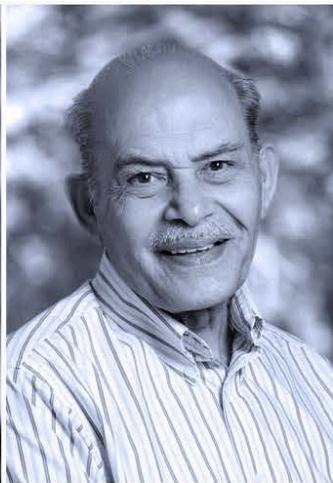
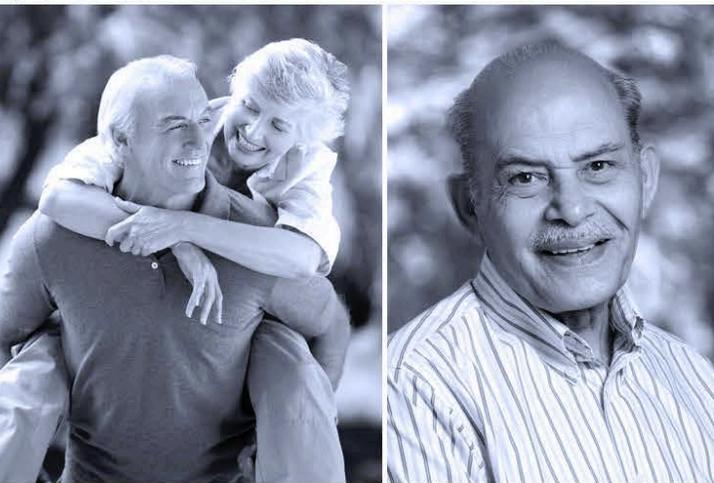


# Programme d'avantages sociaux des retraités

Pour les employés canadiens :

- de la Banque Royale du Canada et du Trust Royal qui ont pris leur retraite après le 1<sup>er</sup> mars 1994, mais avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010;
- de RBC Assurances qui ont pris leur retraite après le 1<sup>er</sup> janvier 1999, mais avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010; et
- de RBC Services aux investisseurs qui ont pris leur retraite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010.



Cette brochure donne un résumé de certaines dispositions du *Programme d'avantages sociaux des retraités de RBC*. Les descriptions détaillées sont fournies dans les politiques et les contrats qui régissent le régime. Tout a été mis en œuvre pour vous donner un résumé exact. S'il y a des divergences entre les renseignements figurant dans cette brochure et ceux des politiques et contrats régissant le régime, ces derniers prévaudront. Cette brochure ne crée ni ne vous confère aucun droit contractuel ou obligation.

Bien que nous ayons l'intention d'offrir un programme d'avantages sociaux aux retraités et à leurs personnes à charge et survivants admissibles, RBC et ses filiales se réservent le droit unilatéral de modifier ou de résilier, en tout ou en partie, son programme, ses politiques et ses contrats d'avantages sociaux des retraités en tout temps, y compris après le départ à la retraite d'un employé, et peut être tenu de le faire en raison de modifications législatives. De plus, RBC se réserve le droit de modifier les modalités des diverses garanties ainsi que les montants imputés aux retraités individuels en tout temps, y compris après le départ à la retraite d'un employé.

## À L'INTÉRIEUR

INTRODUCTION .....	4
Régimes provinciaux d'assurance-maladie .....	4
<b>Votre régime provincial d'assurance-maladie est le premier payeur</b> .....	4
Renseignements importants .....	5
Admissibilité .....	5
Résidents du Québec .....	5
Protégez votre famille .....	5
Personnes à charge admissibles .....	5
Changement admissible de situation (acquisition ou perte d'une personne à charge) .....	6
Réduction de la protection après le début de la retraite .....	6
Bénéficiaires .....	6
Coordination des demandes de règlement .....	7
Paiement des demandes et explication des prestations .....	7
Déduction des primes .....	7
Taxe de vente au détail .....	8
Traitement fiscal .....	8
Prestations de survivant .....	8
Cessation de la garantie .....	8
Modification et résiliation .....	8
Vos options de soins de santé .....	9
<b>SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES</b> .....	9
Ce qui n'est pas couvert .....	12
Intégration avec les programmes gouvernementaux .....	13
<b>URGENCES MÉDICALES HORS DE LA PROVINCE/DU PAYS ET SERVICE D'ASSISTANCE-VOYAGE</b> .....	14
État médical .....	14
Assurance voyage frais médicaux .....	15
<b>MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE</b> .....	17
<b>Listes de médicaments</b> .....	18
<b>SOINS DENTAIRES</b> .....	21
Guide des honoraires suggérés .....	23
Plan de traitement .....	23
<b>ASSURANCE VIE DE BASE DES RETRAITÉS</b> .....	25
GARANTIES ADDITIONNELLES .....	25
<b>ASSURANCE VIE FACULTATIVE</b> .....	25
<b>ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS</b> .....	26
Sommes payables .....	27
<b>Perte couverte</b> .....	27
<b>% du capital assuré</b> .....	27
<b>CARREFOUR-RESSOURCES EMPLOYÉS</b> .....	31
GLOSSAIRE .....	35
Entreprise .....	35
Bénéficiaire .....	35
Bénéficiaire .....	35
Urgence médicale .....	35
Bénéficiaire .....	36
Bénéficiaire .....	36
Enfant à charge .....	36
Maison de convalescence .....	36
Coordination des prestations .....	36
Personne à charge admissible .....	37
<b>RENSEIGNEMENTS POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC</b> .....	38
<b>RESSOURCES – RENSEIGNEMENTS</b> .....	40

## INTRODUCTION

Vous étiez admissible au *Programme d'avantages sociaux des retraités* si vous avez répondu aux critères d'admissibilité décrits à la [page 5](#).

### Régimes provinciaux d'assurance-maladie

Le *Programme d'avantages sociaux des retraités* vise à faire complément à votre régime provincial d'assurance-maladie en fournissant une garantie pour bon nombre des dépenses de soins de santé qui ne sont pas couvertes par ce dernier.

Généralement, les régimes provinciaux d'assurance-maladie couvrent certains articles, services et fournitures médicaux, dont les suivants :

- les honoraires des médecins et des chirurgiens;
- les honoraires de spécialistes lorsqu'une consultation est demandée par un médecin omnipraticien;
- les procédures de diagnostic, y compris les radiographies et les tests de laboratoire;
- l'hospitalisation en salle commune;
- les traitements en consultation externe; et
- d'autres fournitures et services non mentionnés ci-dessus.

En tant que consommateur de ces services, il vous incombe, en consultation avec le fournisseur du service en question, de vous assurer que vous êtes au courant des limitations provinciales applicables.

### ***Votre régime provincial d'assurance-maladie est le premier payeur***

Les demandes liées aux fournitures et services qui sont couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie doivent être présentées à ce régime en premier. Toute portion impayée de ces demandes peut alors être admissible à un remboursement par le *Programme d'avantages sociaux des retraités*, conformément à ses modalités. Seules les dépenses admissibles sont remboursées conformément aux modalités du *Programme d'avantages sociaux des retraités*.

L'administrateur ne remboursera aucune dépense inadmissible, même dans le cas d'un malentendu concernant les dépenses admissibles. Dans les cas où une portion de la dépense est remboursée par le régime provincial d'assurance-maladie, il se peut que la législation provinciale interdise à un régime privé de rembourser le reste.

