

Résumé des avantages complémentaires de retraite pour les soins de santé - Régime de soins médicaux

complémentaire #162954 et Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) à l'intention des employés cadres et des employés exempts prenant leur retraite (dernière journée de travail) à compter du 2 janvier 2011

Ce résumé décrit les avantages offerts aux employés retraités admissibles de Postes Canada ainsi qu'à leurs personnes à charge admissibles et à leurs survivants admissibles. Vous devez aussi être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie afin d'être couvert par ce régime.

Remarques légales : Postes Canada se réserve le droit, à sa seule et entière discrétion, de modifier ou de réduire les avantages offerts à vous, à vos personnes à charge admissibles et à vos survivants admissibles en vertu de votre Régime de soins médicaux complémentaire de retraite et du compte de frais médicaux, ou d'y mettre fin. Postes Canada vous informera par écrit de tout changement proposé à vos avantages, au besoin. Ceci n'est pas un document juridique, mais un résumé du Régime de soins médicaux complémentaire #162954 et du Compte de gestion des dépenses santé de Postes Canada. La formulation du document de la Canada Vie portant sur la police #162954 a préséance sur le présent document.

AVIS IMPORTANT: Postes Canada a adopté une politique de tolérance zéro quant à la fraude. Veuillez noter que les employés retraités sont responsables des réclamations soumises par leur conjoint ou une personne à charge au titre des régimes d'avantages, et que la soumission d'une demande frauduleuse peut entraîner des mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'à la cessation d'emploi et la poursuite au criminel.

Qui peut adhérer à ce régime ?

Pour participer au Régime de soins médicaux complémentaire (RSMC) de retraite de Postes Canada #162954 et au compte de gestion des dépenses santé (CGDS), vous devez vous conformer aux critères suivants :

- A. Vous devez être un membre de la haute direction, un employé cadre ou exempt qui a pris sa retraite à compter du 2 janvier 2011 ou après.
- B. Vous devez avoir été admissible à la couverture du Régime de soins médicaux complémentaires de Postes Canada # 51391 ou # 51390 le jour précédant votre départ à la retraite (c'est-à-dire votre dernier jour d'emploi).
- C. Vous devez avoir terminé au moins 15 années de service continu à Postes Canada. L'exigence en matière de service continue pour le service continu est supprimé si vous êtes approuvé pour une *retraite d'invalidité* ou approuvé pour *cause d'invalidité totale pour les avantages sociaux à la retraite*.
- D. Vous devez :
 - recevoir une prestation de retraite mensuelle issue du volet à prestations déterminées du Régime de retraite agréé de Postes Canada; OU
 - avoir participé au volet à cotisations déterminées du Régime de retraite agréé de Postes Canada pendant au moins **deux (2) ans**.

- E. Si vous participez au volet à prestations déterminées du Régime de retraite agréé de Postes Canada :
- si vous avez reçu une rente immédiate (y compris une *retraite d'invalidité*) au moment de votre départ à la retraite, la Canada Vie doit recevoir votre demande dans les 60 jours suivant votre date de départ à la retraite; OU
 - si vous avez différé vos prestations, vous devez choisir de recevoir votre pension dans les cinq (5) ans suivant la date de votre départ à la retraite et la Canada Vie doit recevoir votre demande dans les 60 jours suivant le début de votre pension différé.
- F. Si vous participez au volet à cotisations déterminées du Régime de retraite agréé de Postes Canada :
- vous devez être à moins de 10 ans de la date à laquelle vous devez recevoir des prestations de retraite non réduites en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, ou être approuvé pour *cause d'invalidité totale pour les avantages sociaux à la retraite*.
 - votre demande doit être reçue par la Canada Vie dans les 60 jours suivant la date de votre départ à la retraite (incluant ceux approuvés pour *cause d'invalidité totale pour les avantages sociaux à la retraite*).
- G. Vous devez fournir un chèque annulé à la Canada Vie et payer les primes requises avant que vos avantages entrent en vigueur.

Personnes à charge admissibles

Si, au moment de votre départ à la retraite, vous êtes admissible au Régime de soins médicaux complémentaire de retraite # 162954, vous pouvez choisir une couverture individuelle ou familiale. Si vous choisissez la couverture individuelle, vous ne pourrez pas faire de demande pour une couverture familiale à une date ultérieure.

