MANITOBA
SCHOOL EMPLOYEES
BENEFIT PLANS

Régime d’assurance maladie et d’assurance soins dentaires complémentaire Enseignants

En vigueur le 1er septembre 2026

Admissibilité

Les prestations d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires sont mises à la disposition des enseignants permanents à temps plein ou à temps partiel et aux enseignants 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 enseignants 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 temps plein, à moins que vous ayez accès à une autre couverture collective géré par l'employeur. La couverture est facultative pour les enseignants embauchés pour une durée d'au moins 60 jours ouvrables consécutifs, mais moins de 30 % de l'horaire à temps plein.

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

Par « conjoint(e) », on entend la personne avec laquelle vous êtes légalement marié ou avez habité continuellement pendant au moins une année dans 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) commencera à la date d'admissibilité. Si vos personnes à charge ne sont pas déclarées dans les 90 jours, l'assurance soins dentaires est assujettie à une restriction de prestations pour la première année. L'assurance maladie débutera un an après la date de notification.

Par « enfants à charge », on entend tous les enfants de sang, enfants adoptés légalement, beaux-enfants et enfants dont vous êtes le tuteur légal. Les enfants de la personne avec laquelle vous habitez en relation conjugale sont aussi admissibles, à condition que de tels enfants 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 à un enfant ayant une déficience physique ou mentale si cette déficience a commencé pendant qu'il était considéré comme enfant à charge conformément à la définition ci-dessus.

Adhésion

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

Afin de protéger la viabilité de ces régimes, une fois inscrit, vous n'êtes pas autorisé à vous en retirer tant que vous êtes employé, sauf si vous avez récemment obtenu une autre couverture collective gérée par l'employeur. Un avis d'une autre couverture est nécessaire dans les 90 jours suivant l'acquisition de l'autre régime.

Congés autorisés

La couverture peut continuer avec prime 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 gérée par l'employeur.

Prestation de survivant

Advenant votre décès, vos personnes à charge (comme définis ci-dessus) peuvent poursuivre la couverture actuelle, avec paiement des primes, jusqu'à la première des éventualités suivantes :

a) la date de résiliation du contrat du client;
b) la fin du mois suivant 24 mois après le décès de l'employé;
c) la fin du mois à compter de la date à laquelle des prestations similaires sont obtenues ailleurs;
d) la fin du mois à compter de la date à laquelle l'admissibilité des personnes à charge prendrait normalement fin, comme défini ci-dessus;
e) la fin du mois à compter de la date de remariage du conjoint (les personnes à charge demeurent alors admissibles conformément aux points a) à d), ci-dessus).

La demande de couverture des survivants doit être soumise dans les 90 jours civils suivant la date de décès de l'employé.

Prestations pour transport en ambulance

Vous serez remboursé à 100 % des frais admissibles.

Service ambulancier
Règlement des frais raisonnables et habituels pour les services ambulanciers offerts dans la province et pour les personnes qui demeurent proches de la frontière de la Saskatchewan et devant être transportées à un hôpital en Saskatchewan. Un paiement jusqu'à 250 $ par voyage (selon les tarifs provinciaux) pour les services ambulanciers offerts ailleurs. Ceci inclut non seulement les services ambulanciers locaux en direction ou en provenance d'un hôpital, mais également les déplacements de longue distance en ambulance pour lesquels des frais de kilométrage supplémentaires sont exigés.

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

Tous les déplacements « urgents » en ambulance sont couverts et tous les déplacements « non urgents » sont couverts si recommandés au préalable par le médecin traitant et si le patient est non ambulant et ne peut être transporté autrement que par ambulance.

Des indemnités d'ambulance aérienne seront versées jusqu'à concurrence du montant équivalent à celui versé si les services avaient été offerts par ambulance terrestre.

Service de civière (fourgonnette médicale)

Les frais de transport « non urgent » par un service de civière participant, vers et depuis un hôpital ou entre hôpitaux, sont couverts jusqu'à un maximum à vie de 500 $ par personne.

Accommodement pour soins médicaux
Le paiement pour les frais d'accommodement pour soins médicaux de la part d'un fournisseur approuvé si vous avez besoin de test diagnostique ou de traitement dans un hôpital à l'extérieur d'un rayon de 60 km de votre domicile. Une autorisation préalable est recommandée.

Exclusions générales
Consultez la page 14.

Assurance maladie complémentaire

Les frais admissibles sont les frais raisonnables et habituels pour les services et fournitures suivants nécessaires au traitement de la maladie ou blessure.

Vous recevrez un remboursement de 80 % des frais admissibles suivants **(90 % des médicaments sur ordonnance admissibles achetés chez Costco ou Express Scripts Canada)** :

Traitement dentaire à la suite d'un accident
Frais pour un traitement dentaire à la suite d'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
Frais pour des services de soins assistés, jusqu'à 30 $ par jour durant un maximum de 14 jours par maladie ou 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 le congé de l'hôpital où vous avez été malade hospitalisé. Les services admissibles sont ceux qu'offrent les personnes (non des membres de la famille) employées régulièrement comme aide-soignante professionnelle, aide de soins à domicile ou aide familiale.

Réadaptation cardiovasculaire
Un maximum à vie de 500 $ pour les patients atteints d'une cardiopathie diagnostiquée nécessitant les services d'un programme de réadaptation cardiovasculaire reconnu, lorsque prescrit par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne.

Vêtements de compression
Frais pour vêtements de compression lorsque prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne pour le traitement d'une maladie diagnostiquée ou d'une blessure. La valeur de compression minimale doit être de 20 mm Hg.

