



RÉGIMES D'AVANTAGES SOCIAUX
POUR LES EMPLOYÉS DES ÉCOLES
DU MANITOBA

**Régime d'assurance-maladie platine
avec prestations
de soins de la vue de 300 \$**

Sommaire des prestations

Transport en ambulance

Remboursement à 100 % des dépenses admissibles

Assurance-maladie complémentaire

Remboursement à 80 % des dépenses admissibles (90 % pour les médicaments sur ordonnance lorsqu'ils sont achetés à Costco ou Express Scripts Canada).

Carte d'assurance-médicaments sur ordonnance – Frais d'exécution d'ordonnance jusqu'à 7 \$ par ordonnance

Praticiens paramédicaux – Maximums applicables par visite et par année civile

Prestations de soins de la vue

Remboursement à 100 % des dépenses admissibles des soins de la vue à l'exception des examens de la vue jusqu'à concurrence de 300 \$ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs.

Remboursement à 80 % des dépenses admissibles d'un examen de la vue jusqu'à concurrence de 100 \$ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs.

Assurance-maladie de voyage

Aucune limite de garantie

Remboursement à 100 % des dépenses admissibles

Comprend l'assistance voyage internationale.

Admissibilité

L'assurance-maladie complémentaire est mise à la disposition des employés permanents à temps plein ou à temps partiel de même qu'aux employés nommés pour une période déterminée d'au moins 60 jours ouvrables consécutifs. L'assurance est également offerte à vos personnes à charge admissibles. Les nouveaux employés deviennent admissibles aux prestations à leur date d'entrée en fonction. La couverture est obligatoire pour les enseignants qui travaillent dans une mesure de 30 % ou plus de l'horaire à plein temps ou pour les non-enseignants qui travaillent au moins 25 heures par semaine (au moins 6,6 heures par jour pour les employés travaillant pour une période de dix mois), à moins que vous ayez accès à une autre assurance collective.

Par personnes à charge, on entend votre conjoint et vos enfants à charge tels que décrits ci-dessous.

Par « conjoint », on entend la personne avec laquelle vous êtes légalement marié ou avec qui vous avez habité pendant au moins une année dans une situation assimilable à une relation conjugale.

Vous devez inscrire votre conjoint à votre régime lorsqu'il devient admissible (date de mariage ou un an suivant la date de cohabitation). Si le changement est signalé dans les 90 jours suivant la date d'admissibilité (date de mariage ou un an suivant la date de cohabitation), la couverture pour le conjoint et les enfants à charge (le cas échéant) commenceront à partir de la date d'admissibilité. Si le changement n'est pas signalé dans les 90 jours, mais dans l'année suivant la date d'admissibilité, la couverture du conjoint et des enfants à charge (le cas échéant) entrera en vigueur dans un an suivant la date d'admissibilité.

Par « enfants à charge », on entend tous les enfants de sang ou adoptés légalement, tous les enfants issus d'une union antérieure du conjoint ou tous les enfants dont vous êtes le tuteur légal. Les enfants de la personne avec laquelle vous habitez et avec qui vous êtes en situation assimilable à une relation conjugale sont aussi admissibles, à condition qu'ils habitent avec vous. Tous les enfants doivent être célibataires, âgés de moins de 21 ans et à votre charge ou célibataires et âgés de moins de 25 ans et fréquenter à temps plein un établissement d'enseignement, un collège ou une université reconnus.

La limite d'âge ne s'applique pas aux enfants atteints d'une déficience physique ou mentale si cette déficience a commencé pendant qu'ils étaient considérés comme enfants à charge conformément à la définition ci-dessus.

Souscription

Vous devez souscrire à ce régime en signalant votre véritable situation de famille et en indiquant toutes vos personnes à charge admissibles.

Dans le but de protéger la viabilité de ces régimes, il est interdit aux employés inscrits au régime d'assurance-maladie de l'annuler tant qu'ils demeurent employés, sauf s'ils ont récemment souscrit à une autre couverture collective. Un avis d'une autre couverture est nécessaire dans les 90 jours suivant l'acquisition de l'autre régime.

Congés autorisés

Vous pouvez continuer à souscrire votre assurance pendant un congé autorisé pourvu que ce soit pour la durée du congé, à moins d'obtenir une couverture en vertu d'une autre assurance collective. La couverture pendant un congé autorisé n'est pas offerte si vous êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence pendant plus de 90 jours et qu'une part de ce voyage comprend des déplacements à l'extérieur du Canada.

Transport en ambulance

Vous recevrez un remboursement à 100 % des dépenses admissibles dans votre province de résidence.

Service ambulancier – Règlement intégral des frais raisonnables et habituels pour les services ambulanciers assurés dans la province et pour les personnes qui demeurent à proximité de la frontière de la Saskatchewan et doivent être transportées à un hôpital en Saskatchewan. Un paiement maximum de 250 \$ par voyage (selon les tarifs provinciaux) pour les services ambulanciers assurés ailleurs. Cette garantie inclut non seulement les services ambulanciers en direction ou en provenance d'un hôpital, mais également les déplacements de longue distance en ambulance pour lesquels des frais de distance supplémentaires sont exigés.

Aucune restriction ne s'applique à la somme payable pour les services reçus dans la province ou au nombre de déplacements couverts.