Les changements apportés aux régimes provinciaux d'assurance-maladie, le lancement de nouveaux services médicaux et dentaires ou la conception de nouveaux médicaments sur ordonnance n'entraîneront pas la modification automatique du *Programme d'avantages sociaux des retraités*. RBC effectue un suivi constant du *Programme d'avantages sociaux des retraités* pour déterminer si des changements s'imposent.

RBC se réserve le droit de modifier, en tout temps, n'importe quel aspect du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, y compris les prestations payables aux retraités. RBC se réserve aussi le droit de résilier en tout temps le *Programme d'avantages sociaux des retraités*, que ce soit en totalité ou en partie.

## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette brochure contient des renseignements importants sur votre protection du *Programme d'avantages sociaux des retraités* et devrait être conservée dans un endroit sûr.

### Admissibilité

Vous étiez admissible au *Programme d'avantages sociaux des retraités* si vous êtes :

- un employé de la Banque Royale ou du Trust Royal qui a pris sa retraite après le 1<sup>er</sup> mars 1994, mais avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010; **ou**
- un employé de RBC Assurances qui a pris sa retraite après le 1<sup>er</sup> janvier 1999, mais avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010; **ou**
- un employé de RBC Services aux investisseurs qui ont pris leur retraite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010;

**et** que vous continuez de répondre aux critères d'admissibilité suivants :

- vous êtes un résident du Canada et bénéficiez de la protection de votre régime d'assurance-maladie provincial; **et**
- vous répondez aux critères d'admissibilité de ce programme pour obtenir une protection pendant la retraite (telle qu'elle est décrite dans le contrat ou la politique applicable); **et**
- vous recevez une rente ou une allocation de retraite, et êtes un employé de la Banque Royale ou du Trust Royal qui a pris sa retraite le 1<sup>er</sup> mars 1994 ou après cette date, mais avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, ou un employé de RBC Assurances qui a pris sa retraite le 1<sup>er</sup> janvier 1999 ou après cette date, mais avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 ou un employé de RBC Services aux investisseurs qui ont pris leur retraite avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Si vous décédez, votre [conjoint](#) et vos [enfants à charge](#) admissibles peuvent continuer de participer au régime si cette protection était en vigueur avant votre décès.

### Protégez votre famille

Les régimes d'avantages sociaux s'adressent non seulement à vous, mais à votre famille. C'est pourquoi le *Programme d'avantages sociaux des retraités* vous a permis d'assurer vos *personnes à charge admissibles* (voir ci-dessous) en vertu des options de santé offertes, si vous avez choisi la garantie Étendue. Il y a trois niveaux de protection :

- **Retraité seul** – vous serez la seule personne couverte.
- **Retraité + une personne à charge** – vous et votre conjoint ou un enfant à charge admissible serez couverts.
- **Retraité + deux personnes à charge ou plus** – vous, votre conjoint et vos enfants à charge admissibles serez couverts.

Le niveau de protection que vous choisissez s'applique à chacune des garanties offertes – soins médicaux complémentaires, urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage, médicaments sur ordonnance et soins dentaires.

### Personnes à charge admissibles

Une personne à charge est admissible si elle répond à la définition de conjoint ou d'enfant à charge du retraité qui figure dans le Glossaire (voir les [pages 35 - 37](#)).

### Résidents du Québec

Pour les retraités qui habitent au Québec, et ont moins de 65 ans, la loi exige que vous choisissiez une protection minimale d'assurance médicaments pour vous et vos personnes à charge admissibles (c.-à-d. une protection qui se conforme à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)), à moins que vous ne déteniez une protection comparable en vertu d'un autre régime.

### Résidents de l'extérieur du Canada

Si vous vous installez à l'extérieur du Canada, votre protection en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, y compris celle pour les urgences hors du pays ou de la province, sera suspendue, alors que votre assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels sera résiliée en permanence. Si vous revenez au Canada à une date ultérieure, votre protection en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités* sera remise en vigueur lorsque nous aurons obtenu la confirmation que vous participez de nouveau au régime d'assurance-maladie de votre province. Les primes de votre protection de soins de santé seront déterminées en fonction des tarifs en vigueur lors de votre retour. Veuillez communiquer avec **Conseils RH Canada** au **1 800 545-2555** pour plus de détails et pour confirmer la date de votre déménagement.

### Changement admissible de situation (acquisition ou perte d'une personne à charge)

Vous devez informer **Conseils RH Canada** d'un décès, d'un divorce ou de l'inadmissibilité de votre *conjoint*, ou du fait que votre enfant cesse d'être admissible en tant que *personne à charge*, pour que votre protection et vos primes puissent être modifiées en conséquence. Les primes continueront d'être perçues jusqu'à ce que vous nous avisiez d'un changement.

- La protection du *conjoint* peut être résiliée en tout temps. Une fois résiliée, elle ne peut pas être remise en vigueur à une date ultérieure.
- La protection des *enfants à charge* peut être résiliée en tout temps. Elle peut être remise en vigueur à une date ultérieure si l'enfant répond à la définition d'*enfant à charge* admissible.

### Réduction de la protection après le début de la retraite

- **Soins de santé** : vous pouvez réduire ou annuler votre protection en tout temps. Vous ne pouvez toutefois pas l'augmenter.
- **Assurance vie de base** : vous pouvez résilier votre protection en tout temps.
- **Assurances vie et en cas de décès ou de mutilation accidentels facultatives** : vous pouvez réduire ou résilier cette protection en tout temps. Vous ne pouvez pas l'augmenter.

Dans tous les cas, il faut fournir la documentation appropriée à **Conseils RH Canada** pour que le changement prenne effet.

La protection résiliée ne peut pas être remise en vigueur à une date ultérieure, et une protection réduite ne peut être augmentée. Veuillez communiquer avec **Conseils RH Canada** au 1 800 545-2555 pour plus de renseignements.

### Bénéficiaires

La ou les personnes que vous nommez comme *bénéficiaires* (à l'aide du *Formulaire de désignation de bénéficiaire*) recevront vos prestations d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative des retraités, ainsi que celle d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) si vous décédez des suites d'un accident couvert. Si vous n'avez pas désigné de *bénéficiaire* à l'aide du *Formulaire de désignation de bénéficiaire*, les prestations de décès seront versées à votre succession.

Vous êtes d'office le *bénéficiaire* des prestations d'assurance vie facultative du conjoint ou d'assurance vie facultative des enfants à charge payables en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, ainsi que des prestations d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) versées au nom d'un membre couvert de la famille.

Vous pouvez obtenir le *Formulaire de désignation de bénéficiaire* sur le site des retraités à [www.rbc.com/retraite](http://www.rbc.com/retraite). Il suffit de remplir ce formulaire chaque fois que vous désirez modifier votre désignation de bénéficiaire. Le Formulaire de désignation de bénéficiaire vous permet d'indiquer si la désignation de bénéficiaire est révocable ou irrévocable.

Au moment de désigner un ou des bénéficiaires, rappelez-vous de ce qui suit :

#### *Si vous nommez plus d'un bénéficiaire...*

---

Si vous nommez plus d'une personne à titre de *bénéficiaire* pour les mêmes prestations, vous pouvez préciser le pourcentage que chaque personne recevra; le total doit cependant correspondre à 100 %.