Un **conjoint** est considéré comme étant une personne à charge admissible si cette personne est le conjoint légal de l'employé retraité, son conjoint de fait (cohabitation pendant un an) ou son ancien conjoint (si une ordonnance de la cour exige de fournir les avantages sociaux). Un employé retraité ne peut admettre sous le régime qu'un conjoint à la fois.

Un **enfant** est considéré comme étant une personne à charge admissible s'il n'est pas marié et qu'il est l'enfant naturel ou adopté de l'employé retraité ou de son conjoint admissible, qu'il est l'enfant de son conjoint, qu'il est hébergé en famille d'accueil par l'employé retraité ou par son conjoint admissible ou qu'il est un enfant pour lequel l'employé retraité ou son conjoint admissible a été désigné tuteur légal en vertu d'une ordonnance de la cour. L'enfant doit dépendre financièrement de l'employé et avoir moins de 21 ans ou, s'il a plus de 21 ans, il doit être étudiant à temps plein ayant moins de 25 ans ou avoir été invalide pendant une période continue ayant commencé avant qu'il ait 21 ans ou durant ses études à temps plein et avant l'âge de 25 ans. Pour que votre enfant à charge ayant dépassé la limite d'âge continue à être couvert, vous devez soumettre à la Canada Vie un formulaire de « Déclaration d'études à temps plein pour les personnes à charge ayant dépassées la limite d'âge ». Pour les questions concernant les personnes à charge invalides ayant dépassé la limite d'âge, veuillez communiquer avec la Canada Vie afin d'obtenir plus de renseignements.

Si vous choisissez la couverture familiale au moment de votre départ à la retraite, il est conseillé de remplir le formulaire de renseignements concernant les personnes à charge qui accompagnait votre lettre de départ à la retraite ou de cessation d'emploi envoyée par Postes Canada. Si vous ne soumettez pas de formulaire de renseignements concernant les personnes à charge à jour, mais que vous choisissez une couverture familiale, les personnes à charge qui étaient couvertes en vertu de votre régime lorsque vous étiez employé de Postes Canada continueront d'être couvertes tant qu'elles respecteront la définition de *personne à charge admissible* en vertu du Régime. Vous devez aviser la Canada Vie directement lorsque des changements se produisent relativement à vos personnes à charge (décès d'une personne à charge, changement de conjoint, etc.).

Survivants admissibles

Si vous bénéficiez d'une protection familiale, vos personnes à charge pourraient être admissibles aux prestations de survivant si vous décédez alors que vous êtes couvert dans le cadre du Régime de soins médicaux complémentaire de retraite de Postes Canada, si elles étaient couvertes au moment de votre décès. Elles pourraient être admissibles à demeurer couvertes aussi longtemps qu'elles respecteront la définition de conjoint ou de personne à charge et qu'elles présentent une demande de protection du survivant dans les 120 jours suivant votre décès. Si vous participez au volet à prestations déterminées du Régime de retraite agréé de Postes Canada, elles doivent aussi recevoir une pension mensuelle de survivant en vertu du volet à cotisations déterminées du Régime de retraite agréé de Postes Canada. Il n'y a aucune exigence semblable si vous participez au volet à cotisations déterminées du Régime de retraite de Postes Canada.

Comment les avantages complémentaires de retraite pour les soins de santé fonctionnent

Votre couverture d'avantages complémentaires de retraite pour les soins de santé comprend deux parties :

- (1) Un Régime de soins médicaux complémentaire (RSMC) pour lequel vous payez l'intégralité (100 %) des primes directement à la Canada Vie.
- (2) Un Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) financé entièrement par Postes Canada.

Détails de la couverture du régime de soins médicaux

Remarque : Il pourrait y avoir un retard temporaire dans la couverture entre la date de la fin de vos avantages sociaux d'employé actif et le début de vos avantages complémentaires de retraite. Nous vous encourageons à acheter une quantité suffisante de médicaments d'entretien avant la date de votre départ à la retraite.