Tout déplacement « urgent » en ambulance est couvert et tout déplacement « non urgent » est couvert sur recommandation du médecin traitant si le patient est non ambulant (ne pouvant marcher) et s'il ne peut être transporté autrement que par ambulance.

Des indemnités d'ambulance aérienne seront versées jusqu'à concurrence de la somme équivalente à celle versée si les services avaient été offerts par ambulance terrestre.

Service de civière (fourgonnette médicale) – Les frais engagés pour le transport « non urgent » effectué par un service de transport médical participant sont couverts jusqu'à concurrence d'une indemnité viagère maximale de 500 \$ par personne.

Chambre d'hôtel – Paiement du tarif quotidien habituel et raisonnable d'une chambre d'hôtel lorsque vous devez subir une épreuve diagnostique ou un traitement, sur recommandation d'un médecin, dans un hôpital situé à plus de 60 km de votre foyer, et que vous êtes admis dans un hôtel médical reconnu associé à l'hôpital.

Exclusions et restrictions

Consultez la page 10.

Assurance-maladie complémentaire

Les dépenses admissibles sont les frais habituels, coutumiers et raisonnables pour les services et fournitures dont il est question ci-dessous, nécessaires au traitement de la maladie ou de la blessure.

Vous recevrez un remboursement à 80 % des dépenses admissibles suivantes (**90 % des médicaments sur ordonnance admissibles achetés à Costco ou Express Scripts Canada**) :

Traitement dentaire suite à un accident – Remboursement des frais engagés pour un traitement dentaire rendu nécessaire par une blessure accidentelle à la mâchoire ou aux dents naturelles. Le traitement doit commencer dans les 90 jours suivant l'accident. Les implants dentaires et l'orthodontie ne sont pas couverts.

Soins assistés – Remboursement des frais engagés pour des services de soins assistés, jusqu'à concurrence de 30 \$ par jour durant un maximum de 14 jours par maladie ou par blessure. Pour être admissibles, les services doivent avoir été prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne et être fournis dans les 12 mois suivant votre sortie de l'établissement où vous aviez été hospitalisé. Les services admissibles sont ceux qu'offrent les personnes (qui ne sont pas des parents) employées régulièrement comme aides-soignantes professionnelles, préposés aux soins à domicile ou auxiliaires familiaux.

Réadaptation cardiologique – Indemnité viagère maximale de 500 \$ pour les patients atteints d'une cardiopathie diagnostiquée nécessitant les services d'un programme reconnu de réadaptation cardiologique prescrit par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne.

Orthèses de pied – Remboursement des frais engagés pour l'achat d'orthèses de pied prescrites par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, le chiropraticien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le podiatre traitant, jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne, par année civile.

Appareils auditifs – Remboursement des frais engagés pour l'achat ou la réparation d'appareils auditifs prescrits par un otologiste ou un audiologiste, jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne pour toute période de cinq (5) années consécutives. Les frais pour l'entretien et la réparation des appareils et pour l'achat de piles ou de dispositifs de recharge ne sont pas des dépenses admissibles.

Fournitures médicales – Les frais liés à la location, à l'achat ou à la réparation des appareils suivants :

- Un fauteuil roulant, un lit d'hôpital, un équipement d'oxygénation ou un appareil respiratoire prescrit par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par article par personne pendant toute période de cinq (5) années consécutives;
- Un appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP) ou une pompe à insuline prescrit par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par personne pendant toute période de cinq (5) années consécutives;
- Un déambulateur prescrit par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute;
- D'autres équipements médicaux s'ils sont prescrits par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport, jusqu'à un maximum viager de 500 \$ par personne.

Chaussures orthopédiques et modifications – Remboursement des frais engagés pour la fabrication sur mesure de chaussures orthopédiques à partir d'un moule, ou pour la modification de chaussures achetées en magasin (à l'exclusion des orthèses et des semelles amovibles ou fixes) à des fins d'adaptation ou dans le but de soulager ou de remédier à un défaut mécanique ou à une malformation du pied.

Remboursement des frais engagés pour la modification de chaussures orthopédiques (à l'exclusion des orthèses et des semelles amovibles ou fixes) à des fins d'adaptation ou dans le but de soulager ou de remédier à un défaut mécanique ou à une malformation du pied.

Il faut présenter une copie de l'ordonnance du médecin traitant, de l'infirmière praticienne ou du podiatre, un diagnostic médical ainsi qu'une description détaillée des chaussures orthopédiques et de la ou des modifications nécessaires.

Les frais engagés sont restreints à un maximum combiné de 500 \$ par personne, par année civile.

Les bottes, les sandales et les chaussures propres à un sport particulier ne sont pas admissibles.

Praticiens paramédicaux – Les frais pour les services des praticiens paramédicaux suivants, jusqu'à concurrence de 850 \$ par personne, par type de praticien (sauf si indiqué ci-dessous) par année civile.