#### *Si vous voulez nommer une personne mineure comme bénéficiaire...*

---

Si vous désignez une personne mineure comme bénéficiaire, cette personne n'aura pas accès au produit de l'assurance avant sa majorité, à moins que vous n'ayez pris les mesures légales appropriées avant votre décès, par exemple en désignant un fiduciaire (sauf au Québec) pour recevoir tout paiement au nom d'un bénéficiaire mineur pendant sa minorité pour le soutien, l'entretien, l'éducation et le bénéfice du bénéficiaire mineur, à la discrétion du fiduciaire. Ces mesures varient selon les provinces.

Au Québec, lorsqu'une prestation de décès en vertu d'une police d'assurance vie est payable à un bénéficiaire mineur, le paiement doit être fait au(x) parent(s) (ou à un tuteur ou curateur selon la définition du Code civil du Québec, le cas échéant), et non à aucune autre personne pouvant avoir été désignée comme administrateur ou fiduciaire du produit des assurances. Avant de désigner un bénéficiaire mineur, vous pourriez souhaiter obtenir des conseils juridiques.

### Si vous habitez au Québec et désignez votre conjoint de droit ou de fait comme bénéficiaire...

En vertu de la législation québécoise, si vous désignez votre *conjoint* de droit ou de fait comme *bénéficiaire*, cette désignation est irrévocable à moins que vous en indiquiez autrement sur le formulaire. Si vous précisez que la désignation est révocable, vous pouvez modifier votre *bénéficiaire* en tout temps sans le consentement de votre *conjoint*. Pour modifier une désignation irrévocable, vous devez obtenir l'approbation écrite de votre *conjoint*.

### **Coordination des demandes de règlement**

Si vous, votre *conjoint* ou une *personne à charge admissible* êtes couvert en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités* et bénéficiez de garanties comparables en vertu d'un autre régime collectif, vous pourriez être en mesure de coordonner vos demandes de règlement en vertu des deux régimes. Rappelez-vous toutefois que les paiements de toutes les sources ne peuvent pas excéder la somme de toutes les dépenses admissibles engagées. Les demandes de coordination seront traitées jusqu'au montant admissible (raisonnable et habituel) de la dépense.

La [Coordination des demandes de règlement](#) s'applique aussi lorsque votre *conjoint* travaille pour RBC ou a aussi pris sa retraite de RBC. La Sun Life coordonnera automatiquement les demandes en fonction de l'information fournie.

Pour assurer le traitement rapide des demandes, vous devez vous conformer aux directives suivantes, imposées par l'industrie pour la coordination des prestations :

- Au moment de coordonner vos prestations avec celles de votre *conjoint*, vous devez soumettre les demandes vous touchant au *Programme d'avantages sociaux des retraités* en premier. Toute portion impayée de vos demandes personnelles peut ensuite être soumise au régime de votre conjoint.
- Si vous êtes un employé actif (auprès d'une entreprise autre que RBC), vous devez d'abord soumettre les demandes de règlement vous touchant, ainsi que vos personnes à charge couvertes, au fournisseur de service de votre employeur. Toute portion impayée de la demande peut ensuite être soumise au *Programme d'avantages sociaux des retraités*.
- Votre *conjoint* doit d'abord présenter ses demandes personnelles à son régime d'avantages sociaux. Si ce dernier ne rembourse pas le plein montant du service ou de la procédure, vous pouvez présenter une demande pour le solde des dépenses au *Programme d'avantages sociaux des retraités*.
- Les demandes touchant les *enfants à charge* doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient le plus tôt dans l'année. Par exemple, si vous êtes né en mars et votre *conjoint* en juillet, vous devez d'abord soumettre les demandes touchant vos *enfants à charge* au *Programme d'avantages sociaux des retraités*. Toute portion impayée peut ensuite être soumise au régime de votre *conjoint* à titre de deuxième payeur.

### **Paiement des demandes et explication des prestations**

Les montants remboursés sont portés au crédit du compte bancaire d'où vous avez autorisé le paiement des primes mensuelles ou auquel sont versés les paiements de rente. Vous recevrez une Explication des prestations, qui fera état du montant admissible et du montant remboursé.

Si vous le préférez, l'Explication des prestations peut vous être envoyée par courriel plutôt que par la poste une fois la demande traitée. Vous pouvez demander l'envoi électronique de ce document auprès des Services aux participants de la Sun Life, Paiements sans papier à : [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Si vous ne demandez pas l'option sans papier, l'Explication des prestations vous sera envoyée par la poste à l'adresse indiquée sur votre formulaire de demande.

### **Déduction des primes**

En vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, les primes mensuelles seront déduites de votre compte bancaire par le biais de prélèvements autorisés ou de votre versement de rente mensuel si vous participez à l'option PD du *Programme de retraite RBC*. Les primes d'assurance et des garanties de soins de santé sont déterminées en fonction de la protection choisie et des tarifs en vigueur. Votre compte bancaire doit détenir les montants correspondant à ces déductions pour que la protection soit en vigueur. Si le solde de votre compte est déficitaire, la protection pourra être résiliée.

### Taxe de vente au détail

Dans certaines provinces (actuellement l'Ontario, le Québec et le Manitoba), la taxe de vente au détail est ajoutée aux primes applicables aux assurances vie et décès et mutilation accidentels facultatives, et déduite de votre versement de rente mensuel. Si vous résidez en Ontario ou au Québec, la taxe de vente au détail sera également ajoutée aux primes applicables à la garantie de soins de santé et déduite de votre versement de rente mensuel.

### Traitement fiscal

En vertu de la législation actuelle, vous devez payer de l'impôt sur le revenu à l'égard des primes et de la taxe de vente au détail (le cas échéant) que RBC paie pour vous fournir une protection en vertu du régime d'assurance vie de base. La somme imposable pour cette garantie est indiquée chaque année sur votre feuillet T4A.

Résidents du Québec : reportez-vous à la [page 38](#) pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le traitement fiscal.

### Prestations de survivant

Les garanties de soins de santé du *Programme d'avantages sociaux des retraités* (soins médicaux complémentaires, urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage, médicaments sur ordonnance et soins dentaires) prévoient les prestations de survivant suivantes.

Si, à la date de votre décès, vous participiez au *Programme d'avantages sociaux des retraités* :

- votre *conjoint* survivant, s'il est déjà couvert en vertu du programme, demeurera admissible à ces garanties; et
- vos *enfants à charge* survivants, s'ils sont déjà couverts en vertu du programme, demeureront admissibles à ces garanties jusqu'à ce qu'ils ne soient plus considérés comme des enfants à charge (voir la [page 36](#) pour la définition d'*enfant à charge*).

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, voir la [page 38](#).

### Cessation de la garantie

En vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, votre protection en vertu des régimes de soins de santé prendra fin à la première des dates suivantes :

- la date où vous résiliez votre protection sans possibilité de remise en vigueur; ou
- la date de votre décès.

La protection de votre *conjoint* (s'il est couvert) prendra fin à son décès. Celle des enfants admissibles se terminera lorsque ceux-ci ne sont plus considérés comme étant des *enfants à charge*.