Si vous engagez des frais pendant le retard lié à la couverture, conservez vos reçus. Vous pouvez présenter une demande de remboursement après l'entrée en vigueur de vos avantages complémentaires de retraite. Vous avez jusqu'à 15 mois à partir de la date à laquelle une dépense a été engagée pour présenter une demande de remboursement.

Avant d'engager une dépense importante, tels que des soins infirmiers ou l'achat d'orthèses, d'un fauteuil roulant ou d'équipement respiratoire, nous vous recommandons de communiquer avec la Canada Vie (voir les coordonnées ci-dessous) pour confirmer la couverture et les plafonds du régime.

Les services couverts en vertu du Régime de soins médicaux complémentaire (RSMC) sont assujettis aux définitions de « frais raisonnables et habituels » ainsi qu'aux plafonds applicables du Régime.

Traitement raisonnable : Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure donnée.

Frais habituels : Ces frais désignent le moindre des dépenses réelles et des frais habituels pour les services et les fournitures couverts. Les frais habituels correspondent au moindre des prix représentatifs au Canada, des prix précisés dans le guide de toute association professionnelle pertinente et du prix maximal fixé par la loi.

Protection des régimes d'État : Les prestations versées en vertu du présent régime ne couvrent que la portion du coût qui n'est pas assurée par un régime d'État. Par conséquent, si un service est couvert à 100 % par un régime provincial, le Régime de soins médicaux complémentaire ne remboursera pas les frais.

Couverture des médicaments sur ordonnance

Tous les médicaments admissibles compris dans la liste de médicaments contrôlés de Postes Canada sont remboursés à 80 %.

Vous pouvez consulter votre liste de médicaments couverts en visitant le site Web www.retraitecp.com dans la section Avantages sociaux à la retraite. La liste de médicaments admissibles est examinée régulièrement par un comité indépendant de professionnels de la santé pour voir s'il est nécessaire d'y ajouter d'autres médicaments sur ordonnance.

Certains médicaments « liés au mode de vie » (renoncement au tabac, dysfonction sexuelle, traitement de l'obésité ou fertilité) peuvent être assujettis à des limites maximales annuelles ou à vie. Veuillez contacter la Canada Vie pour confirmer les montants.

Pour certains médicaments, vous devez obtenir une autorisation préalable de l'administrateur, la Canada Vie, pour que le Régime rembourse les frais. Les médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise sont indiqués ***en italique et en gras*** sur la liste des médicaments couverts. Si vous avez besoin d'une autorisation préalable concernant un médicament sur ordonnance, demandez à votre médecin de remplir un formulaire d'autorisation préalable (disponible sur le site Web de la Canada Vie), puis transmettez le formulaire rempli à la Canada Vie.

N'oubliez pas d'apporter la liste à jour de médicaments couverts à vos rendez-vous médicaux. Demandez à votre médecin de consulter la liste pour voir s'il lui est possible de prescrire un médicament couvert pour des troubles médicaux qu'il faut traiter. Si vous ne pouvez pas prendre un médicament couvert en raison d'une contre-indication (p. ex. une allergie) **ou** si vous avez essayé au moins un médicament de la liste de médicaments couverts pour vos troubles médicaux, mais que ce médicament ne s'est pas avéré efficace, vous pouvez demander à Postes Canada de couvrir votre médicament en demandant à votre médecin de remplir un formulaire **Demande pour un médicament d'exception**, qui se trouve à la dernière page de la liste des médicaments couverts.

Fournitures médicales et services connexes

La protection suivante est offerte pour chaque personne couverte et est soumise à certains montants maximaux admissibles. Tous les remboursements dépendent de ce qui est considéré comme le traitement raisonnable et les frais habituels d'une maladie ou d'une blessure (voir les définitions ci-dessus). La liste n'est pas exhaustive. Veuillez communiquer avec la Canada Vie pour obtenir plus de renseignements.