Ces services sont assujettis à des maximums par visite (frais habituels et raisonnables) – on peut consulter les maximums spécifiques à www.mpsebp.ca/health/pervisitmaximums

- acupuncteur
- thérapeute du sport/physiothérapeute (combiné)
- audiologiste
- chiropraticien (y compris les radiographies)
- psychologue clinicien
- massothérapeute (non apparenté)
- naturopathe
- ergothérapeute
- ostéopathe
- podiatre/infirmier certifié en soins des pieds (combiné)
- diététiste professionnel
- orthophoniste

Médicaments sur ordonnance – Frais de médicaments ou produits médicinaux qui sont acceptés par le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba et des vaccins, prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne et délivrés par un pharmacien. Le montant maximum payable annuellement sera régi par le montant de franchise du Régime d'assurance-médicaments ou tout autre programme parrainé par le gouvernement. Une ordonnance se compose du coût des ingrédients et des frais d'exécution d'ordonnance du pharmacien. (Les frais d'exécution d'ordonnance varient d'un pharmacien à l'autre.) Les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments sur ordonnance sont couverts jusqu'à un maximum de 7 \$ par prescription. Pour chaque achat d'un médicament, vous ne pourrez pas dépasser un approvisionnement de 100 jours.

Vous recevrez un avis d'inscription au Régime d'assurance-médicaments lorsque les frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicinaux auront atteint le maximum de 1 000 \$ par famille (ou certificat) durant l'année du Régime. Si aucune preuve d'adhésion n'est reçue, le remboursement des frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicinaux sera interrompu dès que ces frais atteindront 1 500 \$ par famille (ou certificat) durant cette année du Régime jusqu'à ce que l'on reçoive la preuve d'adhésion. Cela assure que les coûts du Régime d'assurance-médicaments du Manitoba admissibles sont payés par celui-ci.

Vos enfants à charge âgés de 18 ans et plus recevront un avis d'inscription au Régime d'assurance-médicaments lorsque les frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicinaux auront atteint le maximum de 100 \$ durant l'année du Régime. Si aucune preuve d'adhésion n'est reçue, le remboursement des frais engagés pour l'achat de médicaments ou de produits médicinaux sera interrompu dès que ces frais atteindront 200 \$ durant cette année du Régime jusqu'à ce que l'on reçoive la preuve d'adhésion.

Pharmacie privilégiée

Le Fonds d'avantages sociaux pour les employés des écoles publiques du Manitoba a une entente avec des pharmacies privilégiées.

Ainsi, lorsque vous achetez des médicaments admissibles à Costco ou Express Scripts Canada (ESC), vous recevrez un remboursement à 90 % des dépenses admissibles au lieu de 80 %. Les ordonnances sont livrées gratuitement à votre domicile ou à l'adresse de votre choix.

La pharmacie chez Costco peut être utilisée pour vos ordonnances à court terme. Une carte de membre Costco n'est pas requise pour utiliser sa pharmacie.

ESC sert plutôt aux ordonnances à long terme, telles que les médicaments d'entretien utilisés pour soigner les maladies chroniques. ESC gère les renouvellements et les transferts d'ordonnance. Les pharmaciens sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour vous inscrire à ESC, allez à www.express-scripts.ca/mpse (code VIP : MPSE), ou composez le 1 -855-550-6337. Vous ne pouvez présentement pas vous inscrire à partir d'une tablette ou d'un appareil mobile. Vous aurez besoin de votre carte d'identité ainsi que l'information sur l'ordonnance de tout médicament d'entretien que vous prenez.

Soins infirmiers privés – Remboursement des frais de soins infirmiers privés ou de visites à domicile par un infirmier autorisé professionnel (et non un parent) délivrés soit à l'hôpital soit à domicile, à condition que ces services aient été prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne, par année civile. Les visites à domicile doivent s'effectuer dans les 12 mois suivant la sortie de l'hôpital et être conséquentes au traitement du problème de santé pour lequel le patient a été hospitalisé.

Appareils prothétiques et équipements de réadaptation physique – Les frais d’achat ou de réparation des articles suivants :

- plâtres, cannes et béquilles;
- yeux et membres artificiels s’ils sont prescrits par le médecin traitant ou l’infirmière praticienne;
- vêtements de compression jusqu’à concurrence de six paires par personnes par année civile lorsqu’ils sont prescrits par un médecin traitant ou une infirmière praticienne;
- prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux s’ils sont prescrits par le médecin traitant ou l’infirmière praticienne, jusqu’à concurrence de 400 \$ par mastectomie unilatérale et 800 \$ par mastectomie bilatérale par année civile;
- perruques ou postiches s’ils sont prescrits par le médecin traitant ou l’infirmière praticienne, jusqu’à un maximum viager de 1 000 \$ par personne;
- attelles, bandages herniaires, broches, soutiens épisacro-iliaques, corsets, appareils de traction et collets cervicaux s’ils sont prescrits par le médecin traitant, l’infirmière praticienne, l’ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport.

Services d’un tuteur – Remboursement des frais engagés pour les services d’un tuteur, jusqu’à concurrence de 15 \$ l’heure et de 1 500 \$ par maladie ou par blessure dans un délai de six (6) mois suivant la date de l’accident ou de la maladie. Pour être admissible, l’étudiant doit être frappé d’une incapacité totale pendant plus de 30 jours au cours de la période de 90 jours qui suit immédiatement la maladie ou la blessure.

Exclusions et restrictions

Consultez la page 10.

Prestations de soins de la vue

Nous vous rembourserons 100 % des frais de soins de la vue admissibles suivants jusqu'à concurrence de 300 \$ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs suivant la date actuelle d'achat du premier article de soin de la vue qui a fait l'objet d'une demande de règlement :

- lunettes (lentilles ou montures), lunettes de remplacement et lentilles cornéennes lorsqu'elles sont prescrites par un médecin, un ophtalmologiste ou un optométriste;
- réparation de lunettes existantes;
- chirurgie des yeux au laser, y compris le coût d'implants cristallins pliables, réalisée par un ophtalmologiste ou un médecin.