La protection en cas d'urgence hors du pays/de la province et l'assistance-voyage prendra fin à la première des dates suivantes :

- la fin du 31<sup>e</sup> jour d'un voyage à l'extérieur de la province/du pays. Si vous êtes hospitalisé pendant votre voyage, ce qui entraîne un délai au-delà de 31 jours, votre couverture s'étend automatiquement pendant la période d'hospitalisation et jusqu'à cinq jours supplémentaires après la sortie;
- le jour de votre retour à votre province de résidence après un voyage;
- la date où vous n'êtes plus admissible à la protection; ou
- la date de résiliation de votre protection en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie.

Si votre protection prend fin, vous avez intérêt à communiquer avec [RBC Assurances](#) ou avec la [Sun Life](#) pour voir quelles polices individuelles sont à votre disposition.

### Modification et résiliation

RBC et ses filiales se réservent le droit unilatéral de modifier ou de résilier les contrats ou les documents relatifs aux politiques en tout temps, et elles pourraient être tenues de le faire en raison de changements apportés à la législation. RBC se réserve aussi le droit de modifier en tout temps les modalités des diverses garanties, ainsi que le montant des primes facturées aux individus.

## VOS OPTIONS DE SOINS DE SANTÉ

Le Programme d'avantages sociaux des retraités offre deux choix de garanties, comme suit :

- **De base** (Retraité seul)
- **Étendue** (Retraité seul ou retraité plus personne(s) à charge)

L'option choisie s'applique à toutes les garanties : soins médicaux, urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage, médicaments sur ordonnance et soins dentaires.

### SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des dépenses admissibles qui seront couvertes, selon le taux de remboursement établi, en vertu de l'option de soins de santé choisie. Ces dépenses sont admissibles pourvu qu'elles soient :

- médicalement nécessaires,
- *raisonnables et habituelles*,
- recommandées par un médecin qualifié; et
- couvertes en vertu de l'option choisie.

#### Montants raisonnables et habituels

Le programme vous remboursera le coût des services ou fournitures admissibles, jusqu'à concurrence des *montants raisonnables et habituels* au moment de l'achat, lesquels tiennent compte des limites de fréquence et du montant exigé dans la province où vous résidez. Le programme ne remboursera aucun frais qui excède ces *montants raisonnables et habituels*. Pour connaître les *montants raisonnables et habituels actuels*, veuillez communiquer avec la **Sun Life** au **1-800-305-5905**.

Soins médicaux complémentaires		
Votre protection	De base	Étendue
<b>Niveau de remboursement</b> (à moins d'indication contraire)	70 %	80 %
<b>Hôpital</b>	Couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie et le coût d'une chambre à un ou deux lits dans un <i>hôpital</i> du Canada. La protection est offerte à compter du premier jour de la période d' <i>hospitalisation</i> . Sous l'option <i>De base</i> , les frais sont remboursés à 70 %; ils sont remboursés à 90 % sous l'option <i>Étendue</i> . Les dépenses sont admissibles si l' <i>hospitalisation</i> est médicalement nécessaire. Si vous ne devez plus être <i>hospitalisé</i> , mais que vous avez besoin d'autres niveaux de soins, ces frais ne sont pas admissibles en vertu du régime d'assurance-maladie provincial, ni du régime de RBC. Les autres niveaux de soins sont prodigués aux patients placés dans une unité de soins chroniques en attendant d'obtenir une chambre dans un <i>foyer de soins infirmiers</i> (ou de retourner à la maison pour être pris en charge par des membres de la famille).	
<b>Soins infirmiers privés</b>	Remboursement de 70 % en vertu des options <i>De base</i> et <i>Étendue</i> , jusqu'à concurrence de 1 440 heures par état d'incapacité, par personne, pour les soins fournis à domicile (sauf les soins de garde) par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire titulaire d'un permis provincial, qui n'est pas un membre de votre famille et qui n'habite pas normalement à votre domicile. La protection est offerte sous réserve de la recommandation écrite d'un médecin. La nécessité médicale doit être établie à la satisfaction de l'administrateur du régime; aucune prestation n'est payable si les soins sont prodigués dans un <i>hôpital</i> .	

Votre protection	De base	Étendue
<b>Maison de convalescence, de soins de longue durée ou de soins infirmiers</b>	Remboursement pour l'hébergement dans une chambre à deux lits au sein d'une <i>maison de convalescence</i> ou de <i>soins infirmiers</i> qualifiée pendant une période payable combinée de 180 jours pour toutes les périodes de maladies attribuables à la même cause ou à une cause connexe. Une telle hospitalisation doit être recommandée par le médecin traitant et avoir pour but la réadaptation, et non principalement les soins de garde. Les soins de garde sont de nature non médicale et signifient que vous avez besoin d'aide avec des activités de la vie quotidienne, comme vous habiller, prendre votre bain ou aller à la toilette.	
<b>Ambulance</b>	Remboursement pour le recours à une ambulance autorisée pour le transport vers l'hôpital ou en provenance de celui-ci dans la province de résidence de la personne assurée. Seuls les frais qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie seront remboursés.	
<b>Perruques</b>	200 \$ par personne au cours de toute période de deux années consécutives (de 12 mois pour l'option Étendue) lorsque la perte des cheveux est attribuable à des causes anormales, comme la chimiothérapie (inclut l'alopecie).	
<b>Prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux</b>	Jusqu'à trois soutiens-gorge pour un maximum combiné de 1 000 \$ par personne, par <i>année d'assurance</i> pour les soutiens-gorge requis à la suite d'une chirurgie.	
<b>Chaussures orthopédiques et semelles orthopédiques</b>	Pas couvert	Jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de 200 \$ par personne, par <i>année d'assurance</i> , pour les chaussures ou semelles orthopédiques fabriquées sur mesure ou les modifications qui y sont apportées, lorsque ces chaussures ou semelles orthopédiques sont prescrites par un médecin, un podiatre ou un podologue.
<b>Accident dentaire</b>	Remboursement des dépenses admissibles pour les services dentaires engagées pour réparer des dommages infligés accidentellement aux dents naturelles. Le traitement doit être administré dans les 12 mois suivant l'accident. Le régime ne couvre aucun montant supérieur à celui indiqué dans le Guide des honoraires des généralistes de votre province de résidence. Il doit s'agir du guide courant à la date du traitement.	
<b>Thérapeute visuel</b>	500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services d'un thérapeute visuel. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un médecin vous dirige vers ces services.	
<b>Orthophoniste</b>	500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services d'un orthophoniste qualifié agréé. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un médecin vous dirige vers ces services.	
<b>Psychologue</b>	500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services d'un psychologue qualifié agréé, y compris les tests initiaux. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un médecin vous dirige vers ces services.	
<b>Physiothérapeute</b>	Services d'un physiothérapeute qualifié agréé. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un <i>médecin qualifié</i> vous dirige vers ces services.	
<b>Soins paramédicaux (autres que ceux d'un physiothérapeute, d'un psychologue et d'un thérapeute visuel)</b>	Prestations combinées de 500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de naturopathes, de podiatres, de podologues, d'acupuncteurs, de massothérapeutes, d'orthothérapeutes, d'ergothérapeutes, y compris les radiographies à des fins diagnostiques. Pour être admissibles, les soins paramédicaux doivent être prodigués par un praticien autorisé. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un médecin vous dirige vers ces services. Seuls les frais qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie seront remboursés.	
<b>Prothèses auditives, embouts auriculaires,</b>	Jusqu'à 1 500 \$ par oreille tous les 48 mois. Les remboursements sont assujettis au <i>montant raisonnable et habituel</i> en vigueur au moment où la dépense est	