Fondation d'une famille
Frais pour :

- les traitements de fertilité fournis au Canada par une clinique de fertilité ou un hôpital à l'égard duquel une licence a été délivrée;
- les procédures de congélation et de conservation liées à la fertilité; et
- les dépenses d'adoption admissibles (qui peuvent être engagées à l'extérieur du Canada). Une copie de l'entente d'adoption doit être soumise avec votre première demande de règlement.

Les frais de traitement de fertilité et d'adoption sont assujettis à un maximum à vie combiné de 5 000 $ par personne dans le cadre de cette couverture.

La couverture des **médicaments sur ordonnance** comprend les inducteurs d'ovulation. Veuillez consulter cette section pour obtenir plus de précisions sur la couverture.

Les frais doivent faire l'objet d'une autorisation préalable avant d'être engagés.

Affirmation de genre
Les frais engagés pour le traitement d'un patient âgé de 18 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de dysphorie de genre, lorsque prescrit par un médecin, une infirmière praticienne ou un psychologue clinicien, jusqu'à un maximum à vie de 25 000 $ par personne :

- les services ou fournitures de soins de santé qui ne sont pas couverts par le régime provincial;
- les traitements d'épilation ou de greffe de cheveux qui facilitent la transition de genre d'une personne;
- les médicaments sur ordonnance non couverts par une assurance-médicaments.

Cette couverture exclut les frais relatifs aux éléments suivants :

- les services, procédures ou produits qui ne sont pas médicalement nécessaires au traitement de la dysphorie de genre;
- les services ou procédures obtenus ou effectués à l'extérieur du Canada;
- les chirurgies, procédures ou traitements liés à l'infertilité.

Il est recommandé d'obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue pour cette couverture; autrement, les frais pourraient ne pas être admissibles à un paiement en tout ou en partie.

Appareils auditifs
Frais pour l'achat ou la réparation d'appareils auditifs lorsque prescrits par un otologiste ou un audiologiste jusqu'à un maximum de 2 000 $ par personne pour toute période de 5 années consécutives. Les frais pour l'entretien périodique, les piles ou les dispositifs de recharge ne sont pas admissibles.

Fournitures médicales
Les frais de location, d'achat ou de réparation des appareils suivants :

- un fauteuil roulant, un lit d'hôpital, un équipement d'oxygénation ou un appareil respiratoire lorsque prescrit par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute, jusqu'à un maximum de 1 000 $ par article par personne pendant toute période de 5 années consécutives;
- un appareil de ventilation en pression positive continue (VPPC) lorsque prescrit par un médecin ou une infirmière praticienne, jusqu'à un maximum de 1 000 $ par personne pendant toute période de 5 années consécutives;
- des pompes à insuline lorsque prescrites par un médecin ou une infirmière praticienne, jusqu'à un maximum de 5 000 $ par personne pendant toute période de 5 années consécutives;
- un cadre de marche lorsque prescrit par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute;
- d'autre équipement médical lorsque prescrit par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport, jusqu'à un maximum à vie de 500 $ par personne.

Chaussures orthopédiques et modifications
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 semelles amovibles ou fixes) à des fins d'adaptation, pour soulager ou remédier à un défaut mécanique ou une malformation du pied.

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

Une copie de l'ordonnance du médecin traitant, de l'infirmière praticienne ou du podiatre, y compris un diagnostic médical ainsi qu'une description détaillée des chaussures orthopédiques et de la (des) modification(s) est requise.

Le paiement est limité à un maximum combiné de 500 $ par personne, par année civile.

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

Orthèses
Frais pour l'achat d'orthèses de pied lorsque prescrites par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, le chiropraticien, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le podiatre, jusqu'à un maximum de 500 $ par personne, par année civile.

Praticiens paramédicaux
Pour être admissible en vertu de cette couverture, vous devez vous assurer que le praticien est considéré comme un fournisseur admissible par Croix Bleue du Manitoba. Si ses qualifications ne satisfont pas aux critères établis par Croix Bleue du Manitoba et que les services fournis ont été jugés inadmissibles, aucun paiement ne sera versé.

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

Les frais pour les services de praticiens de la santé mentale suivants, à un **maximum combiné** de 1 500 $[1] par personne par année civile :

- psychologue clinicien
- travailleur social
- psychothérapeute
- conseiller clinicien
- thérapeute de couple ou familial

[1] Augmentera à 1 750 $ à compter du 1er janvier 2027.

Frais pour les services des praticiens paramédicaux suivants, jusqu'à un maximum de 850 $ par personne, par type de praticien (sauf si indiqué ci-dessous) par année civile :

- acupuncteur
- thérapeute du sport/physiothérapeute (maximum combiné par année civile)
- audiologiste
- chiropraticien (y compris les radiographies)
- massothérapeute autorisé (non membre de la famille)
- naturopathe
- ergothérapeute
- ostéopathe
- podiatre/infirmier en soins podologiques certifié (maximum combiné par année civile)
- diététiste autorisé
- orthophoniste

Médicaments sur ordonnance BLUENET

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'une pharmacie à une autre.) Les frais d'exécution d'ordonnance pour les médicaments sur ordonnance sont couverts jusqu'à un maximum de 10 $ par prescription.

Le montant maximal payable annuellement sera régi par le montant de franchise du Régime d'assurance-médicaments ou tout autre programme parrainé par le gouvernement.