Frais couverts	Couverture (%)	Description de la couverture
Ambulance	80 %	Jusqu'au centre le plus près pouvant offrir le traitement essentiel.
Chambre d'hôpital	100 %	Frais d'hospitalisation jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour.
Soins infirmiers à domicile	80 %	Les dépenses couvertes pour les soins infirmiers à domicile sont limitées à un maximum de 15 000 \$ par année civile. Afin de déterminer le montant de protection offert en vertu du présent régime <u>avant</u> le début des soins infirmiers à domicile, vous devez faire une demande d'évaluation auprès de l'administrateur avant les soins. Veuillez noter que les soins infirmiers pour les soins chroniques ne sont pas couverts.
Fournitures médicales	80 %	Certaines fournitures médicales lorsqu'elles sont prescrites par un médecin, notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Équipement respiratoire • Équipement orthopédique; chaussures orthopédiques lorsqu'elles sont prescrites, jusqu'à concurrence de 150 \$ (remboursement jusqu'à 120 \$ par année civile); orthèses faites sur mesure chaque année civile (une paire) • Équipement prosthétique (soumis aux restrictions) • Aides à la mobilité, y compris les fauteuils roulants tous les deux ans pour les enfants à charge (âgés de moins de 18 ans) et tous les trois ans pour toute autre personne <p>Les chaussures orthopédiques ou les orthèses peuvent aussi être prescrites par un podiatre, un podologue ou un chirurgien orthopédiste. <i>Communiquez avec la Canada Vie pour obtenir des renseignements précis sur la couverture de fournitures médicales.</i></p>
Services de diagnostic et services d'un médecin	80 %	Couverture pour un examen médical complet tous les ans. Services du laboratoire de diagnostic ou de radiographie dans votre province de résidence si ces services ne sont pas couverts par le régime de soins offert par votre gouvernement. Services d'un médecin dans votre province de résidence si ces services ne sont pas couverts par le régime de soins offert par votre gouvernement, mais sont admissibles à la couverture en vertu du régime de soins offert par le gouvernement d'une autre province.
Soins dentaires pour blessure accidentelle	100 %	Soins dentaires requis à la suite d'une blessure accidentelle aux dents en santé et naturelles. Le traitement doit être terminé dans les 12 mois suivant l'accident si la personne a 18 ans ou plus.
Soins de la vue	80 %	Les frais liés aux lunettes, aux lentilles de contact et à la chirurgie au laser sont couverts jusqu'à un maximum de 80 % de 400 \$ (remboursement de 320 \$) toutes les quatre (4) années civiles. La période de prestations s'étend du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2022 , puis se réinitialise.
Soins de l'ouïe	80 %	Les appareils auditifs lorsqu'ils sont prescrits par un oto-rhino-laryngologiste ou un audiologiste. Le régime couvre aussi les aérateurs transtympaniques et les embouts auriculaires au moment de l'achat de l'appareil auditif. Les frais de réparation sont également couverts, mais non le coût des piles. Les frais couverts sont assujettis à un maximum de 80 % de 500 \$ (remboursement de 400 \$) tous les 60 mois.

Soins non urgents hors province	80 %	Remboursement jusqu'à concurrence de 25 000 \$ par maladie, à l'exception des frais de séjour quotidien à l'hôpital (consultez la section « Hospitalisation ci-dessus).
Soins d'urgence hors pays	100 %	Soins d'urgence à l'extérieur du Canada (voyage d'un maximum de 40 jours). Maximum de 100 000 \$CAN par voyage. Pour obtenir plus de renseignements sur la couverture hors pays, veuillez communiquer avec la Canada Vie. Consultez la feuille de résumé sur la protection d'urgence à l'extérieur du pays.

Services paramédicaux

La protection suivante est offerte pour chaque personne couverte et est soumise à certains montants maximaux admissibles. Tous les remboursements dépendent de ce qui est considéré comme un traitement raisonnable et des frais courants (consultez les définitions ci-dessus) pour une maladie ou une blessure. Veuillez communiquer avec la Canada Vie pour obtenir plus de renseignements.

