes de base, complet et supérieur : Les nouveaux médicaments ne sont pas couverts dans le cadre du régime à moins d'avoir été approuvés d'abord par au moins un régime provincial.			Les nouveaux médicaments sont couverts automatiquement, sous réserve des dispositions du régime.
• <i>Autorisation préalable</i>	Obligatoire pour cinq catégories de médicaments, ainsi que le médicament Wellbutrin™.			Obligatoire pour deux catégories de médicaments.
Franchise annuelle pour tous les frais médicaux admissibles (sauf les médicaments) • Individuelle • Famille	Aucune Aucune	40 \$ 80 \$	Aucune Aucune	Aucune Aucune
<i>Quote-part</i> par ordonnance	7 \$	7 \$	7 \$	Aucune
Frais maximaux d'exécution par médicament	7 \$	7 \$	7 \$	7 \$
Contribution maximale annuelle (une fois que vous avez payé ce maximum annuel, le régime rembourse la totalité des frais de médicaments sur ordonnance engagés pendant le reste de l'année)	857 \$ par personne ¹	857 \$ par personne ¹	Aucune	Aucune
<i>Hospitalisation</i> • Soins de courte durée et soins de convalescence	Aucune	Tarif d'une chambre à deux lits, jusqu'à concurrence de 225 \$ 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.

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur	Régime de choix
Service ambulancier	Transport routier et transport aérien d'urgence.			
Services professionnels	Plafonds annuels par personne			
• Chiropraticien ²	Plafond combiné de 300 \$ pour ces spécialités	300 \$	500 \$	500 \$
• Ostéopathe		300 \$	500 \$	500 \$
• Podologue		300 \$	500 \$	500 \$
• Orthophoniste ³		300 \$	500 \$	500 \$
• Naturopathe		300 \$	500 \$	500 \$
• Massothérapeute ³		300 \$	500 \$	500 \$
• Podiatre		300 \$	500 \$	500 \$
• Acupuncteur ⁴		300 \$	500 \$	500 \$
• Diététiste ³	300 \$	500 \$	500 \$	500 \$
Psychologue	350 \$	750 \$	1 000 \$	1 000 \$
Physiothérapie ³	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 reçus à l'extérieur de la province (au Canada) pendant un voyage entrepris à des fins personnelles ⁵	Maximum de 21 jours	Maximum de 31 jours	Maximum de 90 jours	Maximum de 90 jours
Plafond viager individuel	1 000 000 \$ la vie durant ¹			

1 Le remboursement des frais de médicaments sur ordonnance admissibles offert dans le cadre du régime satisfait les exigences actuelles de la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec.

2 Selon le régime complet, les soins chiropratiques sont couverts seulement si le plafond d'indemnisation du régime d'assurance-maladie provincial est atteint, sauf dans les provinces comme l'Ontario, où les soins chiropratiques ne sont plus couverts. La couverture des soins chiropratiques selon les régimes supérieur et de choix entre en vigueur dès la première visite, lorsque la loi l'autorise. Des renseignements sur les plafonds d'indemnisation et les exigences de traitement de votre province se trouvent sur le site Web officiel du gouvernement provincial.

3 Ces soins doivent être prescrits par un médecin. Veuillez noter qu'en Ontario, les soins de physiothérapie ne sont plus couverts dans le cadre du régime d'assurance-santé provincial.

4 Ces soins doivent être donnés par un médecin ou un acupuncteur autorisé assujéti à la réglementation provinciale. En 2004, seulement la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec régissent, au niveau provincial, la pratique des acupuncteurs. Les autres provinces, à l'avenir, pourraient créer des règlements provinciaux à cet effet.

5 Vous n'êtes protégé que pendant la période précisée pour chaque option. En d'autres termes, vous serez indemnisé si une urgence 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 (régime supérieur ou de choix).

Conseils sur les soins de santé

Puisque les avantages sociaux de la Société sont autogérés, Nortel – non pas une compagnie d'assurances – verse la différence entre la part de l'employé relative aux frais admissibles et le coût des services. Même si nous sommes responsables du paiement direct des coûts, l'assurance autogérée est moins coûteuse à long terme qu'un régime d'assurance de soins médicaux et nous offre une plus grande flexibilité en ce qui a trait au développement des options et des services des régimes. Cependant, votre utilisation des services de soins de santé touche directement le résultat net de Nortel.

Il est primordial que les employés, de concert avec la Société, s'assurent de la gestion efficace de l'augmentation des coûts des soins de santé. Les employés peuvent aider en devenant des consommateurs avisés et en comprenant comment leurs décisions (et leurs comportements), au cours de la souscription et ultérieurement, affectent éventuellement les coûts du régime et quels sont les avantages offerts chaque année. La Société, de son côté, fournira l'information et les autres ressources nécessaires à la formation des employés relativement à la gestion efficace de l'utilisation des services de soins de santé.

Que pouvez-vous faire?

Les démarches suivantes peuvent vous aider à devenir plus efficace.

- Lorsque vous choisissez la couverture de soins de santé, évaluez minutieusement votre situation personnelle selon vos besoins en soins de santé et établissez une priorité entre le niveau de couverture et le prix. Reportez-vous à la section **Évaluation des options en matière de santé** à la page 27.
- Utilisez les soins de santé les moins chers dans la mesure du possible s'ils sont adéquats au point de vue médical.
- Lorsque vous recevez une facture d'un dentiste ou d'un autre fournisseur de services de santé ou un relevé explicatif des avantages sociaux dans le cadre du régime, examinez la facturation afin de vous assurer qu'elle correspond aux services rendus.
- Assurez-vous que chacun de vos médecins est au courant de tous les médicaments que vous prenez, non seulement les médicaments sur ordonnance, mais les médicaments en vente libre également, ainsi que les suppléments diététiques, y compris les vitamines.
- Suivez les prescriptions du médecin, adoptez de bonnes habitudes de santé et assurez-vous de recevoir les soins préventifs adéquats afin de demeurer en bonne santé.

Soins dentaires, de la vue et de l'ouïe

Le Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel offre trois options de soins dentaires, de la vue et de l'ouïe payées en totalité par la Société (régime de base, complet et supérieur). Vous pouvez choisir l'option qui vous convient le mieux, peu importe l'option d'assurance médicale que vous choisissez. Comme les soins dentaires, de la vue et de l'ouïe forment un tout, vous devez obligatoirement souscrire les trois couvertures ou y renoncer en bloc. Vous pouvez choisir cette assurance :

- pour vous seulement;
- pour vous, vos *enfants* et les enfants de votre conjoint;
- pour vous et votre *conjoint*;
- pour vous et votre famille (votre conjoint, vos enfants et les enfants de votre conjoint).

Vous pouvez également renoncer aux soins dentaires, de la vue et de l'ouïe.

Reportez-vous à la section **Évaluation des options relatives à votre santé** à la page 27 pour vous aider à choisir les options des soins dentaires, de la vue et de l'ouïe qui vous conviennent le mieux.

Coût des options des soins dentaires/de la vue/de l'ouïe

Le coût pour votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe dépend de l'option choisie et du niveau de couverture des personnes à votre charge. Examinez la **Comparaison des coûts liés aux options relatives à la santé** à la page 29 du présent Guide d'inscription ainsi que la feuille de calcul personnalisée pour obtenir de plus amples détails.