Cette prestation couvre les médicaments admissibles prescrits qui figurent sur la liste des médicaments assurés ci-dessous :

- Liste des médicaments assurés gérée : une liste de médicaments sur ordonnance cliniquement efficaces, admissibles au Régime d'assurance-médicaments du Manitoba, utilisés pour le diagnostic et le traitement de la plupart des états de santé, sur la base de la médecine actuelle fondée sur des données probantes et du jugement des médecins, pharmaciens et autres experts. Croix Bleue peut, sur une base permanente, ajouter, supprimer ou modifier sa liste de médicaments admissibles.

Cette prestation couvre également les frais énumérés ci-dessous :

- les fournitures pour diabétiques, y compris les bâtonnets diagnostiques, lancettes, aiguilles, seringues et fournitures pour pompes à insuline;
- les inducteurs d'ovulation jusqu'à un maximum à vie de 10 000 $ par personne;
- un système de surveillance instantanée de la glycémie, y compris un lecteur par personne tous les 36 mois et des capteurs à un maximum de 4 000 $ par personne par année civile;*
- un système de surveillance du glucose en continu, y compris un récepteur par personne tous les 60 mois, des capteurs et transmetteurs, à un maximum combiné de 4 000 $ par personne par année civile;*
- les vaccins à un maximum de 1 000 $ par personne par année civile.
- les préparations et composés dont l'ingrédient principal est un médicament admissible figurant sur la liste des médicaments assurés ci-dessus.

* Pour être admissible, la personne doit répondre aux critères établis par le Régime d'assurance-médicaments du Manitoba.

Un médicament admissible doit répondre aux critères suivants :

- être approuvé par Santé Canada;
- avoir un numéro d'identification du médicament (DIN) au Canada;
- être prescrit par un médecin ou une infirmière praticienne autorisée à prescrire en vertu de la loi provinciale applicable;
- être approuvé par Croix Bleue comme frais admissibles; et
- être délivré par un fournisseur qui est une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut déterminer que certains médicaments admissibles doivent faire l'objet d'une autorisation spéciale ou d'une coordination avec les programmes d'assistance aux patients.

Croix Bleue remboursera le médicament interchangeable le moins cher. Vous pouvez demander un médicament interchangeable plus cher; cependant, vous devrez payer la différence de coût entre les

médicaments interchangeables. Si le médecin indique que le médicament interchangeable prescrit ne peut pas être remplacé, Croix Bleue remboursera le coût du médicament interchangeable prescrit.

Un médicament interchangeable est un médicament admissible qui peut être remplacé par un autre médicament admissible, étant donné que les deux médicaments sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada, qu'ils contiennent les mêmes ingrédients actifs et qu'ils ont la même voie d'administration.

Vous recevrez un avis de vous inscrire au Régime d'assurance-médicaments lorsque les frais engagés pour les médicaments auront atteint le maximum de 1 000 $ par famille (ou certificat) durant l'année du Régime d'assurance-médicaments. Si aucune preuve d'inscription n'est reçue, le remboursement des frais pour médicaments sera interrompu dès que ces frais engagés atteindront 1 500 $ par famille (ou certificat) durant cette année du Régime d'assurance-médicaments jusqu'à ce que l'on reçoive la preuve d'inscription à celui-ci. Cela assure que les coûts du Régime d'assurance-médicaments 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 pour médicaments auront atteint le maximum de 100 $ durant l'année du Régime d'assurance-médicaments. Si aucune preuve d'inscription n'est reçue, les frais pour médicaments sera interrompu dès que ces frais engagés atteindront 200 $ durant cette année du Régime d'assurance-médicaments jusqu'à ce que l'on reçoive la preuve d'inscription à celui-ci.

Pharmacie privilégiée
Le Manitoba Public School Employees Benefits Trust (fonds d'avantages sociaux pour les employés des écoles publiques du Manitoba) a une entente avec des pharmacies privilégiées. Lorsque vous achetez des médicaments admissibles chez Costco ou Express Scripts Canada (ESC), vous recevrez un remboursement à 90 % du coût admissible plutôt que 80 %. Les ordonnances sont livrées gratuitement à votre domicile ou à l'adresse de votre choix sans coût supplémentaire (certaines conditions s'appliquent).

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

ESC sert plutôt aux ordonnances à long terme, comme les médicaments d'entretien utilisés pour soigner les maladies chroniques. ESC gère les renouvellements et transferts d'ordonnance. Les pharmaciens sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Pour vous inscrire à ESC, allez à https://pharmacy.express-scripts.ca/MPSE (code VIP : MPSE), ou composez le 1-855-550-6337. Vous aurez besoin de votre carte d'identification et l'information sur l'ordonnance de tout médicament d'entretien que vous prenez.

Soins infirmiers privés
Frais de soins infirmiers privés ou de visites à domicile par un infirmière autorisée professionnelle (non membre de la famille) soit à l'hôpital soit à domicile, lorsque prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, jusqu'à un maximum de 3 000 $ par personne par année civile. Les visites à domicile doivent s'effectuer dans les 12 mois suivants le congé de l'hôpital et être conséquentes au traitement du problème de santé pour lequel le patient a été hospitalisé.

Appareils prothétiques et équipement de réadaptation physique
Frais d'achat ou de réparation des appareils suivants :
- les plâtres, cannes et béquilles;
- les fournitures pour stomie et incontinence lorsque prescrites par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport.
- les membres artificiels et prothèses oculaires lorsque prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne;
- les prothèses mammaires et soutiens-gorges chirurgicaux lorsque prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, jusqu'à un maximum de 400 $ par mastectomie unilatérale et 800 $ par mastectomie bilatérale par année civile;
- les perruques ou postiches lorsque prescrits par le médecin traitant ou l'infirmière praticienne, jusqu'à un maximum à vie de 1 000 $ par personne;

- les attelles, bandages herniaires, appareils orthopédiques, soutiens lombo-sacrés, corsets, équipement de traction et collets cervicaux lorsque prescrits par le médecin traitant, l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute, le physiothérapeute ou le thérapeute du sport.