Nous vous rembourserons 80 % des frais de soins de la vue admissibles suivants jusqu'à concurrence de 100 \$ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs, à condition qu'aucune partie de ces frais ne donne droit à un remboursement en vertu d'un régime législatif :

- un examen de la vue rendu par un médecin, ophtalmologiste ou optométriste.

Exclusions et restrictions

Consultez la page 10.

Assurance-maladie de voyage illimitée

La couverture pour l'assurance-maladie de voyage est fournie pour vous et vos personnes à charge :

- pour les voyages d'agrément ou d'affaires; ou
- pendant une année sabbatique, un congé payé, un congé sans solde, un échange entre employés ou toute autre absence de ce genre.

L'assurance-maladie de voyage s'applique uniquement aux **traitements médicaux d'urgence** inattendus. Les prestations sont payables sans maximum global.

Informations sur la durée maximale des voyages :

- Il y a un maximum de 90 jours pour les voyages qui comprennent des séjours à l'extérieur du Canada.
- Tout voyage dépassant 90 jours, qui comprend un séjour à l'extérieur du Canada, n'est pas admissible à la couverture.
- Cette couverture ne peut être prolongée au-delà de la restriction de 90 jours. Toute assurance acquise pour prolonger la couverture au-delà de la restriction de 90 jours annulera l'intégralité de la couverture pour ce voyage.
- Tous les voyages doivent se faire au départ de la province de résidence et se terminer dans la province de résidence.

Résumé des prestations

Votre garantie couvre 100 % des frais suivants :

- Frais d'hospitalisation ou de consultation externe.
- Frais médicaux et chirurgicaux engagés pour les services d'un médecin qualifié et autorisé. Les frais engagés pour les services rendus en raison d'un « examen médical » ou à des fins cosmétiques ne sont pas des dépenses admissibles.
- Frais d'ambulance pour le transport du lieu de la maladie ou de l'accident jusqu'à l'hôpital le plus proche.
- Transport sur civière par avion (en classe économique) jusqu'à votre ville de résidence canadienne si vous avez reçu un traitement en hôpital ou avez été hospitalisé pour recevoir un traitement.
- Évacuation d'urgence par un exploitant commercial autorisé à transporter des passagers d'une montagne, d'un plan d'eau ou d'un autre endroit éloigné si une ambulance régulière ne peut pas être utilisée, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.
- Soins dentaires pour les dents naturelles lorsqu'une personne a reçu un coup direct à la bouche seulement, non parce qu'un objet a été sciemment ou inconsciemment placé dans sa bouche. Couverture maximale de 3 000 \$ par accident.
- Traitement en vue d'un soulagement d'urgence d'une douleur dentaire, jusqu'à concurrence de 300 \$. Ces services doivent être fournis à l'extérieur de votre province de résidence. Une lettre du dentiste traitant doit être présentée, indiquant que le traitement était nécessaire pour soulager une douleur dentaire aiguë, qui n'était pas présente avant la date du départ.
- En cas de décès, jusqu'à 7 500 \$ pour le transport de la personne décédée vers sa ville de résidence au Canada ou jusqu'à 5 000 \$ pour son incinération ou son inhumation dans la ville où le décès a eu lieu.
- Sang ou plasma sanguin lorsque celui-ci n'est pas offert gratuitement.
- Frais supplémentaires, s'il y a lieu, pour le retour par avion le plus direct (en classe économique) entre le lieu où vous avez été hospitalisé et votre ville de résidence canadienne, y compris le coût du billet de retour (en classe économique) d'un infirmier professionnel, lorsque de tels services sont nécessaires durant votre voyage de retour. Cette garantie exige une lettre du médecin traitant indiquant la nécessité médicale. Cette garantie est également offerte à votre famille (conjoint et enfants à charge) ou à un compagnon de voyage couvert par un régime d'assurance-maladie de voyage de La Croix Bleue du Manitoba et qui voyageait avec vous au moment de la blessure ou de la maladie.
- Soins infirmiers privés.
- Dépenses supplémentaires engagées pour héberger et nourrir un parent ou un ami, lui aussi couvert par un régime d'assurance-maladie de voyage de La Croix Bleue du Manitoba, lorsque le voyage dure plus longtemps que prévu et que cette personne demeure à vos côtés durant votre hospitalisation.
- Médicaments sur ordonnance.