Vos options

Le tableau ci-dessous résume vos options en matière de soins dentaires, de la vue et de l'ouïe. Notez que les frais admissibles ne sont couverts que jusqu'aux niveaux *raisonnables et habituels* et que les soins dentaires sont fondés sur le *barème d'honoraires* actuel des dentistes de pratique générale. Les demandes de règlement doivent être soumises dans les 18 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés pour qu'elles soient admissibles.

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur
Assurance dentaire			
<i>Franchise</i>	Aucune	Aucune	Aucune
Taux de remboursement des soins préventifs (p. ex. examens, nettoyages et applications de fluorure pour enfants)	100 %	100 %	100 %
Taux de remboursement des soins de restauration (p. ex. obturations, extractions)	80 %	80 %	90 %
Taux de remboursement des chirurgies buccales	Varie selon le type de service		
Taux de remboursement des soins d'endodontie (traitements radiculaires) et de parodontie (traitements des gencives et chirurgie périodontique)	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 annuel par personne (sauf l'orthodontie)	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

Indemnité	Régime de base	Régime complet	Régime supérieur
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			
Achat et réparation de prothèses auditives (sauf le coût des piles)	80 %	90 %	100 %
Plafond d'indemnisation par personne, par période de deux ans	500 \$	750 \$	1 000 \$

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

Certaines provinces ont restreint la couverture des examens de la vue à une fois par deux ans ou même, ont éliminé ce service, comme c'est le cas en Ontario. Votre assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe couvrira un examen de la vue par année civile, si un examen n'est pas couvert sous votre régime provincial au cours de l'année dont il est question.

Compte de remboursement des soins de santé

Lorsque vous avez choisi votre couverture facultative dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte, il est possible qu'il vous reste des crédits. Exemple : vous pouvez décider de ne choisir aucune couverture facultative de l'assurance médicale ou de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe puisque vous en avez suffisamment dans le cadre du régime de votre conjoint. Vous avez la possibilité de verser vos crédits inutilisés dans le compte de remboursement des soins de santé et de les utiliser avant impôts pour payer les dépenses liées à la santé qui ne sont pas couvertes ailleurs, y compris les franchises, les quotes-parts et les primes du régime du conjoint ainsi que d'autres dépenses imprévues admissibles liées aux soins de santé. L'Agence du revenu du Canada (ARC) ne vous permet pas de contribuer avec votre propre argent au compte de remboursement des soins de santé.

Vous pouvez régler, au moyen du compte de remboursement des soins de santé, les frais «remboursables» en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu. L'Agence du revenu du Canada 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. De plus, si vous obtenez le remboursement de frais de soins de santé par le compte de remboursement des soins de santé, 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.

Si vous avez accès à Internet, consultez le site Web www.cra-arc.gc.ca pour obtenir une liste complète des frais admissibles ou demandez un exemplaire de la publication IT519R2-CONSOLID, Crédit d'impôt pour frais médicaux et pour personnes handicapées et déduction pour frais de préposé aux soins.

Vous avez la possibilité, soit de verser vos crédits inutilisés dans un compte de remboursement des soins de santé, soit de les recevoir en rémunération imposable au cours de l'année. Le montant minimum que vous pouvez verser au compte de remboursement des soins de santé est de 1 \$ par période de paie. Si vous n'indiquez pas où vous voulez placer les crédits inutilisés, pendant la *période d'inscription annuelle* ou lorsqu'un *événement admissible* survient, et que vous n'êtes pas actuellement inscrit au compte de remboursement des soins de santé, vos crédits seront automatiquement reportés en tant que salaire imposable.

Caractéristiques uniques

Le compte de remboursement des soins de santé comporte plusieurs caractéristiques uniques qui permettent d'acquitter efficacement les frais de soins de santé.

- Les crédits affectés au compte de remboursement des soins de santé que vous utilisez pour régler vos frais de soins de santé ne sont pas imposables, ce qui en augmente le pouvoir d'achat (au Québec, ils sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial).
- 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 (Canada), des règlements 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 de choix) du Régime d'avantages sociaux à la carte.
- Vos demandes de règlement peuvent porter en tout temps sur la valeur totale des crédits alloués pour l'année en cours – même si les crédits sont versés à votre compte de remboursement des soins de santé progressivement à chaque paie.
- Vous pouvez demander le règlement de frais admissibles engagés pour vous-même, votre conjoint et les personnes à votre charge, qui dépendent de vous financièrement, tel que défini par la Loi de l'impôt sur le revenu. Les personnes à votre charge peuvent notamment comprendre des parents qui dépendent financièrement de vous ou d'autres personnes à votre charge.
- Vous pouvez obtenir le remboursement des *franchises* et des *quotes-parts* et de tout montant exigé en sus du niveau de remboursement payé par la Société dans le cadre du Régime des avantages sociaux à la carte.

Comment les avantages fiscaux m'aident-ils?

Supposons que vous avez des crédits inutilisés de 150 \$. Si vous choisissez de recevoir ces crédits en tant que salaire supplémentaire, ils seront imposables. 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 compte de remboursement des soins de santé, vous pourrez l'utiliser pour vous faire rembourser certains soins de santé sans avoir à payer d'impôt sur ce montant. Vous utiliserez donc vos crédits à bon escient. Vous optimisez ainsi le pouvoir d'achat de vos crédits avec efficacité du point de vue fiscalité.

Notez bien

Le cas échéant, faites une demande de règlement au régime de votre conjoint avant d'utiliser les crédits versés au compte de remboursement des soins de santé.

Règlements spéciaux

Vous devez prendre conscience des règlements spéciaux suivants relatifs au compte de remboursement des soins de santé :

Si vous n'utilisez pas vos crédits, vous devrez y renoncer

L'Agence du revenu du Canada (ARC) 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. Il s'agit en l'occurrence de l'utilisation des crédits ou des frais médicaux. L'Agence du revenu du Canada autorise les participants à un compte de remboursement des soins de santé à reporter à l'année suivante, soit leurs crédits, soit leurs frais. 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.

En ce qui a trait aux frais engagés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une année particulière, au cours de laquelle le Régime d'avantages sociaux à la carte est en vigueur, les demandes de remboursement des crédits versés au compte de remboursement des soins de santé peuvent être présentées jusqu'au 31 mars de l'année suivante. Vous devrez renoncer aux crédits qui vous ont été alloués pour une année précise et que vous n'aurez pas utilisés au 31 mars de l'année suivante.

L'Agence du revenu du Canada ne permet pas d'encaisser les crédits inutilisés.

Si vous avez un compte de remboursement des soins de santé, que vous signalez un *événement admissible* et que vous ouvrez à nouveau un compte de remboursement des soins de santé, vous disposez de 31 jours pour utiliser les crédits restants du compte de remboursement des soins de santé que vous aviez auparavant.