Allocation pour un tuteur

Frais pour les services d'un tuteur, jusqu'à 15 $ l'heure à un maximum de 1 500 $ par accident ou par maladie dans un délai de 6 mois suivant la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie. Pour être admissible, l'étudiant doit souffrir d'une incapacité totale pendant plus de 30 jours au cours de la période de 90 jours qui suit immédiatement l'accident ou l'apparition de la maladie.

Prestations de soins de la vue

Nous vous rembourserons 100 % des frais de soins de la vue admissibles suivants jusqu'à un maximum 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 :

- les lunettes (montures ou lentilles), lunettes de remplacement et verres de contact lorsque prescrites par un médecin, ophtalmologiste ou optométriste;
- la réparation de lunettes existantes;
- la chirurgie oculaire au laser, y compris le coût de cristallins artificiels pliables, réalisée par un ophtalmologiste ou un médecin.

Vous serez remboursé à 80 % des frais d'examens de la vue admissibles lorsqu'effectués par un médecin, ophtalmologiste ou optométriste, jusqu'à un maximum de 140 $ par personne pour toute période de 24 mois consécutifs, à condition qu'aucune partie de ces frais ne soit admissible à un remboursement en vertu d'un régime législatif.

Exclusions générales

Consultez la page 14.

Assurance maladie de voyage

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 ou sans solde, un échange entre employés ou toute autre absence de ce genre.

L'assurance maladie de voyage s'applique uniquement à un **traitement médical d'urgence imprévu**. Les prestations sont payables sans maximum global.

Informations sur la couverture maximale lors des voyages :

- La couverture est limitée aux 90 premiers jours de tout voyage à l'extérieur du Canada.
- La couverture est illimitée pour les voyages à l'intérieur du Canada.

Résumé des prestations

Votre garantie couvre 100 % des frais suivants :

- Frais d'hôpital pour malade hospitalisé ou en clinique externe.
- Frais médicaux et chirurgicaux pour les services d'un médecin légalement autorisé. Les frais pour services rendus en raison d'un examen général pour « bilan de santé » ou à des fins esthétiques ne sont pas des frais 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 au Canada si vous avez reçu un traitement en hôpital en temps que malade hospitalisé.
- 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 accidentel direct à la bouche seulement, et non pas parce qu'un objet a été sciemment ou inconsciemment placé dans la bouche. Couverture maximale de 3 000 $ par accident.
- Traitement en vue d'un soulagement d'urgence d'une douleur dentaire, jusqu'à un maximum 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 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 étiez malade hospitalisé et votre ville de résidence au Canada, y compris le coût du billet de retour en classe économique d'une infirmière diplômée, lorsque de tels services sont nécessaires durant le voyage de retour. Cette couverture exige une lettre du médecin traitant indiquant la nécessité médicale. Cette couverture 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 Croix Bleue du Manitoba qui voyageait avec vous au moment de la blessure ou maladie.
- Soins infirmiers privés.
- Dépenses supplémentaires engagées pour hébergement et nourriture d'un parent ou ami, lui aussi couvert par un régime d'assurance maladie de voyage de 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 à votre chevet vous tenir compagnie alors que vous êtes confiné à un hôpital à l'extérieur de votre province de résidence pendant au moins 3 jours. Frais de déplacement d'un membre de la famille pour identifier la personne décédée avant la libération du corps, si la loi l'exige. Couverture pour un aller-retour par avion en classe économique par l'itinéraire le plus économique.
- Physiothérapie effectuée dans un hôpital.
- Services d'un chiropraticien ou podiatre. Une lettre du médecin traitant indiquant que le traitement visait à soulager une douleur aiguë plutôt que chronique doit être présentée.
- Réparation ou remplacement de lunettes ou de verres de contact à la suite d'un accident ou d'une blessure, jusqu'à un maximum 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 couverture a pour but de vous aider à assumer les frais imprévus comme le stationnement, les appels téléphoniques, les taxis, etc.)
- Retour de votre véhicule si vous êtes incapable de le conduire, jusqu'à un maximum de 4 000 $ de frais.
- Frais de logement commercial et de repas pour les personnes qui voyagent pour venir au chevet d'un membre de la famille ou identifier 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 vos enfants (jusqu'à l'âge de 18 ans) dans sa province de résidence si vous êtes évacué 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 de compagnie, si vous êtes hospitalisé pendant au moins 3 jours à l'extérieur de votre province de résidence.
- Frais de soins vétérinaires d'urgence en raison de la blessure imprévue de l'animal de compagnie qui vous accompagne, jusqu'à un maximum de 200 $ par animal de compagnie.

Exclusions et restrictions de l'assurance maladie de voyage

Les situations suivantes ne sont pas admissibles :

- Dépenses engagées après les 90 premiers jours de tout voyage à l'extérieur du Canada. Si vous avez besoin de couverture pour plus de 90 jours, vous êtes responsable d'acheter une couverture supplémentaire.
- Étudiants voyageant à l'extérieur du Canada aux fins d'étudier à temps plein.
- Les personnes voyageant à l'extérieur de leur province de résidence au fins de recevoir un traitement médical.
- Les personnes voyageant contre l'avis de leur médecin.
- Frais liés à l'hospitalisation nécessaire en raison d'un accouchement si une partie d'un voyage hors de votre province de résidence survient après la 36e semaine de grossesse.