Services paramédicaux offerts par*	Maximum par année civile	Billet du médecin nécessaire
Acupuncteur (les services d'acupuncture offerts par un médecin sont également couverts)	80 % de 600 \$ (480 \$)	Non
Chiropraticien	80 % de 600 \$ (480 \$)	Non
Massothérapeute	80 % de 400 \$ (320 \$)	Non
Sage-femme	80 % de 400 \$ (320 \$)	Non
Naturopathe	80 % de 600 \$ (480 \$)	Non
Ostéopathe	80 % de 500 \$ (400 \$)	Non
Physiothérapeute	80 % sans maximum annuel	Oui
Podiatre/Podologue (services combinés)	80 % de 500 \$ (400 \$)	Non
Psychologue/Travailleur social (services combinés)	80 % de 2 000 \$ (1,600 \$)	Oui
Orthophonistes/Thérapeutes (services combinés)	80 % de 600 \$ (480 \$)	Oui
*Les services doivent être obtenus auprès d'un spécialiste qualifié et fournis dans la province où le professionnel est inscrit ou certifié pour exercer.		

En quoi consiste le compte de gestion des dépenses santé (CGDS)

Une fois que vous êtes inscrit au Régime de soins médicaux complémentaire (RSMC) de retraite # 162954, un Compte de gestion des dépenses santé est automatiquement mis à votre disposition. Le Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) est un montant libre d'impôts versé dans un compte semblable à un compte bancaire. Vous pouvez utiliser les fonds de ce compte afin de payer des dépenses médicales admissibles pour vous-même ou pour vos personnes à charge admissibles, ou encore afin de payer une partie de la prime mensuelle pour votre RSMC (à l'exception des taxes provinciales que vous devez payer sur la prime mensuelle). Vous pouvez aussi utiliser les crédits de votre CGDS pour payer les frais dentaires qui font partie de la liste de frais admissibles de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et vos primes mensuelles pour le Régime de soins dentaires 51057, si vous y participez. Veuillez noter que ce compte représente un avantage imposable uniquement au Québec.

Chaque année, Postes Canada remet des fonds à l'assureur (la Canada Vie), qui les utilise pour financer votre Compte de gestion des dépenses santé (CGDS). Les fonds de votre CGDS sont retenus par la Canada Vie en votre nom. Lorsque vous soumettez une réclamation admissible à la Canada Vie, l'argent est déduit de ce compte et vous est remis.

Comment pouvez-vous utiliser les fonds de votre compte de gestion des dépenses santé (CGDS)

L'Agence du revenu du Canada (ARC) précise quels frais peuvent être remboursés à partir d'un Compte de gestion des dépenses santé (CGDS). Une liste des frais admissibles est publiée sur le site Web de l'ARC, à l'adresse www.cra-arc.gc.ca, dans le bulletin d'interprétation IT-519R2. Cependant, en général, si des dépenses pour des soins de santé sont remboursées dans le cadre du Régime de soins médicaux complémentaire, vous pouvez demander à ce que la partie de la dépense qui n'a pas été couverte par le Régime de soins médicaux complémentaire soit remboursée en utilisant votre CGDS. Par exemple, si vous soumettez une réclamation pour des frais de physiothérapie à la Canada Vie par l'entremise du RSMC et que vous recevez un remboursement de 80 %, vous pouvez demander le remboursement du solde de 20 % à partir de votre CGDS, ce qui signifie que **jusqu'à 100 % de vos frais peuvent vous être remboursés**. Si vous utilisez votre CGDS pour vous faire rembourser des frais particuliers, vous ne pourrez réclamer un crédit d'impôt pour ces frais médicaux lorsque vous préparerez votre déclaration de revenus.

Si vous utilisez votre CGDS pour vous faire rembourser une partie de vos primes du RSMC et/ou soins dentaires, vous devez demander un remboursement à la Canada Vie en soumettant un formulaire de demande d'indemnité du RSMC/CGDS. **Vous pouvez demander un remboursement de primes que vous avez déjà payées jusqu'à quatre fois par année civile.**

Combien d'argent aurai-je dans mon compte de gestion des dépenses santé ?

Le montant de votre CGDS reflétera le niveau de couverture (protection individuelle ou familiale) auquel vous adhérez dans le cadre du Régime de soins médicaux complémentaire de retraite. La première année, les fonds du Compte de gestion des dépenses santé sont calculés proportionnellement en fonction du mois au cours duquel vous êtes devenu participant au régime. Pour obtenir plus de renseignements, veuillez consulter le tableau des taux de prime mensuels pour les retraités.