Votre protection	De base	Étendue
<b>appareils cochléaires et piles d'appareils auditifs</b>	engagée, pourvu que l'appareil soit prescrit par un oto-rhino-laryngologiste. Il importe de noter qu'une demande de règlement liée aux prothèses auditives sera évaluée en fonction de la date d'achat, et non de la date de l'examen, de l'ordonnance ou de votre demande de règlement.	
<b>Soins de la vue (y compris les lentilles intraoculaires)</b>	Pas couvert	150 \$ tous les 24 mois; 150 \$ tous les 12 mois pour les enfants de 16 ans et moins; l'ordonnance doit être fournie par écrit par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé.
<b>Examens de la vue</b>	Pas couvert	Une fois tous les 12 mois lorsque ce service n'est pas fourni par le régime provincial d'assurance-maladie.
<b>Équipement et fournitures médicaux</b>	<p>Couvrir les frais suivants (sans s'y restreindre), sous réserve de la recommandation écrite d'un médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La location d'un lit d'hôpital ou d'une autre pièce d'équipement durable (ou leur achat au gré de la Sun Life) pour un usage thérapeutique temporaire, les plâtres, les attelles, les bandages herniaires, les appareils orthopédiques et les béquilles, ainsi que l'installation initiale ou le remplacement de membres ou d'yeux artificiels pour compenser la perte des membres naturels ou des yeux, exclusion faite des appareils myoélectriques. La taxe de vente et les frais de livraison font partie des dépenses admissibles.</li> <li>• Fauteuils roulants (location ou achat). La couverture est limitée à l'utilisation d'un fauteuil manuel, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil électrique. Le régime rembourse les frais <i>raisonnables et habituels</i> en vigueur au moment de l'achat. Il est recommandé d'obtenir l'accord préalable de l'administrateur, la Sun Life.</li> <li>• Les frais relatifs à la location d'un dextromètre, d'un glucomètre ou d'un appareil Medi-jector (ou leur achat au gré de la Sun Life) fourni seulement aux personnes diabétiques insulino-dépendantes qui ont de la difficulté à contrôler leur glycémie à l'aide des méthodes conventionnelles et si un spécialiste en médecine interne ou un diabétologue le recommande par écrit. Les frais de réparation ou de remplacement d'un dextromètre ou d'un glucomètre médicalement nécessaire sont couverts, pourvu que cinq années se soient écoulées depuis l'acquisition de l'appareil.</li> <li>• Les frais relatifs à un appareil et à un masque CPAP (ventilation spontanée en pression positive continue).</li> </ul>	
<b>Tests diagnostiques et radiographies</b>	<p>Couvrir les tests de laboratoire et les services diagnostiques offerts dans un laboratoire commercial, pourvu que ces frais ne soient pas couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie. La garantie comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les tests sanguins et plasma sanguin;</li> <li>• les échographies (par exemple, ultrasonographie) pour une raison autre que la grossesse;</li> <li>• les radiographies; et</li> <li>• les thermogrammes et les mammographies, exclusion faite des tests subis dans le bureau d'un <i>médecin qualifié</i> ou dans une pharmacie.</li> </ul>	
<b>Oxygène</b>	L'apport en oxygène et la location de l'équipement.	
<b>Bonnets couvre-moignon</b>	Maximum de cinq paires par personne, par <i>année d'assurance</i> .	
<b>Bas de soutien élastiques</b>	Couvrir les bas de soutien élastiques, y compris les bas de contention à compression graduée, en fonction du <i>montant raisonnable et habituel</i> en vigueur au moment de l'achat.	

Votre protection	De base	Étendue
<b>Équipement pour soins à domicile/ Équipement d'aide à vivre</b>	Pas couvert	Les frais relatifs à l'équipement pour soins à domicile médicalement nécessaire sont remboursés à 50 %, avec un maximum viager de 1 000 \$ par personne, sous réserve de la recommandation écrite d'un <i>médecin qualifié</i> . Consultez la Sun Life pour plus de détails et pour obtenir une approbation préalable. Les articles considérés comme étant admissibles au remboursement sont : les articles de sécurité pour la salle de bain (pour les personnes handicapées) et les rampes d'accès pour fauteuils roulants. Les articles tels que les filtres à air pour les appareils de chauffage et les appuis de dossier Obus Forme ne sont pas admissibles.

### Ce qui n'est pas couvert

Peu importe l'option choisie, la garantie soins médicaux complémentaires du *Programme d'avantages sociaux des retraités* ne verse aucune prestation et n'accepte aucune responsabilité à l'égard des demandes de règlement relatives :

- aux services ou fournitures payables ou offerts (indépendamment de toute liste d'attente) en vertu d'un régime ou programme d'État, sauf ceux qui sont décrits ci-dessous dans la section Intégration avec les programmes gouvernementaux;
- à la portion des frais qui est couverte en vertu de votre régime provincial d'assurance-maladie. Les demandes de règlement relatives à ces services peuvent être présentées seulement si le régime provincial a versé la prestation annuelle maximale prévue par ce régime;
- aux frais résultant d'une blessure ou d'une maladie pour laquelle une indemnisation est accordée en vertu d'une *loi sur les accidents du travail*, d'une *loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* ou d'une loi de même nature;
- à tous les services ou fournitures qui ne servent pas habituellement à traiter une maladie, y compris les traitements expérimentaux;
- aux frais dépassant ce qui est considéré comme étant *raisonnable et habituel*;
- aux frais que vous n'êtes pas légalement obligé de payer;
- Les services et fournitures qui n'auraient pas été facturés en l'absence de cette couverture (c'est-à-dire les services fournis par un membre de la famille).
- à une maladie ou une blessure résultant :
  - d'un acte illégal ou d'une tentative de le commettre;
  - d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non); ou
  - de la participation à une émeute, à un soulèvement populaire ou à tout autre acte d'agression;
- aux frais facturés par un médecin pour le temps de parcours, les rendez-vous annulés, les conseils prodigués au téléphone, les formulaires à remplir ou la rédaction de lettres;
- aux frais liés à des appareils que l'administrateur considère comme étant non admissibles, tels que les pompes à insuline.

### **Intégration avec les programmes gouvernementaux**

Les sommes payables au titre de la garantie de soins médicaux complémentaires seront intégrées à celles qui sont payables ou offertes en vertu du régime ou programme gouvernemental (le programme gouvernemental).

Les dépenses couvertes en vertu de ce programme correspondent à la portion qui n'est pas payable ou offerte au titre du programme gouvernemental, peu importe :

- si vous avez ou non présenté une demande au programme gouvernemental;
- si votre protection en vertu du présent régime influence votre admissibilité aux prestations gouvernementales; ou
- l'existence de listes d'attentes.