Assistance voyage international

Comment trouver de bons soins médicaux lorsque vous faites face à une situation d'urgence dans un pays étranger? Vous ne parlez peut-être pas la langue locale, vous êtes peut-être frappé d'incapacité et il est fort probable que vous ne savez pas où trouver les soins professionnels. Grâce à votre régime d'assurance collective, vous bénéficiez maintenant d'une assistance pour faire face à tous ces problèmes.

Notre service d'assistance voyage international demeure à la disposition des voyageurs se trouvant dans une situation d'urgence médicale n'importe où dans le monde, 24 heures sur 24. Les voyageurs assurés, médecins ou hôpitaux doivent communiquer immédiatement avec le fournisseur d'assistance voyage international dans les situations médicales suivantes :

- Lorsque vous êtes hospitalisé ou sur le point de l'être.
- Lorsque vous avez besoin d'aide pour trouver les soins médicaux appropriés les plus proches de l'endroit où vous vous trouvez.
- Lorsqu'il est nécessaire de vérifier que vous êtes assuré (le médecin/l'hôpital peut le confirmer en appelant notre fournisseur d'assistance voyage international directement).
- Lorsque vous avez eu un accident et avez besoin d'un traitement médical.
- Lorsque vous avez un problème médical et nécessitez les services d'un traducteur.
- Lorsqu'une évacuation d'urgence est jugée nécessaire d'un point de vue médical (les dispositions seront prises par le biais de notre fournisseur d'assistance voyage international).
- Lorsqu'un problème médical sérieux survient.

Soyez prêt à donner le nom de la personne assurée, du client, le numéro de certificat et une description du problème.

Numéros de téléphone sans frais de l'assistance voyage international

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.

Les numéros de téléphone sans frais d'assistance voyage international se trouvent au verso de votre carte d'identification pour votre commodité.

Pour toute question d'ordre général, appelez 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 (à l'extérieur du Manitoba, mais au Canada).

Communiquez immédiatement avec le service d'assistance voyage international pour vérifier vos couvertures et connaître la marche à suivre.

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

Assurance soins dentaires

L'assurance soins dentaires est soumise à un maximum combiné de 1 750 $[2] par personne, par année civile.

Vous aurez droit à un remboursement de :

- 80 % des frais admissibles pour des soins dentaires de « base »,
- 50 % des frais admissibles pour des soins dentaires « majeurs »,
- 50 % des dépenses admissibles pour les traitements « orthodontie » (broches) pour les enfants à charge jusqu'à l'âge de 21 ans ou jusqu'à 25 ans s'ils fréquentent, à temps plein, un établissement d'enseignement, un collège ou une université reconnu. Les versements de prestation pour soins d'orthodontie prendront fin à ces âges.

À l'exception du Manitoba Northern Fee Guide (guide des honoraires du Nord du Manitoba), les versements de prestation sont calculés en fonction du Dental Fee Guide élaboré par la Manitoba Dental Association qui est en vigueur au moment où les services sont rendus.

Soins de base couverts

1. Diagnostic :
- Examen complet, une fois toutes les 3 années civiles.
- Examen de rappel ou examen buccal couvert deux fois chaque année civile.
- Radiographies périapicales.
- Radiographies de la bouche complète ou radiographies panoramiques toutes les 2 années civiles, au besoin.
- Biopsies.

2. Soins préventifs :
- 1 unité de polissage deux fois par année civile.
- Application topique de fluorure. Jusqu'à 2 applications par année civile.
- Mainteneurs d'espace (sauf lorsqu'utilisés à des fins orthodontiques).
- Rééducateurs fonctionnels.

3. Extractions :
- Procédures non complexes pour l'extraction de dents ne pouvant plus être restaurées.

4. Chirurgie buccale :
- Procédures chirurgicales complexes réalisées au cabinet dentaire et soins postopératoires.

5. Restauration :
- Obturations composées d'amalgames, de silicates, de plastiques et de porcelaines synthétiques.
- Réparation de prothèses dentaires endommagées. Ajout de dents aux prothèses dentaires existantes. Regarnissage ou rebasage des prothèses dentaires limité à une fois toutes les 3 années civiles.

6. Blessures accidentelles :
- Soins dentaires majeurs ou d'orthodontie à la suite d'un accident, jusqu'à un maximum de 1 000 $ par personne par année civile. Le traitement doit commencer dans les 90 jours suivant l'accident.

7. Endodontie :
- Procédures habituelles requises pour une thérapie pulpaire ou un traitement radiculaire.

8. Périodontie :
- Procédures habituelles pour le traitement de maladies touchant les tissus et les os qui soutiennent les dents.
- Appareil pour bruxisme, une fois toutes les 3 années civiles pour le haut et le bas.

9. Anesthésie :
- Anesthésie générale ou analgésie à l'oxyde nitreux réalisée au cabinet dentaire.

10. Consultations :
- Consultations exigées par le dentiste traitant.

[2] Augmentera à 2 000 $ à compter du 1er janvier 2027.

11. Médicaments :

- Coût des médicaments et des injections reçus au cabinet de dentiste.

Soins majeurs couverts

1. Restaurations majeures :

- Prothèses intrinsèques et extrinsèques (une par dent toutes les 5 années civiles).
- Jaquettes, couronnes et ponts visant à reconstruire et à remplacer des dents manquantes. (Seulement une procédure par dent toutes les 5 années civiles.)
- Remarque : Veuillez consulter le point 5 sous « Exclusions et restrictions ».