Que se passe-t-il à la fin de l'année ?

Les fonds de votre Compte de soins de santé sont fournis par Postes Canada chaque année. Toutefois, si vous n'utilisez pas la totalité du montant au cours d'une année civile donnée, le solde sera automatiquement reporté à l'année suivante. Veuillez noter qu'une fois le montant reporté à l'année suivante, vous avez uniquement jusqu'au 31 janvier pour soumettre des réclamations pour un remboursement de frais de l'année précédente à partir de votre Compte de gestion des dépenses santé (bien que vous puissiez les réclamer de votre RSMC). À la fin de la deuxième année, tous les fonds reportés de l'année précédente non utilisés seront périmés. **Vous pourrez éviter cette péremption en utilisant tout solde de votre Compte de gestion des dépenses santé pour vous faire rembourser une partie de votre prime mensuelle du Régime de soins médicaux complémentaire de retraite que vous avez versée à la Canada Vie pendant l'année ou en soumettant une réclamation pour tous les frais de soins de santé impayés.**

Exemple (estimations aux fins d'illustration seulement avec le montant annuel pour la couverture individuelle pour 2022) :

- Vous avez adhéré au Régime de soins médicaux complémentaire en 2022 avec une couverture individuelle et, à la fin de 2022, il vous reste 400 \$ dans votre CGDS. Cette somme est automatiquement reportée sur votre compte pour 2023.

- Au début de 2023, vous avez 810 \$ pour 2023 et 400 \$ reportés de 2022, ce qui vous donne un total de 1 210 \$ pour les dépenses de 2023.
- Jusqu'au 31 janvier 2023, les dépenses de 2022 peuvent faire l'objet d'une réclamation de frais en fonction du solde non utilisé du Compte de gestion des dépenses santé de 2022. Les dépenses de 2023 peuvent quant à elle faire l'objet d'une réclamation de frais jusqu'au 31 janvier 2024.
- Une fois que le solde non utilisé de 2022 est reporté, à compter du 31 janvier 2023, vous pouvez uniquement soumettre une demande de réclamation au titre de votre CGDS pour des frais engagés en 2023.
- Si vous réclamez seulement 300 \$ de votre compte en 2023 (dépenses de 2023), le solde au 31 décembre 2023 sera de 910 \$. Toutefois, étant donné que vous ne pouvez reporter à l'année suivante que la valeur d'une année (810 \$), le montant de 100 \$ de différence du montant reporté de 2022 sera périmé et seulement 810 \$ seront reportés à votre CGDS pour 2024.

Rappel : Vous pourrez éviter cette péremption en utilisant tout solde de votre Compte de gestion des dépenses santé pour vous faire rembourser la prime du RSMC et/ou prime de soins dentaires que vous aurez versée pendant l'année.

Cartes d'identité et de remboursement direct de médicaments

Vous recevrez des cartes du Régime de soins médicaux complémentaire de la Canada Vie lorsque vous serez inscrit à la police # 162954.

La première carte est une carte de remboursement direct de médicaments qui peut être utilisée à la pharmacie pour payer 80 % du coût des médicaments sur ordonnance compris dans la liste de médicaments contrôlés de Postes Canada. La seconde est une carte d'identité pouvant être présentée aux fournisseurs exigeant une pièce d'identité et une confirmation de la couverture (en cas d'hospitalisation, par exemple). Au verso de la carte d'identité, vous trouverez les numéros de téléphone d'urgence, au cas où vous en auriez besoin pendant un voyage hors du Canada ou de votre province de résidence.

Soumission des demandes / dates limites

La Canada Vie doit recevoir tous les formulaires de réclamation pour le **RSMC # 162954/CGDS et les reçus dans les 15 mois** suivant la date à laquelle les dépenses sont engagées. Les demandes de remboursement reçues plus de 15 mois après la date à laquelle les dépenses ont été engagées ne seront pas admissibles à un remboursement.

En ce qui concerne le Compte de gestion des dépenses santé, vous pouvez soumettre les demandes de l'année en cours jusqu'au 31 janvier de l'année suivante. Par exemple, vous avez jusqu'au 31 janvier 2023 pour soumettre les réclamations du CGDS de 2022.