- Frais de déplacement engagés par votre conjoint, un parent, un enfant, un frère ou une sœur pour venir vous tenir compagnie alors que vous êtes confiné à un hôpital situé à l'extérieur de votre province de résidence pendant au moins trois jours. Frais de déplacement d'un membre de la famille pour identifier la personne décédée avant la sortie de la dépouille, si la loi l'exige. Couverture pour un aller-retour par avion, en classe économique par l'itinéraire le plus économique.
- Physiothérapie effectuée à l'hôpital.
- Services d'un chiropraticien ou d'un podiatre. Une lettre du médecin traitant attestant que les services visaient à soulager une douleur aiguë est exigée pour présenter une demande de règlement.
- Réparation ou remplacement de lunettes ou de lentilles cornéennes suite à un accident ou à une blessure, jusqu'à concurrence de 100 \$, à condition que la blessure soit traitée par un médecin ou un dentiste.
- Une allocation de 40 \$ par jour pour chaque jour de votre hospitalisation. Couverture maximale de 1 000 \$. (Cette garantie a pour but de vous aider à assumer les frais imprévus de stationnement, d'appels téléphoniques, de taxis, etc.)
- Retour de votre véhicule si vous êtes incapable de le conduire, jusqu'à concurrence de 4 000 \$.
- Frais de logement commercial et de repas pour les personnes qui voyagent dans le but de tenir compagnie à une personne alitée ou pour confirmer l'identité d'un membre de la famille décédé, jusqu'à un maximum combiné de 200 \$ par jour pour un versement de prestation maximal de 2 500 \$.
- Frais supplémentaires pour l'achat d'un billet aller-retour en classe économique pour accompagner votre enfant (jusqu'à l'âge de 18 ans) dans sa province de résidence si vous devez retourner au Canada pour des raisons médicales.
- Frais supplémentaires pour le retour de votre animal de compagnie dans votre ville de résidence au Canada, jusqu'à un maximum de 500 \$ par animal, si vous êtes hospitalisé pendant au moins trois (3) jours à l'extérieur de votre province de résidence.
- Frais de soins vétérinaires d'urgence en raison de la blessure imprévue de votre animal de compagnie, jusqu'à concurrence de 200 \$.

Exclusions et restrictions de l'assurance-maladie de voyage

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles :

- Les employés (y compris toute personne à charge) qui voyagent à l'extérieur de leur province de résidence pendant plus de 90 jours, une part de ce voyage comprenant des déplacements à l'extérieur du Canada. Dans ce cas, aucune part du voyage de l'employé ou de ses personnes à charge ne sera admissible à des prestations. Une couverture d'assurance-maladie de voyage individuelle devrait être souscrite dès le premier jour du voyage. (Cette couverture ne peut pas être prolongée par La Croix Bleue ou une autre compagnie d'assurance. Toute assurance acquise pour prolonger la couverture au-delà de la restriction de 90 jours annulera toute couverture pour ce voyage en ce qui concerne les prestations d'assurance-maladie de voyage.)
- Les étudiants se rendant à l'extérieur du Canada pour étudier à temps plein.
- Les personnes se rendant à l'extérieur de leur province de résidence pour recevoir un traitement médical.
- Les personnes qui voyagent contre l'avis de leur médecin.
- Les frais liés à l'hospitalisation rendue nécessaire par l'accouchement si une partie d'un voyage hors de la province de résidence survient après la 36^e semaine de grossesse.

Assistance voyage internationale

Cette assurance offre une assistance voyage 24 heures par jour dans le monde entier dans le cas d'une urgence médicale. Les voyageurs assurés, les médecins et les hôpitaux doivent contacter immédiatement le programme d'assistance voyage internationale dans les situations médicales suivantes :

- Lorsqu'il est difficile d'obtenir des soins médicaux.
- Afin de confirmer la couverture au médecin ou à l'hôpital.
- Lorsque vous êtes hospitalisé pour quelque raison que ce soit.
- Lorsqu'un traitement médical est nécessaire suite à un accident.
- Lorsqu'un traitement médical devient compliqué en raison de problèmes de langue.
- Lorsqu'une évacuation médicale est conseillée.
- Pour tout autre problème médical grave. Soyez prêt à donner le nom de l'assuré, le numéro de police et la description du problème.

Numéros sans frais de l'assistance voyage internationale

Au Canada et aux États-Unis, composez le 1-866-601-2583, sans frais.

Pour tous les autres pays, ou si vous avez de la difficulté à composer le numéro sans frais, composez le 0-204-775-2583, à frais virés.

Pour toute question d'ordre général, appelez La Croix Bleue du Manitoba au 204-775-0151 ou, sans frais (au Manitoba seulement) au 1-800-USE-BLUE (1-800-873-2583) ou au 1-888-596-1032 (au Canada, mais à l'extérieur du Manitoba).

Appelez immédiatement le programme d'assistance voyage internationale pour vérifier vos garanties et connaître la marche à suivre.

Ni La Croix Bleue du Manitoba ni le fournisseur d'assistance voyage internationale n'est responsable de la disponibilité, de la qualité ou des résultats d'un traitement médical ou de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical pour la personne assurée.

Exclusions et restrictions

La Croix Bleue du Manitoba ne remboursera pas les frais suivants :

- Tous frais engagés pour une chambre d'hôpital sauf si couverts en vertu du Régime d'assurance-maladie de voyage.
- Fournitures ou services reçus, à moins que la personne soit couverte par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de sa province.
- Fournitures et services auxquels une personne a droit sans frais en vertu de la loi ou pour lesquels des frais sont exigés seulement parce que la personne est couverte par un régime d'assurance.
- Fournitures et services qui ne paraissent pas dans la liste des frais couverts.
- Services associés au traitement d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Implants dentaires.
- Frais engagés pour remplir des formulaires de demande ou pour les rendez-vous manqués.
- Services couverts ou offerts par la loi sur les accidents au travail, par un ministère gouvernemental, ou par une tierce partie redevable.
- Frais pour des services offerts avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.
- Soins d'orthodontie.
- Tout achat de médicaments ou de produits médicaux qui dépasse un approvisionnement de plus de 100 jours.
- Fournitures ou services reçus par une personne qui réside normalement dans la demeure du patient ou qui est un parent proche du patient.
- La Croix Bleue du Manitoba n'est responsable ni de la disponibilité ni de la disposition des fournitures et des services décrits aux présentes.
- Les services rendus par un praticien dont les qualifications ne satisfont pas aux critères établis par La Croix Bleue du Manitoba et dont les services ont été jugés inadmissibles par La Croix Bleue du Manitoba.
- Frais pour faire ajuster des lunettes;
- Orthoptie, entraînement visuel, prothèses pour vision subnormale et verres aniséïconiques;
- Lunettes de soleil à verres neutres, lentilles photosensibles, lentilles antireflets ou contre-verres solaires;
- Lentilles pouvant être achetées sans ordonnance d'un médecin, d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste.