2. Prothétique :

- Prothèses dentaires partielles ou complètes supérieures ou inférieures réalisées par un dentiste ou un denturologiste agréé. Chaque procédure ne peut être réalisée qu'une fois toutes les 5 années civiles. Les allocations comprennent tous les ajustements.
- Implants dentaires une fois par dent à vie.

Soins d'orthodontie couverts

Les soins d'orthodontie nécessitent normalement un premier paiement, puis des paiements mensuels ou trimestriels pour un traitement continu. Vous recevrez le remboursement de votre premier paiement et des paiements ultérieurs au fur et à mesure que vous recevrez les soins. Vous ne serez pas remboursé à l'avance pour des soins d'orthodontie que vous n'avez pas encore reçus.

Veuillez noter : Les versements de prestation pour soins d'orthodontie cesseront lorsque l'enfant à charge ne répondra plus aux exigences d'admissibilité du régime.

Autorisation avant le traitement

L'exigence d'une préautorisation a été établie principalement pour vous protéger, permettant de résoudre tout malentendu avant un traitement dentaire coûteux.

Si le coût de tous les traitements planifiés doit dépasser 500 $, Croix Bleue doit l'approuver à l'avance. Après avoir dressé la liste des soins prévus, votre dentiste soumettra votre formulaire de demande de règlement avec les radiographies à l'appui directement à Croix Bleue. Un avis d'évaluation sera envoyé à vous et à votre dentiste.

Importance du guide des honoraires

Les prestations versées en vertu du régime sont calculées en fonction d'un guide des honoraires dentaires spécifique, élaboré par l'association dentaire de votre province. Bien qu'ils ne sont pas tenus de le faire, la majorité des dentistes établissent leurs frais selon le guide des honoraires.

Lorsque vous vous rendez pour la première fois chez un dentiste, nous vous suggérons de vous renseigner sur la manière dont les honoraires sont établis avant de faire faire quelque travail que ce soit. Si les honoraires du dentiste sont plus élevés que ceux prévus dans le guide des honoraires, vous êtes responsable de tout montant excédentaire. En aucun cas, le régime ne paiera davantage que les honoraires réels du dentiste.

Exclusions et restrictions des soins dentaires

Croix Bleue du Manitoba ne remboursera pas les frais suivants :

1. Frais pour des soins supplémentaires dont ont convenu de façon privée le patient et son dentiste.
2. Programmes d'enseignement sur l'hygiène buccale et la prévention du tartre dentaire.
3. Frais pour tout appareil perdu, brisé ou volé.
4. Or, couronne, pont fixe, facettes ou autre traitement majeur alors qu'un autre matériau ou une autre procédure aurait constitué un substitut raisonnable selon les pratiques dentaires généralement reconnues. Lorsqu'un substitut raisonnable était disponible, le régime couvre les frais qui auraient été engagés pour le substitut habituel.
5. Frais distincts pour une anesthésie générale, sauf lorsqu'elle fait partie des procédures réalisées au cabinet, comme le précise votre régime.
6. Blanchiment des dents.
7. Traitement radiculaire d'une dent effectué plus d'une fois par dent à vie.
8. Appareils contre le ronflement ou les apnées du sommeil.
9. Frais pour des traitements dispensés par une autre personne qu'un dentiste, sauf pour les traitements effectués dans un cabinet dentaire par un personnel dûment autorisé ou agréé à effectuer de tels traitements en vertu des statuts et règlements professionnels applicables sous la supervision et direction d'un dentiste.
10. Clichés diagnostiques.
11. Pièces d'adjonction de précision.
12. Hypnose et psychothérapie dentaire.
13. Disposition des installations ayant trait à l'anesthésie générale.
14. Polissage de restaurations.
15. Toute procédure reliée à l'odontologie médico-légale.

Exclusions générales

Croix Bleue du Manitoba ne remboursera pas les frais suivants :

- Tous frais pour une chambre d'hôpital sauf si couverts en vertu du régime d'assurance maladie de voyage.
- Toute fourniture ou tout service reçu, à moins que la personne soit couverte par le régime d'assurance maladie du gouvernement de sa propre province.
- Services et fournitures 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.
- Services ou fournitures qui ne paraissent pas dans la liste des frais couverts.
- Services ou fournitures aux fins esthétiques.
- Services associés au traitement d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire.
- Frais pour remplir des formulaires de demande de règlement ou pour les rendez-vous manqués.
- Services couverts ou offerts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, par tout ministère gouvernemental ou par un tiers redevable.
- Frais pour des services offerts avant la date d'entrée en vigueur de la couverture.
- Frais pour services et fournitures reçus par une personne qui réside normalement dans la demeure du patient ou qui est un parent proche du patient.
- Croix Bleue du Manitoba n'est pas responsable de la disponibilité ou de la disposition des services ou fournitures décrits aux présentes.
- Les services rendus par un praticien dont les qualifications ne satisfont pas aux critères établis par Croix Bleue du Manitoba et dont les services ont été jugés inadmissibles par Croix Bleue du Manitoba.
- Les frais liés aux catégories suivantes de médicaments ou de services :
  - les médicaments qui dépassent un approvisionnement de 100 jours;
  - les médicaments en vente libre;
  - les injections dans les varices;
  - les aides à la désaccoutumance au tabac;
  - les vitamines;
  - les traitements pour la perte de poids, les protéines et les aliments ou compléments alimentaires;
  - les produits de santé naturels, y compris les produits homéopathiques, les plantes médicinales, les médicines traditionnelles, les suppléments nutritifs et compléments alimentaires;
  - les traitements de la dysfonction sexuelle; ou
  - toutes les formes de cannabis.