Report à l'année suivante des frais admissibles

Si le montant des frais remboursables engagés au cours d'une année particulière excède celui des crédits versés au compte, vous avez la possibilité de reporter à l'année suivante les frais pour lesquels vous n'avez pas été remboursé. Ces frais peuvent vous être remboursés à même les crédits versés à votre compte de remboursement des soins de santé pour l'année suivante. De cette manière, vous pouvez déterminer le montant de crédits inutilisés qui doit être versé à votre compte de remboursement des soins de santé afin d'acquitter les frais non payés de l'année précédente.

Évaluation des options relatives à votre santé

Vous pouvez effectuer votre choix parmi diverses options de soins médicaux et de soins dentaires, de la vue et de l'ouïe conçues pour répondre à une variété de besoins et de circonstances. Vous pouvez également choisir de renoncer à la couverture et recevoir à la place des crédits de soins de santé du Régime d'avantages sociaux à la carte; c'est une option à envisager si vous avez accès à la couverture par l'entremise de l'employeur de votre conjoint.

Malgré la variété des choix, la majorité des employés de Nortel choisissent traditionnellement les options de soins de santé les plus coûteuses. Pour le Régime d'avantages sociaux à la carte de l'année 2004, environ 60 % ont choisi les options de couverture médicale du régime supérieur ou celles du régime de choix et 64 % ont choisi l'option des soins dentaires, de la vue et de l'ouïe du régime supérieur.

Maintenant qu'il est temps de s'inscrire à nouveau, pourquoi ne pas prendre le temps d'étudier vos options et de vous assurer que vous choisissez les options appropriées à votre situation? Nous vous suggérons de :

- Réviser l'historique de vos demandes de règlement afin de relever le montant dépensé par Nortel pendant les douze derniers mois pour les soins médicaux et les soins dentaires, de la vue et de l'ouïe pour vous et votre famille. Si vous n'avez pas accès à intranet, vous recevrez par la poste un relevé des demandes de règlement de la Financière Sun Life.
- Réfléchir à vos besoins et à vos frais en matière de soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe pour la prochaine année.
- Revoir la couverture fournie dans le cadre de vos options Nortel et des coûts ou des crédits connexes du Régime d'avantages sociaux à la carte. En plus de votre feuille de calcul personnalisée, vous pouvez consulter la **Comparaison des coûts liés aux options relatives à la santé** à la page 29 pour obtenir une comparaison des coûts de 2004 et 2005 pour chaque option.
- Considérer toute protection qui vous est offerte. Souvenez-vous que si vous et les membres de votre famille bénéficiez de plus d'un régime, même si vous et votre conjoint travaillez chez Nortel, la coordination des prestations vous permet de coordonner le paiement des demandes de règlement dans le cadre du régime de chacun.
- Choisir les régimes, les options et les niveaux de couverture des personnes à votre charge qui vous conviennent le mieux.

Fonctionnement de la coordination des prestations

Si votre conjoint et vous avez une couverture en vertu du régime de l'un et de l'autre, la personne qui fait la demande de règlement doit la soumettre en premier à son régime. S'il reste un solde à rembourser, vous pouvez soumettre une demande de règlement avec votre relevé explicatif des avantages sociaux à l'autre régime aux fins d'évaluation pour un éventuel paiement supplémentaire. Si vous avez des demandes de règlement au nom de vos enfants à charge admissibles, présentez toujours votre demande au régime du parent dont la date de naissance (mois, jour) arrive en premier dans l'année.

Histoire de demandes de règlement – mythes et réalité

Si vous voulez le maximum de prestation pour vous et votre famille, il se peut que vous soyez tenté de choisir les options les plus coûteuses. Cependant, la présente histoire relative à deux employés de Nortel ayant adopté des approches différentes pour répondre aux besoins de leur famille pourrait changer votre manière de penser.

Supposons que l'employé A et l'employé B ont chacun un conjoint qui travaille et deux enfants à charge admissibles. En plus de leur Régime d'avantages sociaux à la carte de Nortel, tous les deux ont accès, grâce à l'employeur de leur conjoint, à la couverture de soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe identique à nos options actuelles du régime complet. En outre, les deux familles ont les mêmes frais admissibles en 2005.

L'**employé A** a choisi la couverture familiale en vertu des options du régime **supérieur** de Nortel pour les soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe et a renoncé à toute couverture en vertu du régime du conjoint.

L'**employé B** a choisi la couverture familiale en vertu des options du régime **complet** de Nortel pour les soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe et s'est également inscrit pour une couverture familiale en vertu du régime du conjoint.

Examiner le tableau ci-dessous pour voir comment l'employé B bénéficie d'une couverture à 100 % pour toutes les dépenses admissibles à un coût moindre (**821 \$ de moins** en 2005) que l'employé A en coordonnant les prestations.

Cet exemple est basé sur les hypothèses suivantes :

- les coûts pour l'année 2005 de l'assurance pour «vous et votre famille» en vertu de l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe de Nortel;
- le conjoint de l'employé B choisit, par l'intermédiaire de son employeur, une assurance familiale identique aux options de soins médicaux et de soins dentaires, de la vue et de l'ouïe du régime complet de Nortel;
- le coût annuel de l'assurance familiale en vertu du régime du conjoint est de 350 \$;
- les dépenses de l'employé A et celles de l'employé B sont égales en 2005.

	Employé A – Régime supérieur		Employé B – Régime complet			
	Nortel paie	L'employé paie	Nortel paie	Le régime du conjoint paie	L'employé paie	
Dépenses médicales						
Prescriptions						
• Employé – 8 Rx	600,00 \$	544,00 \$	56,00 ¹ \$	489,60 \$	110,40 ² \$	0,00 \$
• Conjoint – 6 Rx	300,00 \$	258,00 \$	42,00 ¹ \$	67,80 \$	232,20 ³ \$	0,00 \$
• Enfants – 4 Rx	200,00 \$	172,00 \$	28,00 ¹ \$	45,20 \$	154,80 ³ \$	0,00 \$
Physiothérapeute						
• Conjoint	800,00 \$	800,00 \$	0,00 \$	116,00 \$	684,00 ⁴ \$	0,00 \$
Dépenses relatives aux soins dentaires, aux soins de la vue et de l'ouïe						
Examens buccaux						
• Employé	200,00 \$	200,00 \$	0,00 \$	200,00 \$	0,00 \$	0,00 \$
• Conjoint	200,00 \$	200,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	200,00 \$	0,00 \$
• Enfants	400,00 \$	400,00 \$	0,00 \$	0,00 \$	400,00 \$	0,00 \$
Couronne						
• Employé	500,00 \$	250,00 \$	250,00 \$	250,00 \$	250,00 \$	0,00 \$
Soins de la vue						
• Employé	350,00 \$	300,00 \$	50,00 \$	200,00 \$	150,00 \$	0,00 \$
• Conjoint	400,00 \$	300,00 \$	100,00 \$	200,00 \$	200,00 \$	0,00 \$
Total des frais	3 950,00 \$	3 424,00 \$	526,00 \$	1 568,60 \$	1 752,00 \$	0,00 \$
Coût annuel des options du régime						
Régimes de Nortel						
• Assurance médicale			463,00 \$			100,00 \$
• Régime d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe			355,00 \$			73,00 \$
Régime du conjoint			0,00 \$			350,00 \$
Coût total		3 424,00 \$	1 344,00 \$	1 568,60 \$	2 381,40 \$	523,00 \$

1 l'employé paie 7 \$ par quote-part par ordonnance.