## URGENCES MÉDICALES HORS DE LA PROVINCE/DU PAYS ET SERVICE D'ASSISTANCE-VOYAGE

Les options *De base* et *Étendue* du Programme d'avantages sociaux des retraités prévoient une protection pour les urgences médicales hors de la province/du pays, ainsi qu'un service d'assistance-voyage. Cette garantie comporte à la fois une assistance et une protection financière dans le cas d'une **urgence médicale** qui survient pendant les *31 premiers jours* d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence. Si vous avez choisi la garantie *Étendue* pour le *retraité et les personnes à charge*, votre *conjoint* et vos *personnes à charge admissibles* seront également admissibles à cette garantie.

Urgences médicales hors de la province/du pays et service d'assistance-voyage		
Votre protection	<i>De base</i>	<i>Étendue</i>
Protection pendant les 31 premiers jours d'un voyage	100 %	100 %

Une **urgence médicale** est une blessure soudaine et imprévue ou un épisode aigu d'une maladie qui débute pendant l'*année d'assurance* et qui entraîne un état médical exigeant un traitement immédiat de la part d'un *médecin qualifié* ou une hospitalisation immédiate.

Si vous voyagez à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, il est recommandé d'obtenir, avant votre voyage, vous obtenez la carte Portefeuille de Voyage Assistance afin de faciliter l'accès à Allianz Global Assistance en cas d'urgence.

### Dépenses admissibles

Le régime rembourse les dépenses *raisonnables et habituels* qui excèdent le montant couvert par votre régime provincial d'assurance-maladie ou toute autre source de protection comparable pour :

- l'hébergement et les repas à l'hôpital dans une salle commune ou une chambre à deux lits;
- les services et les fournitures hospitaliers;
- les services d'un *médecin qualifié*;
- les services diagnostiques;
- les services en consultation externe;
- le transport par ambulance terrestre vers un hôpital ou en provenance de celui-ci, lorsque ce transport est médicalement nécessaire; et
- le transport par ambulance aérienne lorsque ce transport est médicalement nécessaire et approuvé au préalable par Allianz Global Assistance

### État médical

Un **état médical** est une blessure corporelle accidentelle ou une maladie (ou un état lié à cette blessure ou maladie), y compris un état pathologique, une psychose aiguë et les complications d'une grossesse survenant au cours des 31 premières semaines de la grossesse.

La garantie rembourse 100 % des dépenses admissibles qui ne sont pas couvertes par votre régime provincial d'assurance-maladie ou d'autres sources de protection comparables. Dans tous les cas, le traitement doit découler d'une **urgence médicale** qui survient pendant que vous ou les membres couverts de votre famille séjournent temporairement hors de votre province de résidence ou du Canada et ce, dans les 31 premiers jours de votre départ.

### Assistance-voyage et aide aux réclamations

La garantie prévoit une protection contre les urgences médicales et une aide aux prestataires par le biais d'un réseau mondial de communication qui est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Ce réseau localise les services médicaux et obtient l'approbation de l'assureur pour les services couverts.

Si vous, votre *conjoint* ou vos *personnes à charge admissibles* subissez une **urgence médicale** imprévue en voyage qui exige des traitements immédiats, communiquez avec Allianz Global Assistance avant d'obtenir des soins médicaux, dans la mesure du possible, à l'un des numéros suivants :

- Canada et États-Unis : **1 866 496-5254** (sans frais)
- Reste du monde : **1 905 816-1202** (frais virés)
- Télécopieur : 1 905 813-4719 (extérieur de l'Amérique du Nord)
- Télécopieur : 1 888 298-6340 (sans frais en Amérique du Nord)

## Carte d'assistance-voyage

Vous trouverez une carte d'assistance-voyage à [la page 40](#). Cette carte porte les numéros de téléphone susmentionnés.

### Services d'assistance de nature médicale

Allianz Global Assistance fournit d'importants services médicaux :

- Une réponse aux urgences en plusieurs langues.
- Le renvoi vers un établissement médical accrédité.
- La prise d'arrangements, lorsque cela est possible, afin de régler directement au fournisseur les dépenses *raisonnables et habituelles* engagées pour le traitement d'une **urgence médicale** imprévue et non couvertes par votre régime provincial d'assurance-maladie. La garantie comprend :
  - l'hébergement et les repas à l'hôpital dans une salle commune ou une chambre à deux lits;
  - les services et les fournitures hospitaliers;
  - le diagnostic et le traitement par un médecin qualifié;
  - les services en consultation externe; et
  - la prise d'arrangement pour la facturation du traitement médical.
- Le transport d'urgence vers un établissement équipé pour fournir le traitement nécessaire.
- Les communications avec votre famille, votre employeur ou votre médecin de famille pour les tenir au courant de la situation.
- Le suivi du traitement médical auprès des spécialistes médicaux affectés à votre cas.

### Services d'assistance de nature non médicale

La garantie couvre aussi plusieurs services de nature non médicale :

- Une allocation de subsistance pour la personne couverte qui prévoit le remboursement des frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, les frais d'appels téléphoniques essentiels et les frais de transport en taxi si le médecin recommande :
  - que la personne couverte, ou son compagnon de voyage (si cette personne est couverte en vertu de la garantie), soient transportés ailleurs pour recevoir des soins médicaux; ou
  - que la personne couverte retarde son retour afin de recevoir un traitement pour une des urgences couvertes par la présente garantie. Les prestations peuvent atteindre 150 \$CA par jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 500 \$CA par famille, et elles sont assujetties à l'approbation préalable d'Allianz Global Assistance
- Le transport de retour (en classe économique) pour les enfants laissés sans surveillance en raison du décès ou de l'hospitalisation d'une personne couverte. Au besoin, une personne qualifiée les accompagnera.
- Le transport (en classe économique) pour un membre de la famille afin de rejoindre une personne couverte qui, alors qu'elle voyageait seule, a été hospitalisée pendant plus de quatre jours consécutifs. Seul un membre de la famille qui est assuré en vertu de la présente garantie peut obtenir ce transport.
- Le coût additionnel d'un billet de retour à la maison en classe économique pour les personnes couvertes qui ratent leur vol initial en raison d'un accident ou d'une maladie.

#### Assurance voyage frais médicaux

Comme source additionnelle de protection financière pour votre famille, vous et les membres de votre famille immédiate ont droit à des tarifs réduits d'assurance voyage frais médicaux de la part de **RBC Assurances**.

Pour les options de soins de santé *De base et Étendue*, qui prévoient une protection contre les urgences médicales hors de la province/du pays et une assistance-voyage pendant les 31 premiers jours d'un voyage, vous pouvez souscrire une protection additionnelle pour la période ultérieure au 31 premiers jours. La protection doit être en vigueur avant votre voyage.

Vous pouvez demander :

- une assurance voyage unique pour un voyage d'une durée maximale de 183 jours; ou
- une protection annuelle pour voyages multiples allant jusqu'à 365 jours.

Pour obtenir une telle protection ou plus de renseignements, appelez **RBC Assurances** au **1 800 769-2528**. Vous trouverez la liste complète des centres de service de RBC Assurances à : [www.rbcassurances.com/particuliers.html](http://www.rbcassurances.com/particuliers.html).

- Si la personne couverte n'est pas en mesure de conduire à cause d'une **urgence médicale**, et que personne d'autre n'est en mesure de le faire, la garantie versera jusqu'à 1 000 \$ CA pour le retour du véhicule de la personne couverte à son domicile ou à l'agence de location la plus proche.
- En cas de décès, la préparation de la dépouille de la personne couverte, jusqu'à concurrence de 3 500 \$ CA, et le transport vers sa ville de résidence au Canada. La protection n'inclut pas le coût d'incinérer ou d'enterrer la dépouille.