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

Veuillez conserver votre « Relevé des prestations » aux fins d'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 sont pas admissibles. Toute action en justice ou poursuite à l'égard d'un assureur (c.-à-d. la compagnie) visant à recouvrer les sommes d'assurance payables en vertu du certificat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée dans le délai prescrit par la Loi sur les assurances.

Couverture de transport en ambulance

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

Assurance maladie complémentaire

Les demandes de règlement pour des frais admissibles en vertu de votre assurance maladie complémentaire doivent être soumises avec un formulaire de demande de règlement dûment rempli et inclure des reçus détaillés et la documentation requise, c.-à-d. l'ordonnance du médecin, l'aiguillage, le relevé du régime provincial.

Médicaments sur ordonnance BLUENET

Les prestations de médicaments sur ordonnance sont disponibles via le système BlueNet. Lorsque vous achetez des médicaments, veuillez présenter votre carte d'identification BlueNet à votre pharmacien de toute pharmacie participante. Le pharmacien saisira les informations de votre certificat ainsi que les détails de l'achat du médicament 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 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 aux fins de remboursement. Vous avez l'option de soumettre votre demande de règlement via le service de soumission des demandes de règlement en ligne sur mybluecross[MD] ou en soumettant une version papier de demande de règlement.

La soumission des demandes de règlement en ligne vous permet d'envoyer vos demandes de règlement de médicaments par voie électronique à Croix Bleue du Manitoba dans le confort de votre demeure. Les paiements des demandes de règlement est déposé automatiquement dans votre compte bancaire par dépôt direct en 2 à 3 jours ouvrables. Vous pouvez accéder à soumission des demandes de règlement en ligne en ouvrant une session sur mybluecross[MD] ou en vous inscrivant sur ce site. Vous devez aussi vous assurer que vous êtes inscrit 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 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.

Si vous achetez des médicaments admissibles chez Costco ou Express Scripts Canada (ESC), les ordonnances sont facilement livrées à votre domicile ou une adresse de votre choix sans frais additionnels (certaines conditions s'appliquent). Une carte de membre Costco n'est pas requise pour utiliser leur pharmacie. Pour vous inscrire à ESC, allez à https://pharmacy.express-scripts.ca/MPSE (code VIP : MPSE), ou composez le 1-855-550-6337.

Prestations de soins de la vue

Les demandes de règlement des frais de soins de la vue admissibles doivent être soumises à Croix Bleue du Manitoba aux fins de remboursement.
Vous avez l'option de soumettre vos demandes de règlement via le service électronique de soumission des demandes de règlement en ligne sur mybluecross[MD] ou en soumettant un formulaire de demande

de règlement pour l'assurance maladie rempli, accompagné des reçus détaillés de l'optométriste ou l'opticien exécutant l'ordonnance.

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

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

Assurance maladie de voyage

Toutes les demandes de règlement liées aux voyages peuvent être soumises à CanAssistance en vous servant de la fonction de téléchargement sécurisé sur son site Web canassistance.com ou par la poste à :

Demandes de règlement lors de voyage CanAssistance
Case postale 3888, Succ. B
Montréal (Québec) H3B 3L7

En cas de demande de règlement, vous devrez fournir une preuve de vos dates de départ et retour (billets d'avion, estampilles de passeport, cartes d'embarquement, itinéraires de voyage et reçus datés constituent des exemples de preuves acceptables).

Les formulaires de voyage de CanAssistance à l'intention des membres de Croix Bleue du Manitoba sont disponibles sur le site Web de Croix Bleue du Manitoba.

Pour toute question au sujet de votre demande de règlement, veuillez communiquer avec CanAssistance au 1-866-601-2583 (sans frais).

Votre couverture d'assurance maladie de voyage sera admissible à la facturation directe auprès des médecins, hôpitaux et cliniques aux États-Unis qui font partie du réseau CanAssistance. Cela signifie que si vous êtes admissible et que le service est réputé être couvert, les frais médicaux seront traités sans délai. Vous n'aurez pas à payer de frais médicaux à l'avance et attendre de vous faire rembourser. Vous n'aurez qu'à signer et soumettre le formulaire de demande de règlement et payer les autres frais engagés (p. ex., médicament sur ordonnance).

Voici comment fonctionne la facturation directe aux États-Unis :

1) Avant de recevoir un traitement, communiquez avec CanAssistance au 1-866-601-2583 (sans frais) ou au 204-775-2583 (à frais virés – un indicatif de pays peut être requis). Ces numéros sont également indiqués au verso de la carte d'identification de Croix Bleue du Manitoba.
2) Un représentant de CanAssistance confirmera votre couverture pour soins médicaux d'urgence.
3) Le représentant vous dirigera vers l'établissement médical le plus près d'où vous vous trouvez et vous enverra par courriel une carte d'identification à présenter en arrivant. Il transmettra également un formulaire d'autorisation de service à l'établissement. L'un ou l'autre de ces documents vous évitera de payer vos soins médicaux à l'avance ou d'effectuer un acompte.
4) À la suite du traitement, CanAssistance passera en revue les détails particuliers de la demande de règlement et, à condition qu'aucune exclusion spécifique à votre traitement ne soit présente, le paiement sera versé directement à l'établissement médical.

Assurance soins dentaires

Présentez le formulaire de demande de règlement au dentiste dès le premier rendez-vous. Tous les membres de votre famille recevant des soins dentaires doivent avoir leur propre formulaire de demande de règlement.