2 le régime du conjoint paie les frais admissibles non couverts par le régime de Nortel (y compris la quote-part de 7 \$).

3 le régime du conjoint paie 90 % des frais admissibles après les 7 \$ de quote-part par ordonnance et le régime de Nortel paie le solde restant.

4 le régime du conjoint paie 90 % des frais admissibles après les 40 \$ de franchise et le régime de Nortel paie le solde restant.

Nota :

- Il ne s'agit que d'un exemple. Chacun a des besoins uniques et vit des circonstances qui lui sont propres. De plus, le coût du régime du conjoint varie. Cependant, en analysant votre situation personnelle et en réévaluant vos options, vous pourriez recevoir une couverture équivalente ou meilleure à un coût moindre.
- Le présent exemple ne prend pas en compte les revenus liés aux crédits offerts à l'employé A et à l'employé B. Par exemple, en supposant que chacun d'eux ait un salaire annuel de 80 000 \$, tous les deux recevraient des crédits connexes de 312 \$ (80 000 X 0,39 %), qui pourraient être utilisés pour compenser le coût de la l'assurance médicale et de l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe de Nortel ou qui pourraient être alloués au compte de remboursement des soins de santé et utilisés pour payer les primes du régime du conjoint ainsi que d'autres frais admissibles.
- La coordination des prestations stipule que le régime qui paie en deuxième lieu ne versera pas plus que ce qu'il aurait pu verser s'il était le premier payeur.

Assurance-vie

Coût de la couverture de base

À partir du 1^{er} janvier 2005, la prime mensuelle de l'assurance-vie de base sera de 0,35 \$ par 1 000 \$ de couverture. À l'heure actuelle, Nortel verse la prime de l'assurance-vie de base de l'employé et ce dernier verse le montant des avantages fiscaux établi en fonction du taux.

L'assurance-vie contribue à assurer la protection financière de la famille de l'employé si celui-ci décède. Vous recevrez automatiquement une couverture de base égale au montant de votre *salaire* annuel, versé en entier par Nortel.

Vous pouvez augmenter votre couverture de base en souscrivant une assurance-vie facultative au moyen de *retenues salariales après impôt*. Vous pouvez également souscrire une couverture facultative pour vous-même, votre *conjoint* et vos *enfants* à charge admissibles.

Couverture de base

La couverture de base verse à votre bénéficiaire des prestations équivalentes au montant de votre salaire annuel, arrondi au millier de dollars le plus près, si vous décédez pendant la période où votre couverture est en vigueur. Exemple : Si votre salaire annuel s'élève à 60 300 \$, votre couverture de base s'élèvera à 61 000 \$.

Si vous êtes toujours en service 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. Au moment de votre 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.

Si vous quittez Nortel, vous avez le choix de convertir votre couverture en contrat d'assurance individuel dans les 31 jours suivant la date de votre cessation d'emploi. Reportez-vous à **Option de conversion** à la page 33 pour obtenir de plus amples renseignements.

Couverture facultative

En plus de la couverture de base fournie par la Société, vous pouvez souscrire une assurance-vie facultative pour vous-même, votre conjoint et vos enfants à charge – versée au moyen de *retenues sur la paie après impôt*.

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

Vous devez fournir une *preuve d'assurabilité* si vous désirez augmenter votre couverture actuelle d'assurance-vie facultative, sauf si vous présentez un *événement admissible*. S'il survient un événement admissible, vous ne devez présenter une preuve d'admissibilité que pour une augmentation de plus d'un échelon ou pour un montant total équivalant à plus de 3 fois votre salaire annuel chez Nortel ou à 1 million de dollars, le moindre de ces montants étant à retenir. Vous devez également fournir une preuve d'assurabilité pour votre conjoint si vous voulez augmenter la couverture de votre conjoint à plus de 50 000 \$.

Assurance-vie facultative de l'employé

Vous pouvez choisir parmi les niveaux de couverture suivants :

- Couverture de base plus une fois le salaire,
- Couverture de base plus deux fois le salaire,
- Couverture de base plus trois fois le salaire,
- Couverture de base plus quatre fois le salaire (*preuve d'assurabilité exigée*),
- Couverture de base plus cinq fois le salaire (*preuve d'assurabilité exigée*).

Exemple : Si vous choisissiez la couverture de base plus une fois le salaire, vous recevriez, essentiellement, une couverture totale de deux fois votre salaire.

L'assurance-vie facultative est également arrondie au prochain 1 000 \$. Par exemple, si votre salaire annuel est de 60 300 \$ et que vous choisissez la couverture de base plus deux fois le salaire, votre couverture facultative est de 121 000 \$.

Le montant maximal de votre assurance-vie de base plus la couverture facultative ne peut pas être supérieur à 3 millions de dollars.

Assurance-vie facultative des personnes à votre charge

Vous pouvez souscrire une assurance-vie facultative pour votre conjoint et pour vos enfants à charge, tel qu'indiqué dans le tableau suivant :

Conjoint	<ul style="list-style-type: none">• 10 000 \$• 25 000 \$• 50 000 \$• 100 000 \$• 150 000 \$• 200 000 \$	<ul style="list-style-type: none">• 250 000 \$• 300 000 \$• 350 000 \$• 400 000 \$• 450 000 \$• 500 000 \$
Chaque enfant à charge	<ul style="list-style-type: none">• 5 000 \$• 10 000 \$• 15 000 \$• 20 000 \$• 25 000 \$	

Une *preuve d'assurabilité* est exigée pour l'assurance-vie du conjoint si le montant dépasse les 50 000 \$.

Coût de la couverture facultative

Employé et conjoint

La tarification de l'assurance-vie facultative 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 n'avez pas fait usage de produits du tabac depuis 12 mois consécutifs. La même règle s'applique à votre conjoint. Nortel n'exige aucune preuve de votre statut de non-fumeur, mais s'il est constaté que vous fumez et que vous versez une prime de non-fumeur, vous ou vos bénéficiaires pourriez perdre tout droit à des prestations. Si vous commencez ou recommencez à fumer, vous devez en aviser immédiatement les Services au personnel à l'échelle mondiale n'importe quand au cours de l'année.

Voici les taux de la prime d'assurance-vie facultative pour l'année 2005. Chaque taux indiqué représente le coût pour une protection d'une valeur de 1 000 \$. **Veillez noter que vous ne paierez que 50 % de la prime exigée si vous choisissez d'y souscrire ou de continuer à participer à l'assurance-vie facultative de l'employé en 2005. À compter de 2006, vous devrez payer 100 % de la prime exigée.** Votre feuille de calcul personnalisée, indiquera le coût réel pour votre protection ainsi que celle de votre conjoint (le cas échéant) pour l'année 2005.