Demandes de règlement

Les formulaires de demande de règlement pour les prestations suivantes sont offerts en ligne à :

www.mpsebp.ca ou www.mb.bluecross.ca

Veillez conserver votre « Relevé des prestations » aux fins de l'impôt sur le revenu, étant donné que les originaux de vos reçus médicaux ne vous seront pas retournés.

Remarque : Les demandes de règlement pour les prestations décrites ci-dessous présentées plus de 24 mois suivant la (les) date(s) à laquelle les soins ont été obtenus ne seront pas acceptées. Toute action en justice ou poursuite à l'égard d'un assuré (c'est-à-dire la compagnie) visant à recouvrer les sommes payables en vertu de ce contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prescrit par la Loi sur les assurances.

Transport en ambulance

Les services ambulanciers vous sont offerts sur présentation de votre carte d'identité Croix Bleue du Manitoba; vous n'avez rien de plus à faire. Si vous êtes tenu de payer ces services, présentez un reçu pour chacun d'eux afin d'obtenir un remboursement.

Assurance-maladie complémentaire

Toute demande de règlement touchant des dépenses admissibles en vertu de votre assurance-maladie complémentaire doit être présentée à l'aide d'un formulaire de demande pour l'assurance-maladie et être accompagnée de reçus détaillés et de la documentation requise, soit l'ordonnance du médecin, la demande de consultation et le relevé du régime provincial.

Médicaments sur ordonnance

Vous pouvez obtenir les prestations liées aux médicaments d'ordonnance par le système de paiement BlueNet. Lorsque vous achetez des médicaments, veuillez présenter votre carte d'identité BlueNet à votre pharmacien de toute pharmacie participante. Le pharmacien enregistrera les renseignements sur votre certificat ainsi que les détails pertinents sur votre achat dans l'ordinateur et votre demande de règlement sera traitée en quelques secondes. Toute partie de votre achat admissible en vertu de votre régime sera payée directement à la pharmacie par la Croix Bleue du Manitoba.

Si votre pharmacie n'utilise pas le système BlueNet, vous devrez payer vos médicaments sur ordonnance et soumettre une demande de règlement. Il est possible de transmettre vos demandes de règlement par l'entremise du service électronique de transmission des demandes de règlement en ligne dans mybluecross^{MD} ou en remplissant la version papier du formulaire de réclamation.

Le service de soumission des demandes de règlement en ligne vous permet d'envoyer vos demandes de règlement pour médicaments par voie électronique à la Croix Bleue du Manitoba dans le confort de votre demeure. Le paiement des demandes de règlement est déposé directement dans votre compte bancaire par dépôt direct en deux à trois jours ouvrables. Vous pouvez accéder aux soumissions de demandes de règlement en ligne en ouvrant une session dans mybluecross^{MD} ou en vous inscrivant sur ce site. Vous devez aussi vous inscrire au dépôt direct.

Les demandes de règlement en ligne sont assujetties à des vérifications aléatoires. Si c'est le cas, vous devrez soumettre vos reçus à la Croix Bleue du Manitoba dans un délai de 30 jours. Même si votre demande de règlement est acceptée sans vérification, nous vous demandons de conserver vos reçus pendant un an au cas où nous aurions besoin de ces documents.

Prestations de soins de la vue

Les demandes de règlement des frais de soins de la vue admissibles doivent être envoyées à la Croix Bleue du Manitoba aux fins de remboursement. Il est possible de transmettre vos demandes de règlement par l'entremise du service électronique de transmission des demandes de règlement en ligne dans mybluecross^{MD} ou en vous servant du formulaire de demande pour l'assurance-maladie que vous aurez rempli, accompagné des reçus détaillés des articles délivrés par l'opticien ou le médecin.

Assurance-maladie de voyage

En cas de réclamation, vous devrez fournir une preuve attestant votre date de départ et votre date de retour. Il vous incombe de fournir cette preuve à la Croix Bleue du Manitoba. (Les billets d'avion, les timbres de passeport, les cartes d'embarquement, les itinéraires de voyage et les reçus datés constituent des exemples de preuves acceptables).

Dépenses engagées au Canada

Présentez vos reçus ou vos relevés originaux au régime d'assurance-maladie de votre province. Lorsque celui-ci vous remboursera, présentez directement à La Croix Bleue du Manitoba une copie de vos reçus et du relevé de prestations émis par le régime d'assurance-maladie provincial, de même que le formulaire de demande pour l'assurance-maladie de voyage.

Dépenses engagées à l'extérieur du Canada

Présentez les originaux de toutes les factures/tous les reçus détaillés à La Croix Bleue de même que le formulaire de demande pour l'assurance-maladie de voyage et le formulaire de services médicaux et hospitaliers à l'étranger dûment signés. Le paiement des prestations sera coordonné auprès de Santé Manitoba.