Après l'examen, le dentiste proposera un programme de traitement et pourrait fixer d'autres rendez-vous de suivi. Si le coût du traitement prévu dépasse 500 $ ou si le traitement comprend des soins dentaires majeurs (couronnes, ponts, orthodontie, etc.), le dentiste devra soumettre à Croix Bleue du Manitoba un formulaire de demande de règlement dûment rempli, à faire approuver avant d'entreprendre le traitement. Si le coût du traitement est inférieur à 500 $ ou s'il comprend des soins dentaires de base, le dentiste conservera le formulaire de demande de règlement jusqu'à la fin du traitement.

Votre dentiste peut choisir de facturer directement Croix Bleue du Manitoba ou de continuer à vous facturer. Dès le début du traitement, veuillez vous renseigner sur la méthode de facturation. Advenant que votre dentiste décide de facturer directement Croix Bleue du Manitoba, vous n'aurez pas à soumettre une demande de règlement. Vous serez tenu de signer le formulaire de demande de règlement à l'endroit indiqué afin d'autoriser le versement au dentiste.

Coordination des prestations

La coordination des prestations est possible lorsque les deux conjoints dans une famille bénéficient d'une assurance maladie ou d'une assurance soins dentaires offerte par leur employeur ou dans le cadre de leurs régimes individuels ou de retraités.

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, Croix Bleue du Manitoba est alors la « principale » compagnie d'assurance et c'est elle qui verse les prestations dues en premier. L'autre assureur est alors responsable de tous les autres frais admissibles non remboursés.

Lorsque les services sont rendus à votre conjoint(e), son assureur constitue alors la « principale » compagnie d'assurance et c'est lui qui verse les prestations dues en premier. Votre conjoint(e) devra alors soumettre un formulaire de demande de règlement à son assureur. Après avoir reçu le paiement, tous les autres frais admissibles impayés peuvent être soumis à Croix Bleue du Manitoba avec un formulaire de demande de règlement Croix Bleue du Manitoba 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 « principale » compagnie d'assurance. La demande de règlement est alors traitée conformément aux procédures indiquées 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 soumises à 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, 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 100 % de la valeur de la demande de règlement.

mybluecross[MD]

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 :

- Soumettre une demande de règlement
- Voir l'historique d'une demande de règlement
- Voir l'historique des paiements

Ma couverture :

- Accéder aux renseignements sur la couverture
- Confirmer les exigences relatives aux demandes 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'identification
- 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 My Good Health[MD] (notre ressource en ligne sur la santé) et à Avantage bleu[MD] (notre programme national de rabais).

Comment s'inscrire :

- Visitez www.mb.bluecross.ca
- Cliquez sur Register (s'inscrire) dans le coin droit supérieur de n'importe quelle page
- Saisissez les renseignements sur votre carte d'identification et vérifiez votre compte

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

Pour de plus amples renseignements, veuillez appeler 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 est un système de transfert de fonds directement d'un compte bancaire à un autre sans manipulation d'argent comptant.

Le dépôt direct est une méthode de paiement de réclamations sécuritaire 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 en ligne aux détails des demandes de règlement et aux états de compte des demandes de règlement disponibles pour la revue et l'impression. Vous pourrez également accéder à vos informations bancaires et y apporter des changements en tout temps.

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

Changement de situation

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 relation 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 ne pas vous inscrire au régime parce que vous êtes couvert par une autre couverture collective gérée par l'employeur qui prend fin par la suite, vous devez aviser votre employeur dans les 90 jours suivant la cessation de la couverture afin de vous inscrire à ce régime. Vous ne serez autorisé à adhérer à ce régime qu'avec la preuve que l'autre couverture collective gérée par l'employeur à laquelle vous étiez inscrit a pris fin.

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 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. Des primes sont exigées pendant cette période.

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

Remarque : Une fois inscrit 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 dans le cas d'une récente inscription à une autre couverture collective gérée par l'employeur. Dans ce cas, votre demande d'annulation doit parvenir à votre employeur dans les 90 jours suivant la date d'entrée en vigueur du nouveau régime.

Carte d'identification

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

Si vous avez perdu ou égaré votre carte d'identification, ouvrez une session sur mybluecross[MD] afin d'imprimer une carte d'identification temporaire. Un message sera envoyé automatiquement à Croix Bleue du Manitoba afin qu'elle puisse vous émettre une nouvelle carte d'identification permanente. Cette nouvelle carte vous sera envoyée dans les cinq jours ouvrables.

Important : Veuillez lire

Votre régime d'avantages sociaux est offert directement par le Manitoba Public School Employees Benefits Trust (Fonds d'avantages sociaux pour les employés des écoles publiques du Manitoba), qui assume la responsabilité exclusive du financement des demandes de règlement (à l'exclusion de l'assurance voyage). Croix Bleue du Manitoba assume la responsabilité des demandes de règlement lors de voyage.

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

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

De plus, lorsqu'elle détermine les modalités de paiement, Croix Bleue du Manitoba se réserve le droit d'évaluer la somme à verser en fonction du guide des honoraires approuvé pour le service en question ou en fonction des frais raisonnables et habituels, comme jugé approprié par 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 soumission des demandes de règlement en ligne via mybluecross[MD]

24 heures sur 24

EN PERSONNE

Centre de service à la clientèle

599, rue Empress

9 h à 16 h

Du lundi 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)

8 h à 17 h 30

Du lundi au vendredi

PAR COURRIER

Croix Bleue du Manitoba

Case postale 1046, Succ. 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 Croix Bleue, 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 Croix Bleue du Manitoba. *† Blue Shield est une marque de commerce déposée de l'association Blue Cross Blue Shield. [MD]My Good Health est une marque de commerce déposée de Pacific Blue Cross, utilisée avec permission.

Septembre 2026