Votre âge / Âge du conjoint au 31 déc. 2005	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	0,0690 \$	0,0318 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0299 \$	0,0138 \$
25-29	0,0690 \$	0,0318 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0299 \$	0,0138 \$
30-34	0,0782 \$	0,0361 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0299 \$	0,0138 \$
35-39	0,0886 \$	0,0409 \$	0,0690 \$	0,0318 \$	0,0391 \$	0,0180 \$	0,0391 \$	0,0180 \$
40-44	0,1369 \$	0,0632 \$	0,0978 \$	0,0451 \$	0,0782 \$	0,0361 \$	0,0587 \$	0,0271 \$
45-49	0,2542 \$	0,1173 \$	0,1472 \$	0,0679 \$	0,1369 \$	0,0632 \$	0,0978 \$	0,0451 \$
50-54	0,4106 \$	0,1895 \$	0,2346 \$	0,1083 \$	0,2450 \$	0,1131 \$	0,1472 \$	0,0679 \$
55-59	0,6647 \$	0,3068 \$	0,3715 \$	0,1714 \$	0,3910 \$	0,1805 \$	0,2542 \$	0,1173 \$
60-65	0,9580 \$	0,4421 \$	0,5083 \$	0,2346 \$	0,5670 \$	0,2617 \$	0,3623 \$	0,1672 \$

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

$0,0180 \$ (\text{à partir du tableau}) \times (100\ 000 \$ \div 1\ 000 \$) = 1,80 \$$ toutes les deux semaines

Enfants

Si vous choisissez une protection pour vos enfants à charge, le montant de la couverture est le même pour chaque enfant couvert et le coût est le même quel que soit le nombre d'enfants couverts. En 2005, le coût est de 0,475 \$ par tranche de 5 000 \$ pour que tous vos enfants admissibles bénéficient d'une protection. Par exemple, si vous choisissez une protection de 25 000 \$, votre coût est de :

$0,475 \$ \times (25\ 000 \$ \div 5\ 000 \$) = 2,38 \$$ par mois

$2,38 \$ \times (12 \div 26) = 1,10 \$$ par paie (à raison de 26 périodes de paie)

Option de conversion

Si vous quittez votre emploi, vous avez le droit de convertir votre assurance-vie de base et votre assurance-vie facultative actuelles en un contrat individuel sans devoir présenter une *preuve d'assurabilité*. Vous pouvez convertir votre niveau de couverture actuel jusqu'à concurrence d'un montant de conversion maximal de 200 000 \$ pour chacune des couvertures d'assurance-vie de base et d'assurance-vie facultative. 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 conversion). Si vous décédez au cours de la période de conversion, votre bénéficiaire recevra les prestations payables en vertu de votre assurance-vie de base et de votre assurance-vie facultative (le cas échéant) même si vous n'avez pas fait la demande d'un contrat individuel.

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. Vous pouvez communiquer avec les Services au personnel à l'échelle mondiale pour obtenir un formulaire «Avis de conversion» et pour obtenir de plus amples renseignements relatifs à la conversion avec la Financière Sun Life au 1 800 786-5433.

Vous pouvez également convertir votre assurance-vie facultative des personnes à votre charge pour votre conjoint à un contrat individuel sans devoir présenter une preuve d'assurabilité. Le montant que vous pouvez convertir est le niveau actuel de couverture de votre conjoint, jusqu'à concurrence d'un montant de 200 000 \$. 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 conversion). Si votre conjoint décède au cours de la période de conversion, le régime de la Société vous versera les prestations payables en vertu de l'assurance-vie facultative de votre conjoint. Aucune option de conversion n'est offerte pour l'assurance-vie des personnes à votre charge pour vos enfants.

Notez bien

Si vous quittez la Société, vous devez évaluer vos besoins relativement à la conversion à une police d'assurance-vie individuelle. Si vous souffrez de troubles médicaux qui pourraient vous rendre inadmissible à une autre police d'assurance ou faire en sorte que vous ne puissiez bénéficier de la même protection au titre du régime de votre nouvel employeur, il peut être préférable de vous prévaloir de l'option de conversion.

Évaluation des options en matière d'assurance-vie

Vous bénéficiez automatiquement d'une couverture d'assurance-vie de base égale au montant de votre salaire annuel de Nortel et vous avez le choix d'acheter une couverture supplémentaire pour vous et pour les personnes à votre charge admissibles.

Il n'est pas toujours facile de déterminer le capital d'assurance-vie nécessaire pour assurer l'avenir financier d'une famille. Certains utilisent la règle du quatre à six fois le salaire, tandis que d'autres jugent qu'il n'existe pas réellement de règle établie puisque les circonstances diffèrent selon les individus. Une bonne planification est cependant indispensable.

Certains facteurs doivent être pris en considération pour déterminer le capital d'assurance-vie nécessaire :

- Avez-vous des personnes à votre charge qui dépendent de votre revenu? Dans l'affirmative, de combien ont-ils besoin pour les dépenses à venir (hypothèque ou loyer, nourriture, habillement, garderie, scolarité, etc.)?
- Avez-vous d'autres dettes à long terme qui doivent être payées?
- Avez-vous d'autres polices d'assurance-vie personnelle outre celle de la Société? Si vous avez une hypothèque, avez-vous une assurance hypothèque?
- Avez-vous d'autres actifs ou d'autres sources de revenus importants sur lesquels les personnes à votre charge peuvent compter?
- Quel est votre état de santé? Si vous désirez augmenter la couverture de votre assurance-vie, vous devez fournir une **preuve d'assurabilité**, et votre nouvelle couverture n'entrera en vigueur qu'à la date de l'approbation de votre demande par la Financière Sun Life.

Programme d'aide aux employés

Vous et vos personnes à votre charge admissibles bénéficiez automatiquement et gratuitement du Programme d'aide aux employés (PAE) et des Services de travail-famille. Vous n'avez pas à vous inscrire à cet avantage.

FGI offre la prestation des services de PAE ainsi que les Services de travail-famille. Ces services comprennent des conseils d'expert et l'accès à la recherche et au recours des services aux enfants et aux aînés, des conseils juridiques et financiers, l'éducation, etc.

Vous avez accès à des ressources en ligne offrant des conseils, des hyperliens utiles, des outils d'évaluation, des demandes de services, etc. Si vous désirez obtenir de plus amples renseignements sur le counseling lié au Programme d'aide aux employés ou sur d'autres Services de travail-famille, visitez le site Web FGI à l'adresse www.fgiworldmembers.com. Lorsque la page s'affiche, vous devez entrer le nom d'utilisateur (nortel) et le mot de passe (networks). Vous pouvez aussi communiquer avec FGI en composant le 1 888 859-5263 (anglais) ou le 1 888 859-5256 (français).

Comment s'inscrire ?

La période d'inscription annuelle au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 aura lieu **du mardi 9 novembre au mardi 23 novembre 2004**. Au cours de cette période, vous aurez l'occasion de choisir des avantages parmi les nombreuses options du régime à la carte afin de créer le niveau de protection qui convient le mieux à vos besoins personnels.

Si vous prévoyez vous absenter pendant la période d'inscription de deux semaines, communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale pour prendre d'autres dispositions d'inscription.

Inscrivez ces dates importantes sur votre calendrier!