Avant de poster votre demande de règlement, veuillez vous assurer :

- 1) de vous identifier à l'aide de votre numéro de client et de certificat (indiqués sur votre carte d'identité);
- 2) de signer le formulaire de demande.

Coordination des prestations

La coordination des prestations est offerte lorsque les deux conjoints dans une famille occupent un emploi régulier et qu'un régime d'assurance-maladie ou d'assurance soins dentaires est offert par chacun de leurs employeurs. Conformément à la disposition « Coordination des prestations », vous êtes autorisé à présenter des demandes de règlement aux deux régimes à condition que le total des prestations reçues ne dépasse pas les dépenses réellement engagées.

Si vous êtes le bénéficiaire des services, La Croix Bleue du Manitoba est alors la compagnie d'assurance « principale » et c'est elle qui verse les prestations dues en premier. L'autre assureur est alors responsable de toutes les autres dépenses admissibles non remboursées.

Lorsque les services sont rendus à votre conjoint(e), son assureur constitue alors la compagnie d'assurance « principale » et c'est lui qui verse les prestations dues en premier. Votre conjoint(e) devra alors présenter un formulaire de demande à son assureur. Après avoir reçu le paiement, toutes les autres dépenses admissibles impayées peuvent être présentées à La Croix Bleue du Manitoba avec un formulaire de demande de règlement rempli (précisant votre numéro de certificat) et le relevé des prestations versées ou refusées par l'autre assureur.

Si les services sont rendus à un enfant à charge, le régime de la personne couverte dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année devient la compagnie d'assurance « principale ». La demande de règlement est alors traitée conformément à la procédure indiquée ci-dessus.

Cas de monogarde

Le régime qui versera les prestations à vos enfants à charge est déterminé selon l'ordre suivant :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant.

Cas de garde conjointe

Le régime qui versera les prestations à vos enfants à charge est déterminé selon l'ordre suivant :

- le régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année;
- le régime de l'autre parent;
- le régime du conjoint du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année;
- le régime du conjoint de l'autre parent.

Autres scénarios

Si vous êtes couvert par un employeur et une police individuelle, le régime individuel pourrait être considéré comme second payeur après la couverture offerte en vertu de votre assurance collective.

Si vous êtes couvert par un régime de retraite et d'assurance collective, les demandes de règlement devraient alors être soumises en premier lieu à votre régime d'assurance collective, votre régime de retraite étant considéré comme second payeur.

Les demandes de règlement ne devraient pas être présentées à la Croix Bleue du Manitoba lorsqu'une autre compagnie est la principale compagnie d'assurance et que votre ou vos personnes à charge sont couvertes par une autre compagnie. Lorsqu'il reste un solde impayé sur une demande de règlement remboursée par une autre compagnie, la Croix Bleue du Manitoba traitera le solde restant. N'oubliez pas d'inclure avec votre demande de règlement une copie du sommaire du paiement ou une explication des prestations versées par l'autre compagnie, afin que le solde impayé puisse être traité pour remboursement jusqu'à concurrence de 100 % de la valeur de la demande de règlement.

Accédez à votre régime en une seule étape facile!

Inscrivez-vous dès aujourd'hui à mybluecross^{MD} pour avoir accès à tous les renseignements concernant votre régime, n'importe où et en tout temps.

Accès rapide aux informations suivantes :

Mes demandes de règlement :

- Faire une demande de règlement.
- Voir l'historique d'une demande de règlement.
- Voir l'historique du paiement.

Ma couverture :

- Accéder aux renseignements sur la couverture.
- Confirmer les exigences relatives à la demande de règlement.
- Vérifier l'admissibilité aux prestations.

Mon compte :

- Modifier le mot de passe du courriel et la question de sécurité.
- Demander une nouvelle carte d'identité.
- Mettre à jour les renseignements sur le dépôt direct.
- Mettre les certificats à jour.

De plus, grâce à mybluecross^{MD}, vous aurez un accès exclusif à Ma Bonne Santé^{MD} (notre ressource virtuelle sur la santé) et à Avantage Bleu^{MD} (notre programme national de rabais).

Comment s'inscrire :

- Visiter www.mb.bluecross.ca.
- Cliquer sur Register (s'inscrire) dans le coin droit supérieur de n'importe quelle page.
- Inscrire les renseignements se trouvant sur votre carte d'identité et vérifier votre compte.

La Croix Bleue du Manitoba accorde énormément d'importance à l'intégrité et à la protection des renseignements. Soyez assuré que toutes vos informations sont conservées de manière sûre et confidentielle.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec La Croix Bleue du Manitoba au 204.775.0151 ou, sans frais, au 1.800.USE.BLUE (873.2583).

Dépôt direct

Après vous être inscrit à mybluecross^{MD}, vous pouvez faire une demande de dépôt direct et jouir de la commodité des paiements de réclamation déposés directement dans votre compte bancaire.

Le dépôt direct permet de transférer des fonds directement d'un compte bancaire à un autre sans manipulation d'argent comptant.

Le dépôt direct est une méthode de paiement de réclamations sûre et fiable.

Le dépôt direct contribue à éliminer la perte ou le vol de chèques et permet d'éviter qu'ils ne soient envoyés à une mauvaise adresse.