Le même formulaire de demande est utilisé pour les remboursements dans le cadre du RSMC seulement, les remboursements dans le cadre du RSMC et du CGDS, ou si vous demandez le remboursement des primes mensuelles RSMC et/ou soins dentaires au titre du CGDS.

Primes et montant du CGDS

Les renseignements sur les primes et le montant de votre Compte de gestion des dépenses santé figurent dans le **tableau des taux de prime mensuels**.

Quand la couverture prend-elle fin ?

La couverture prend fin en fonction de la première de ces éventualités :

- La couverture prend fin à la date de fin de ce régime.
- Si vous manquez deux paiements de primes consécutifs en raison de fonds insuffisants, vos avantages prendront fin rétroactivement à la date du premier paiement manqué.
- Les avantages prennent fin à votre décès. Les personnes à votre charge peuvent être admissibles à des prestations de survivant. Les personnes à charge survivantes doivent communiquer avec la Canada Vie pour obtenir plus de renseignements. Elles doivent présenter une demande de protection du survivant dans les 120 jours suivant votre décès.

Que se passe-t-il si j'oublie d'effectuer le paiement d'une prime mensuelle ?

La Canada Vie prélèvera chaque mois le paiement de vos primes directement sur votre compte bancaire. Si vous manquez deux paiements de primes consécutifs en raison de fonds insuffisants, vos avantages prendront fin rétroactivement à la date du premier paiement manqué. Vos avantages seront annulés de façon permanente et vous ne serez plus autorisé à y souscrire. Veuillez-vous assurer que la Canada Vie possède vos renseignements bancaires courants et que vous avez les fonds suffisants dans votre compte pour couvrir la prime mensuelle.

Changements relatifs à la couverture

Lorsque vous prenez votre retraite, vous pouvez choisir une couverture individuelle ou familiale. Si vous choisissez la couverture individuelle, vous ne pouvez pas faire de demande pour une couverture familiale à une date ultérieure. Si vous choisissez la couverture familiale, vous pouvez passer à la couverture individuelle (p. ex. en cas de divorce ou du décès de votre conjoint). Si cela se produit, il est possible de remplacer cette couverture par une couverture individuelle, mais veuillez noter que ce changement est définitif et qu'il n'est pas possible de bénéficier de nouveau d'une couverture familiale à une date ultérieure. Vous devrez remplir un formulaire de changement de couverture de groupe, que vous pouvez obtenir auprès de la Canada Vie.

Si vous renoncez à la couverture au moment du départ à la retraite, vous ne pourrez pas vous réinscrire au régime à une date ultérieure, à moins que vous ne perdiez une couverture similaire dans le cadre du régime de votre conjoint. Vous devez vous inscrire dans les 60 jours suivant la perte de votre couverture dans le cadre du régime de votre conjoint. Les avantages entrent en vigueur à la date à laquelle la Canada Vie reçoit la demande. Vous devrez remplir un formulaire de changement de couverture de groupe, que vous pouvez obtenir auprès de la Canada Vie.

Si vous choisissez une couverture, mais avisez ensuite la Canada Vie que vous souhaitez mettre fin à cette couverture, vous ne pourrez pas vous réinscrire au régime à une date ultérieure.

Source de renseignements complémentaires

La Canada Vie	Service des réclamations : 1 866 716-1313 Administration des services aux retraités (cotisations/adhésion) : 1 866 716-1313
Votre liste des médicaments couverts en ligne :	www.retraitescp.com
Vos ressources en ligne pour les avantages sociaux :	Site Web Ma Canada Vie au travail : www.macanadavieautravail.com
Urgences médicales hors pays ou hors province :	<ul style="list-style-type: none">▪ Sans frais au Canada et aux États-Unis : 1 855-222-4051▪ Appel de Cuba : 1-204-946-2946 *▪ Appel de tous autres pays : 1-204-946-2577 *▪ Appel à frais virés : 1-204-946-2577 <p>* Soumettez tous les frais d'interurbain avec votre demande remboursement.</p>
Pharmacie d'Express Scripts Canada (comptoir pharmaceutique postal)	Site Web : www.member.express-scripts.ca 1 855 550-6337