Date	Qu'arrive-t-il?
Le mardi 9 novembre	Début de l'inscription - commencez à utiliser les documents de votre trousse d'inscription afin de vous familiariser avec les changements prévus pour 2005.
Le mardi 16 novembre	La période d'inscription tire à sa fin - si vous ne vous êtes pas encore inscrit, il vous reste une semaine pour choisir vos avantages pour 2005... commencez dès maintenant afin de ne pas dépasser la date d'échéance.
Le mardi 23 novembre	Fin de la période d'inscription - vous devez vous inscrire d'ici cette date ou vous conserverez votre couverture de 2004 aux coûts de 2005.
Le samedi 1 ^{er} janvier 2005	Les avantages du Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 entrent en vigueur - toute option choisie au cours de la période d'inscription annuelle au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 ne peut être modifiée avant la prochaine période d'inscription à moins qu'un <i>événement admissible</i> ne survienne dans votre vie.

Liste de contrôle de l'inscription

Utilisez cette liste de contrôle comme guide afin de vous assurer d'avoir suivi les étapes nécessaires avant de choisir vos options pour 2005.

- ✓ Lisez les documents d'inscription pour obtenir des renseignements sur les changements et pour comprendre vos options en ce qui concerne le régime de 2005.
- ✓ Examinez le relevé des demandes de règlement qui vous a été envoyé par courrier par la Financière Sun Life. Cela vous permettra de savoir dans quelle mesure vous utilisez le programme et de décider si vous voulez conserver le même niveau de couverture en 2005.
- ✓ Examinez vos choix et vos coûts actuels sur votre relevé de confirmation de 2004. Profitez-en pour jeter un coup d'œil aux renseignements concernant les personnes à votre charge et déterminez si vous devez les mettre à jour. Même si vous choisissez de renoncer aux soins médicaux et soins dentaires, de la vue et de l'ouïe, il est important que toutes les personnes à votre charge soient bien inscrites.
- ✓ Examinez les coûts. Les coûts personnalisés pour l'année 2005 sont indiqués sur votre feuille de calcul personnalisée ci-jointe.
- ✓ Si vous avez un conjoint, vérifiez les choix et les coûts du régime offert par son employeur afin de vous assurer qu'il n'est pas préférable pour elle ou lui de s'inscrire dans ce régime avant de s'inscrire comme personne à charge dans le programme de Nortel. Vous devez également lire «**Évaluation des options relatives à votre santé**» figurant à la page 34.
- ✓ Décidez si vous voulez ou devez vous inscrire. Vous devez vous inscrire si vous désirez apporter des changements à votre niveau de couverture actuel, mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge ou modifier le «statut de fumeur» dans votre assurance-vie ou dans celle de votre conjoint.
- ✓ Communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale si vous avez encore des questions après avoir lu les documents d'inscription.

Si vous avez accès à Internet

Vous pouvez examiner l'historique de vos demandes de règlement au moyen du site Web de la Financière Sun Life. Allez simplement sur le site Web à l'adresse www.sunlife.ca/member, ouvrez une session à l'aide de votre code d'accès de la Financière Sun Life et de votre mot de passe, cliquez sur votre numéro de contrat collectif (25654) et sélectionnez **Demandes de règlement** puis **Historique des demandes de règlement**. Si vous n'avez pas de code d'accès ni de mot de passe, accédez au site, sélectionnez **Inscrivez-vous** et suivez les directives fournies en ligne. Vous pouvez aussi communiquer avec le centre de service à la clientèle de Nortel par téléphone au 1 800-229-7089, du lundi au vendredi, et ce, de 7 h à 20 h (heure normale de l'Est).

RAPPEL : Si vous devez mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge, vous devez vous inscrire!

Même si vous choisissez de renoncer au régime de soins de santé ainsi qu'à la couverture relative aux soins dentaires, aux soins de la vue et aux soins de l'ouïe, il est important que toutes les personnes à votre charge soient bien inscrites puisque ces renseignements peuvent servir à l'inscription à d'autres avantages.

Vous pouvez mettre à jour les renseignements sur les personnes à votre charge sur votre feuille de calcul personnalisée.

Ai-je besoin de m'inscrire?

La *période d'inscription annuelle* au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005 vous permet de vous inscrire à un certain nombre d'avantages facultatifs, notamment à l'assurance médicale et à l'assurance dentaire, de soins de la vue et de l'ouïe, à une assurance-vie facultative, à une assurance-décès et mutilation accidentels facultative et à une couverture en cas d'incapacité de courte ou de longue durée. Pour décider si vous devez vous inscrire, posez-vous la question - est-ce que je veux :

1. Choisir une nouvelle option de couverture médicale pour l'année 2005?
2. Choisir une nouvelle option en ce qui concerne l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe?
3. Apporter des changements à tout autre niveau de couverture actuel? Rappelez-vous, si vous souscrivez une assurance-vie facultative de l'employé, vous devrez payer les primes de 2005.
4. Sélectionner une couverture pour les personnes à ma charge ou y apporter des modifications?
5. Mettre à jour les données relatives aux personnes à ma charge?
6. Changer mon «statut de fumeur» ou celui de mon conjoint dans mon assurance-vie ou dans la sienne?

Si vous avez répondu «**oui**» à au moins une des questions ci-dessus, vous devez vous inscrire cette année. Reportez-vous aux **quatre étapes d'inscription** à la page 39.

Si vous ne vous inscrivez pas

Après avoir examiné les questions ci-dessus, si vous décidez de ne pas apporter de changements pour 2005, vous devriez tout de même accéder à votre feuille de calcul personnalisée dans votre trousse d'inscription pour examiner votre couverture actuelle et confirmer que les renseignements relatifs aux personnes à votre charge sont exacts.

N'oubliez pas que si vous ne vous inscrivez pas, vous conserverez votre couverture de 2004 aux coûts de 2005. Si vous avez affecté des crédits inutilisés du Régime d'avantages sociaux à la carte à votre compte de remboursement des soins de santé après votre inscription l'année dernière, et si les mêmes choix entraînent des crédits inutilisés en 2005, ceux-ci seront versés à votre compte de remboursement des soins de santé de 2005 (minimum de 1 \$ par période de paie). Autrement, vous recevrez tout crédit inutilisé du régime comme traitement imposable tout au long de l'année.

Si vous décidez de ne pas apporter de changements pour 2005, vous n'avez aucune mesure à prendre. Vous recevrez un relevé de confirmation par la poste confirmant votre couverture ainsi que les coûts pour 2005.

Quatre étapes d'inscription

Une fois que vous avez passé en revue les documents d'inscription, que vous vous êtes familiarisé avec les changements apportés en 2005 et que vous avez suivi toutes les étapes de la liste de contrôle de l'inscription, vous êtes prêt à vous inscrire. Pour ce faire, il suffit de suivre les étapes suivantes.