### Ce qui n'est pas couvert

Les dépenses suivantes ne sont pas couvertes :

- Les blessures ou maladies qui surviennent après le 31<sup>e</sup> jour d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.
- Le traitement pour un **état médical** :
  - qui n'est pas considérée comme une **urgence médicale**;
  - pour laquelle il était raisonnable de s'attendre, avant le début de votre voyage, à ce qu'une personne couverte nécessite des soins médicaux ou une hospitalisation pendant son voyage;
  - qui, avant le début de votre voyage, avait été identifié comme exigeant des soins immédiats ou une investigation ou un traitement plus poussé, autre qu'un suivi de routine;
  - qui continue ou récidive après qu'on vous a avisé de retourner à la maison ou transféré à un établissement médical différent.
- Les demandes découlant d'une grossesse ou de la naissance d'un enfant après la 31<sup>e</sup> semaine de grossesse (y compris les soins prodigués à l'enfant né au cours du voyage).
- Les frais de traitement imposés si vous êtes médicalement en mesure de retourner à la maison ou d'être transféré dans une institution médicale faisant partie du réseau d'Allianz Global Assistance
- Les frais relatifs à une investigation ou une chirurgie invasive ou agressive qui n'a pas été autorisée au préalable par Allianz Global Assistance
- Une maladie ou une blessure résultant :
  - d'une blessure ou maladie auto-infligée intentionnellement;
  - d'un acte illégal ou d'une tentative de le commettre;
  - d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non);
  - de la participation à une émeute, à un soulèvement populaire ou à tout autre acte d'agression;
  - de toute occupation ou emploi rémunéré autre qu'auprès de RBC;
  - d'un accident en conduisant un véhicule, un navire ou un aéronef alors que vous étiez sous l'influence de drogues ou de l'alcool;
  - de tout état pathologique résultant de ou associé de quelque façon que ce soit à l'usage chronique de l'alcool ou de drogues avant ou pendant votre voyage;
  - de tout état pathologique résultant de ou associé de quelque façon que ce soit à l'abus d'alcool pendant votre voyage;
  - de tout état pathologique résultant de ou associé de quelque façon que ce soit à l'usage volontaire, durant votre voyage, de drogues illégales ou de médicaments d'ordonnance qui ne vous ont pas été prescrits; ou
  - de l'abus de médicaments ou du non-respect délibéré d'une thérapie ou d'un traitement médical prescrit par un médecin, avant ou pendant votre voyage.
- Tout traitement médical si vous vous êtes déplacé pour obtenir des traitements médicaux ou pour une consultation médicale.

### Cessation de la protection

Votre protection prend fin à la première des dates suivantes :

- la fin du 31<sup>e</sup> jour d'un voyage à l'extérieur de la province/du pays. Si vous êtes hospitalisé pendant votre voyage, ce qui entraîne un délai au-delà de 31 jours, votre couverture s'étend automatiquement pendant la période d'hospitalisation et jusqu'à cinq jours supplémentaires après la sortie;
- le jour de votre retour à votre province de résidence après un voyage;
- la date où vous n'êtes plus admissible à la protection; ou
- la date de résiliation de votre protection en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie.

## MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Les coûts liés aux médicaments sur ordonnance sont, en général, ceux qui sont les plus élevés pour les Canadiens et qui augmentent le plus rapidement. Le *Programme d'avantages sociaux des retraités* vous propose une gamme d'options de protection conçues pour répondre à vos besoins personnels et pour compléter la protection offerte par les régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Médicaments sur ordonnance		
Votre protection	De base	Étendue
Niveau de remboursement	70 % pour les médicaments figurant sur la Liste (A ou B) choisie	80 % pour les médicaments figurant sur la Liste (A ou B) choisie
Franchise annuelle	0 \$	0 \$

Les options *De base* et *Étendue* de la garantie médicaments sur ordonnance prévoient une protection en vertu de l'une des deux listes de médicaments.

La garantie de médicaments de RBC est basée sur une liste de médicaments gérée. La liste est gérée par le gestionnaire des régimes d'assurance médicaments de la Sun Life et sa composition peut évoluer. La liste est simplement une énumération des médicaments admissibles en vertu du régime. Les médicaments sont périodiquement passés en revue par des pharmaciens cliniques du gestionnaire de régimes d'assurance médicaments et par un comité composé de membres qui possèdent une expertise en pharmacie. Des médicaments peuvent être ajoutés ou retirés de la liste en fonction de leur efficacité, de leur innocuité et de leur rapport coût-efficacité. Le régime couvre le coût des médicaments les moins chers (génériques) le cas échéant. Les médicaments qui sont évalués favorablement sont ajoutés aux Formulaires A et B. Vous pouvez consulter ces listes de médicaments à [www.rbc.com/retraite](http://www.rbc.com/retraite).

### Remboursement en fonction du coût du médicament générique équivalent

La garantie de médicaments sur ordonnance comprend une disposition de *médicament générique équivalent*. Cela signifie que lorsqu'il existe un *médicament générique équivalent* à un médicament de marque, la garantie de médicaments sur ordonnance rembourse les médicaments admissibles jusqu'à concurrence du coût du *médicament générique équivalent*. Un *médicament générique équivalent* est un médicament qui comprend les mêmes ingrédients actifs, en fonction des mêmes doses, que le médicament de marque original, mais dont le coût est normalement inférieur vu qu'il n'est rattaché à aucune marque. Les équivalents génériques sont seulement mis en marché lorsque le brevet protégeant le médicament de marque vient à expiration.

Certaines restrictions et exceptions peuvent être applicables en vertu de cette disposition. Les dépenses excédant le prix de l'équivalent générique le moins cher ne sont pas couvertes à moins que le médecin n'ait spécifié par écrit qu'aucune substitution n'est permise.

### Carte de médicaments sur ordonnance

Une carte de médicaments est fournie pour les options *De base* et *Étendue*. Cette carte permet à votre pharmacien de vérifier votre couverture et de traiter votre demande de règlement à la pharmacie. Le pharmacien facture directement au régime toutes les dépenses remboursées admissibles. Vous payez seulement la partie des dépenses de médicaments qui ne sont pas couvertes ou entièrement couvertes.

Veillez noter que les frais de médicaments ne peuvent pas tous être traités à l'aide de votre carte. Pour soumettre une demande de règlement sur papier, vous devrez y indiquer le numéro de police (25108).

**Pour être admissibles au remboursement, les demandes doivent être présentées au cours de l'année suivant la date où les dépenses ont été engagées.**

## Dépenses admissibles

La garantie de médicaments sur ordonnance couvre certains médicaments prescrits par un médecin, un dentiste ou, s'il y a lieu en vertu des lois provinciales, d'autres spécialistes qualifiés de la santé. La garantie couvre le coût des médicaments sur ordonnance jusqu'à concurrence du montant facturé pour un *médicament générique équivalent*.

Pour être admissibles, les médicaments doivent :

- figurer sur la liste gérée de médicaments applicable (liste A ou B);
- être inscrit sur la liste fédérale ou provinciale de médicaments; et
- avoir un numéro d'identification du médicament (DIN) canadien.