Une fois que vous aurez effectué l'inscription au dépôt direct, on vous avisera par courriel lorsque le paiement de votre demande de règlement aura été effectué et que le remboursement aura été déposé. Vous aurez accès aux informations se rapportant aux détails et à l'état des demandes de règlement disponibles pour la lecture et l'impression. Vous pourrez également apporter des changements nécessaires à vos informations bancaires.

Comme pour tout service offert sur le Web, l'intégrité et la protection des informations sont très importantes pour La Croix Bleue du Manitoba. Soyez assuré que toutes vos informations sont conservées de manière sûre et confidentielle.

Changement de situation familiale

Signalement de changements

Vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant un changement dans votre propre situation ou dans celle de votre personne à charge causé par un mariage, un divorce, une séparation, la cessation de la situation assimilable à une union conjugale, un décès, un changement d'adresse, une naissance ou une adoption légale.

La majorité des changements de situation peuvent être déclarés à l'aide du formulaire « Avis de modification » disponible auprès de votre employeur.

Si vous avez décidé de vous retirer du régime d'assurance-maladie parce que vous êtes couvert par un autre régime collectif qui cesse par la suite, vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant la cessation de la couverture si vous souhaitez vous inscrire à ce régime.

Naissances

Vos nouveau-nés doivent être ajoutés à votre régime à titre de personnes à charge dans les 90 jours suivant leur naissance.

Divorce

Dans le cas d'un divorce, votre conjoint divorcé ou vos enfants à charge peuvent demander le maintien de la couverture. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec La Croix Bleue du Manitoba.

Cessation de la couverture

Dès réception de l'avis de cessation d'emploi, la couverture est automatiquement résiliée à la fin du mois durant lequel la cessation a eu lieu ou au 31 août si votre cessation d'emploi survient à la fin de l'année scolaire en juin ou pendant les mois d'été.

Pour conserver une couverture similaire sur une base individuelle, communiquez avec La Croix Bleue du Manitoba pour obtenir plus de détails.

Remarque : Suite à l'inscription à cette assurance collective, vous ne pourrez pas choisir de ne plus y participer tant que vous demeurerez à l'emploi de votre employeur, sauf si vous êtes inscrit à une autre couverture collective. Dans ce cas, votre demande d'annulation doit parvenir à votre employeur dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime.

Carte d'identité

Peu après avoir adhéré au régime, vous recevrez une carte d'identité. Cette carte vous identifie, vos personnes à charge admissibles et votre couverture. Lorsque vous soumettez vos demandes de règlement en vertu de ce régime, assurez-vous d'inscrire le numéro de votre certificat dans l'espace prévu à cette fin sur le formulaire de demande de règlement.

Si vous avez perdu ou égaré votre carte d'identité, ouvrez une session dans mybluecross^{MD} afin d'imprimer une carte d'identité ou d'en demander une nouvelle. Une nouvelle carte vous sera envoyée dans les cinq jours ouvrables.

Important : Veuillez lire attentivement

Votre régime de prestations est offert directement par le Fonds d'avantages sociaux pour les employés des écoles publiques du Manitoba, qui assume l'entière responsabilité du financement des demandes de règlement (à l'exclusion de l'assurance voyage). La Croix Bleue du Manitoba assume la responsabilité des demandes de règlement pour les voyages.

Cette brochure constitue un sommaire de l'assurance offerte en vertu du contrat d'assurance du client. S'il y a divergence entre les conditions du présent sommaire et celles du contrat d'assurance du client, les modalités du contrat d'assurance du client auront préséance.

Pour toute question au sujet du contrat d'assurance du client, veuillez communiquer directement avec votre employeur.

La Croix Bleue du Manitoba rembourse les dépenses admissibles (à vous directement ou au fournisseur de services) conformément aux dispositions du contrat d'assurance du client, mais elle ne peut garantir ni la disponibilité ni la prestation des services.

De plus, lorsqu'elle détermine les modalités de paiement, La Croix Bleue du Manitoba se réserve le droit d'évaluer la somme à verser en fonction du guide tarifaire approuvé pour le service en question ou en fonction des frais habituels et raisonnables, au bon jugement de La Croix Bleue du Manitoba.

Nous sommes là pour vous.

EN LIGNE

www.mb.bluecross.ca

Renseignements sur la couverture, historique des demandes de règlement
et présentation de demandes de règlement via mybluecross^{MD}
24 heures sur 24

EN PERSONNE

Centre de service à la clientèle
599, rue Empress
10 h à 16 h du mardi au vendredi

Boîte de dépôt des demandes de règlement
24 heures sur 24

PAR TÉLÉPHONE

204-775-0151 à Winnipeg
1-888-596-1032 (sans frais)
De 8 h à 17 h 30, du lundi au vendredi

PAR LA POSTE

La Croix Bleue du Manitoba, C.P. 1046, succursale Main
Winnipeg (Manitoba) R3C 2X7

PAR TÉLÉCOPIEUR

204-772-1231 (demandes de règlement seulement)
24 heures sur 24



^{MD}*Le symbole et le nom de la Croix Bleue et Colour of Caring, mybluecross et Avantage bleu sont des marques de commerce déposées de l'Association canadienne des Croix Bleue, autorisées sous licence indépendante par la Croix Bleue du Manitoba. *†Blue Shield est une marque de commerce déposée de l'association Blue Cross Blue Shield. Ma Bonne Santé^{MD} est une marque de commerce déposée de Pacific Blue Cross, utilisée avec sa permission.