Quatre étapes d'inscription	
ÉTAPE 1 :	Sortez votre feuille de calcul personnalisée de votre trousse d'inscription. Ce document donne la liste des options et des coûts pour 2005.
ÉTAPE 2 :	Remplissez votre feuille de calcul personnalisée pour modifier les renseignements sur les personnes à votre charge ou pour choisir de nouvelles protections.
ÉTAPE 3 :	Postez votre feuille de calcul personnalisée dûment remplie dans l'enveloppe-réponse jointe ou envoyez-la par télécopieur aux Services au personnel à l'échelle mondiale, au (919) 905-9303. Indiquez un numéro de téléphone où l'on peut vous joindre au cas où un représentant des Services au personnel à l'échelle mondiale aurait besoin de communiquer avec vous. Conservez une copie de votre feuille de calcul personnalisée. Si vous avez envoyé votre feuille de calcul personnalisée par télécopieur, conservez également une copie de l'accusé de réception de la télécopie dans vos dossiers.
ÉTAPE 4 :	Surveillez l'arrivée de votre relevé de confirmation à votre domicile. Vous devriez le recevoir peu après la fin de la période d'inscription. Vérifiez votre relevé de confirmation pour vous assurer que les protections qui y figurent sont bien celles que vous avez choisies. En cas d'erreur, communiquez immédiatement avec les Services au personnel à l'échelle mondiale. Si à la date du 5 décembre 2004, vous n'avez reçu aucun relevé de confirmation, communiquez avec les Services au personnel à l'échelle mondiale. Conservez votre relevé de confirmation afin de pouvoir le consulter au besoin.

Vos choix seront en vigueur du 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2005 et vous ne pourrez pas y apporter de changements pendant l'année, sauf s'il survient un *événement admissible*.

Ressources

	Numéro de téléphone :	Adresse site Web
Outil d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte		https://eflex.us.nortel.com:49185
Mot de passe NorPASS	NT4-HELP ESN 684-4357 1 800 684-4357	http://norpass.ca.nortel.com
@votreservice		http://services-canada.ca.nortel.com
Services au personnel à l'échelle mondiale	RCE 352-4636 919 992-4636 1 800 676-4636 (sans frais) Télécopie 919 905-9303 ou RCE 355-9303	Adresse électronique : Interne : GES, Amérique du Nord External: gesna@nortelnetworks.com
Assurance-incapacité de courte durée		
Medcan Health Management Inc.	1 888 522-7368	Général - www.medcan.com Demandes de règlement - https://secure.medcan.com/login.asp
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.com
Services de soins de la vue (PVS)	1 800 668-6444	
Assurance-automobile et assurance-habitation		
BELAIRdirect	Résidents de l'Ontario et du Québec : 1 866 423-5247 Toutes les autres provinces : 1 866 845-4464	
Programme d'aide aux employés (PAE) et Services de travail-famille		
Family Guidance Group Inc.	1 888 859-5263 (anglais) 1 888 859-5256 (français)	www.fgiworldmembers.com nom d'utilisateur «nortel» et mot de passe «networks»
Agence du revenu du Canada		
		http://www.cra-arc.gc.ca

Glossaire

Voici quelques brèves définitions de termes qui figurent dans vos documents d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte.

Administrateur du régime

Entreprise qui gère le paiement des demandes de règlement au nom de Nortel.

Agence du revenu du Canada (ARC)

Agence fédérale portant anciennement le nom Revenu Canada. L'Agence du revenu du Canada gère les lois fédérales reliées à la fiscalité qui s'appliquent aux régimes d'avantages sociaux. Par exemple, l'Agence du revenu du Canada définit les règlements liés aux comptes de remboursement des soins de santé, comme celui offert par Nortel. Pour obtenir d'autres renseignements, visitez le site Web de l'ARC à l'adresse <http://www.cra-arc.gc.ca>.

Autorisation préalable

Procédé qui exige l'examen et l'approbation préalable de certains médicaments avant de faire une demande de règlement dans le cadre du Régime d'avantages sociaux à la carte.

Bénéficiaire

La personne (ou les personnes) que vous nommez à titre de bénéficiaire de vos prestations si vous décédez et que vous êtes couvert par le régime d'assurance-vie ou d'assurance-décès ou mutilation accidentels. Vous pouvez nommer plusieurs bénéficiaires à condition que vous précisiez comment les prestations doivent être divisées.

Si vous êtes un homme habitant au Québec et que vous avez nommé votre conjoint ou vos enfants comme bénéficiaires avant le 20 octobre 1976, vous devez obtenir leur autorisation écrite avant de changer le bénéficiaire. La même modalité s'applique à tous les résidents du Québec des deux sexes qui ont nommé leur conjoint comme bénéficiaire depuis cette date, à moins d'avoir précisé que la désignation était révocable.

Compte de remboursement des soins de santé (CRSS)

Un compte auquel sont affectés, avant impôts, les crédits du Régime d'avantages sociaux à la carte fournis par la Société que vous pouvez utiliser pour vous faire rembourser vos frais médicaux. Si vous habitez au Québec, les montants remboursés sont toutefois assujettis à l'impôt sur le revenu provincial.

Conjoint

C'est-à-dire la personne avec qui vous êtes marié ou engagé dans une union civile (résidents du Québec seulement) ou une personne célibataire, de sexe opposé ou de même sexe qui :

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

Contribution maximale

Contribution maximale que vous avez à déboursier chaque année pour des médicaments sur ordonnance couverts. Vos franchises et la partie des dépenses liées aux médicaments admissibles que vous payez peuvent être comptabilisées par rapport à la contribution maximale. Tout montant au-delà des limites raisonnables et habituelles, des frais d'exécution d'ordonnance maximaux et des médicaments non couverts par le régime n'est pas comptabilisé par rapport à la contribution maximale. Lorsque vous avez atteint la contribution maximale, le régime paie la totalité des coûts liés aux médicaments couverts pour le reste de l'année civile, jusqu'à la limite maximale des prestations du régime. (Au Québec, il n'y a aucune contribution maximale pour les médicaments énumérés sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec [RAMQ].)

Crédits

Contribution fournie par la Société et destinée à aider les employés à acheter une couverture facultative. À l'heure actuelle, chaque employé obtient des crédits correspondant à 0,39 % de son salaire annuel qui peuvent être utilisés afin d'acheter une couverture facultative ou déposés dans un compte de remboursement des soins de santé ou qui peuvent lui être versés comme rémunération imposable. Les employés peuvent obtenir des crédits de santé supplémentaires s'ils renoncent à l'assurance médicale ou à l'assurance dentaire, soins de la vue ou de l'ouïe, choisissent le régime de base de personne à charge ou choisissent le régime complet ou de base «pour vous seulement».

Dollars après impôt (retenues salariales après impôt)

Montant qui est considéré comme revenu d'emploi aux fins de calcul de l'impôt sur le revenu. Si vous n'avez pas suffisamment de crédits du Régime d'avantages sociaux à la carte de la Société pour payer les avantages facultatifs que vous avez choisis, la différence sera prélevée de votre salaire après les retenues fiscales appropriées. L'assurance-vie facultative de l'employé ou d'une personne à charge ne peut être achetée qu'avec les dollars après impôt.

Dollars avant impôt

Montant qui n'est pas considéré comme revenu d'emploi aux fins de calcul de l'impôt sur le revenu. Les crédits fournis par la Société ne sont pas considérés comme revenu d'emploi s'ils sont utilisés pour l'achat d'assurance médicale et d'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, d'assurance-incapacité de courte durée, d'assurance-incapacité de longue durée et d'assurance-décès et mutilation accidentels ou s'ils sont déposés dans un compte de remboursement des soins de santé (CRSS) et utilisés pour couvrir des frais de soins de santé admissibles. (Au Québec, les montants utilisés pour souscrire l'assurance-décès et mutilation accidentels facultative, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe et les montants remboursés du compte de remboursement des soins de santé sont assujettis à l'impôt sur le revenu provincial).

Enfants

Personnes à charge qui sont :

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

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);
- 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 qui demeurent au Québec peuvent obtenir, jusqu'à l'âge de 26 ans, le remboursement des médicaments sur ordonnance figurant sur le formulaire de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) s'ils sont inscrits dans un établissement d'enseignement agréé (école, collège ou université).

Événement admissible

Changement dans votre situation personnelle qui a une incidence sur la couverture 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 ou union civile (résidents du Québec seulement) ou cohabitation depuis 12 mois sans interruption avec un conjoint de fait, de même sexe ou de sexe opposé;
- divorce ou dissolution d'une union civile (résidents du Québec seulement) séparation légale ou rupture de l'union de fait;
- 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 la couverture;
- 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.

Formulaire des médicaments

Liste de médicaments couverts par le Régime d'avantages sociaux à la carte pour les régimes de base, complet et supérieur (mais pas pour le régime de choix). Cette liste énumère tous les médicaments couverts à compter du 31 décembre 2004. Un nouveau médicament n'est ajouté que lorsque au moins un régime d'assurance médicale provincial l'ajoute à sa liste de médicaments couverts.

Frais admissibles

Frais des fournitures et des soins médicaux pour lesquels le régime débourse des prestations.

Franchise

Montant que vous devez personnellement payer avant que le régime n'entre en vigueur et ne paie les frais admissibles.

Médicalement nécessaire

Accepté et reconnu de façon générale par les médecins canadiens comme efficace, approprié et essentiel au traitement d'une maladie ou d'une blessure, conformément aux normes médicales canadiennes.

Médicament breveté

Médicament sur ordonnance vendu sous un nom qui constitue une marque de commerce. Les médicaments brevetés sont généralement vendus à un prix plus élevé que les médicaments génériques.

Médicaments génériques

Médicament sur ordonnance vendu sous son nom chimique. Les médicaments génériques sont généralement vendus à un prix inférieur à celui des médicaments brevetés.

Personnes à charge

En ce qui concerne l'assurance-vie, l'assurance médicale et l'assurance dentaire, soins de la vue et de l'ouïe, les personnes à charge comprennent :

- votre conjoint (voir la définition de conjoint) et
- vos enfants (voir la définition d'enfants).
- En ce qui concerne votre compte de remboursement des soins de santé, les personnes à charge sont :
 - votre conjoint (voir la définition de conjoint) et
 - tout membre de votre famille avec qui vous êtes lié par le sang, par mariage ou par adoption et au nom duquel vous pouvez demander un crédit d'impôt pour frais médicaux sur votre déclaration de revenus.

Preuve d'assurabilité

Avant de vous juger admissible à une assurance-vie ou à une couverture facultative en cas d'incapacité de longue durée, la compagnie d'assurances peut exiger que vous remplissiez un questionnaire médical afin de s'assurer que vous êtes en bonne santé. Selon les renseignements que vous fournissez, il est possible qu'on vous demande davantage de renseignements d'ordre médical. Si on exige que vous subissiez un examen médical, vous devez acquitter vos propres dépenses.

Assurance-vie de base :

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité si vous désirez une couverture supérieure à 600 000 \$.

Assurance-vie facultative de l'employé :

- Lorsque vous devenez admissible à une assurance-vie facultative pour la première fois, vous devez présenter une preuve d'assurabilité si vous désirez une couverture supérieure à 3 fois votre salaire annuel chez Nortel ou à 1 million de dollars, le moindre de ces montants étant à retenir.
- Vous devez également présenter une preuve d'assurabilité si vous désirez augmenter votre couverture pendant la *période d'inscription annuelle*, à moins qu'un *événement admissible* ne survienne dans votre vie. S'il survient un événement admissible, vous ne devez présenter une preuve d'admissibilité que pour une augmentation de plus d'un échelon ou pour un montant total équivalant à plus de 3 fois votre salaire annuel chez Nortel ou à 1 million de dollars, le moindre de ces montants étant à retenir.

Assurance-vie des personnes à charge :

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour votre conjoint si vous désirez une couverture dont le montant total est supérieur à 50 000 \$. Cette limite est en vigueur lorsque vous êtes admissible à cette couverture pour la première fois, lorsque vous demandez son augmentation pendant la période d'inscription annuelle ou lorsqu'un événement admissible survient dans votre vie. Il n'est pas nécessaire de présenter une preuve d'assurabilité pour assurer vos enfants.

Assurance facultative en cas d'incapacité de longue durée :

Vous devrez également présenter une preuve d'assurabilité si vous choisissez une couverture facultative en cas d'incapacité de longue durée pendant la période d'inscription annuelle si vous n'avez pas souscrit une telle assurance en 2004.

Quote-part

Montant déterminé en dollars que vous devez payer lorsque vous bénéficiez des avantages relatifs aux médicaments dans le cadre des options du régime de base, du régime complet et du régime supérieur.

Raisnable et habituel

Frais liés à une dépense couverte dans le cadre du régime de soins médicaux, qui représentent les frais habituels exigés par un médecin pour un service semblable et qui ne dépassent pas les frais habituels exigés par la plupart des fournisseurs dans la région où le service a été rendu.

Régime d'assurance-maladie provincial

Assurance-maladie offerte par la province. 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.

Salaire

Votre salaire de base annuel chez Nortel. Si vous êtes admissible aux primes d'intéressement, votre salaire comprend votre salaire de base et les primes d'intéressement cibles définies chaque année par la Société.

Pour un employé à temps partiel, les crédits et les coûts sont fonction d'une semaine de travail de 25 heures. Le paiement des avantages relatifs au salaire (assurance-vie, assurance-décès et mutilation accidentels, assurance-incapacité de courte durée et assurance-incapacité de longue durée) est effectué selon le salaire réel.

Si vous vous inscrivez :	Votre salaire représente votre salaire de base à partir :
<ul style="list-style-type: none">• pendant l'inscription annuelle ou en raison d'un événement admissible	<ul style="list-style-type: none">• du 24 septembre 2004
<ul style="list-style-type: none">• comme nouvel employé	<ul style="list-style-type: none">• de la date de votre embauche
<ul style="list-style-type: none">• de temps partiel au temps plein ou vice versa	<ul style="list-style-type: none">• de la date d'entrée en vigueur de votre événement admissible

Le salaire n'inclut pas :

- les primes d'heures supplémentaires;
- les primes de poste;
- les indemnités d'affectation;
- les primes supplémentaires.

Urgence

Condition médicale soudaine et grave qui nécessite (ou vous avez une bonne raison de le croire) des soins médicaux immédiats pour prévenir un décès ou la perte de fonctions. Une crise cardiaque, la perte de connaissance, une hémorragie grave, des blessures graves ou multiples ou des brûlures graves sont toutes des exemples d'une urgence.



© 2004 Nortel.

*Nortel, le logo Nortel, et le
Globemark sont des marques déposées de Nortel
Imprimé au Canada

Guide d'inscription au Régime d'avantages sociaux à la carte 2005