Le paiement d'une dépense admissible se limite au coût d'un approvisionnement qui pourrait être raisonnablement consommé ou utilisé suivant la date de l'achat, dans les :

- 34 jours, pour les articles pouvant être achetés à l'aide de la carte de médicaments;
- 3 mois, pour les articles ne pouvant pas être achetés à l'aide de la carte de médicaments; ou
- 100 jours, selon les directives d'un médecin, pour les médicaments d'entretien.

Pour demander le remboursement d'un approvisionnement de 100 jours d'un médicament d'entretien, plutôt que pour les 34 jours habituels, visitez le site Web des retraités de RBC à [www.rbc.com/retraite](http://www.rbc.com/retraite) pour imprimer le formulaire *Programme de frais de médicaments sur ordonnance – Demande de considération d'un médicament d'entretien*.

Les médicaments suivants sont couverts en vertu des deux listes de médicaments et vous pouvez vous les procurer à l'aide de votre carte de médicaments :

- les médicaments figurant sur la liste fédérale ou provinciale des médicaments et dotés d'un numéro d'identification du médicament (DIN) qui exigent une ordonnance;
- les contraceptifs oraux;
- les médicaments pour la dysfonction sexuelle, jusqu'à concurrence de 1 200 \$ par personne, par *année d'assurance*;
- les seringues, aiguilles, lancettes et réactifs chimiques jetables utilisés pour le diabète;
- les médicaments, vitamines et extraits d'allergie injectables dotés d'un DIN (numéro d'identification du médicament);
- les appareils d'extension pour les médicaments absorbés par inhalation;
- les mélanges et les composés préparés extemporanément, dont au moins un des ingrédients est un médicament admissible en vertu de cette garantie; et
- les médicaments essentiels au maintien de la vie (comme l'insuline).

Les médicaments suivants sont couverts, mais vous ne pouvez pas les obtenir à l'aide de votre carte de médicaments :

- les sérums composés qui exigent une ordonnance;
- les injections pour varices, si elles sont médicalement nécessaires;
- les vaccins visant la prévention de maladies (pour les enfants à charge de 16 ans et moins);
- les diaphragmes, les dispositifs intra-utérins (DIU) et les implants contraceptifs;
- les fournitures pour colostomie; et
- les médicaments pour la perte de poids, pourvu :
  - qu'ils soient prescrits pour l'obésité ou le diabète de type 2;
  - que vous annexiez la recommandation écrite d'un médecin à votre demande de règlement; et;
  - que l'indice de masse corporelle (IMC) de la personne soit supérieur à 27 s'il y a des comorbidités ou supérieur à 30 s'il n'y en a pas.

### Listes de médicaments

Vous pouvez également passer en revue et comparer les listes A et B en vous rendant au site des participants de la Sun Life à [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca). Vous aurez besoin de votre code d'accès et de votre mot de passe. Si vous n'avez pas de code d'accès ou avez oublié votre code d'accès ou votre mot de passe, appelez le Service à la clientèle de la Financière Sun Life au **1 800 305-5905**.

### Résidents du Québec

En ce qui concerne les retraités du Québec, certains médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre (et certains suppléments alimentaires) sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), sauf si ces dépenses sont remboursées par un régime collectif. Par conséquent, le *Programme d'avantages sociaux des retraités* est tenu de rembourser ces dépenses. Ces dépenses peuvent être soumises à la Sun Life à des fins d'approbation et de remboursement jusqu'à concurrence du niveau de remboursement de la RAMQ.

De plus, si un médicament générique est substitué et que vous prenez un médicament de marque figurant sur la liste de la RAMQ (lorsqu'un médicament générique existe), le niveau de remboursement est ramené à celui de la RAMQ, qui est ajusté chaque année.

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, voir la [page 38](#).

### Les programmes spéciaux d'assurance médicaments des provinces sont intégrés

Certaines provinces offrent des programmes axés sur des maladies spécifiques qui remboursent les médicaments au-delà de la protection offerte en vertu de leur programme d'assurance médicaments de base. Pour vous aider à obtenir la couverture à laquelle vous avez droit, la Sun Life a amélioré le processus lié aux demandes de règlement pour médicaments. Ce processus veillera à faire en sorte que vous bénéficiiez de ces programmes provinciaux si vous y êtes admissible, tout en gérant les coûts futurs de notre régime d'assurance médicament. Sun Life vous aidera à présenter des demandes de règlement si vous êtes admissible à une protection provinciale spéciale.

La Sun Life entame le processus. Si vous présentez une demande de règlement pour un médicament admissible, vous recevrez une lettre de la Sun Life vous informant que vous êtes peut-être admissible à un programme provincial et que vous devez présenter une demande. Cette lettre renfermera des instructions sur le processus de demande.

### Ce qui n'est pas couvert

- Les médicaments en vente libre ou ne nécessitant pas d'ordonnance (sauf les médicaments nécessaires au maintien de la vie approuvés par l'administrateur du régime).
- Tout médicament ou produit n'ayant pas de numéro d'identification de drogue (DIN).
- Les médicaments brevetés ayant un numéro grand public selon le Titre 10 du Règlement en vertu de la *Loi sur les aliments et drogues du Canada*.
- Les préparations homéopathiques.
- Les médicaments et les traitements, et tout service et toute fourniture liés à l'administration du médicament ou du traitement, qui sont administrés dans un *hôpital*, que la personne y soit admise ou non, ou dans une clinique ou installation de traitement financée par l'État.
- Le coût de donner des injections, des sérums et des vaccins.
- Les médicaments obtenus directement d'un médecin ou d'un dentiste.
- Les produits pour stimuler la pousse de cheveux.
- Les vaccins d'immunisation ou les anatoxines préventives (sauf pour les *enfants admissibles* de 16 ans et moins).
- Les extraits d'allergie préparés dans un laboratoire et non dotés d'un DIN.
- Les produits considérés comme étant esthétiques, comme les minoxidils topiques ou les écrans solaires (y compris ceux exigeant une ordonnance), que ces produits soient prescrits ou non pour des raisons médicales.
- Les produits contenant des résines de nicotine pour aider une personne à abandonner le tabac, que ce produit exige une ordonnance ou non.
- Les produits naturels, qu'ils détiennent ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- Les condoms ou les applications contraceptives (par exemple crèmes, mousses, éponges, suppositoires, timbres, etc.), qu'ils soient prescrits ou non pour des raisons médicales.
- Les vitamines et les minéraux oraux, les suppléments alimentaires, les préparations pour nourrissons ou les solutions de nutrition parentérale totale (NPT) injectables, que ces produits soient ou non prescrits pour des raisons médicales, sauf si la loi fédérale ou provinciale exige une prescription pour leur vente.

- Les nébuliseurs, les appareils prosthétiques, les troussees ou l'équipement de premiers soins, l'équipement électronique de surveillance ou de mise à l'essai des diagnostics, les appareils de fourniture en insuline réutilisables, et les dispositifs à ressort de rappel pour tenir des lancettes, de l'alcool, des tampons d'alcool, des désinfectants, du coton, des bandages, ou les fournitures et accessoires requis pour les appareils susmentionnés.
- Relaxants musculaires ne nécessitant pas d'ordonnance.
- Frais couverts par tout régime provincial.
- Les frais liés à une maladie ou à une blessure qui découle :
  - d'un acte illégal ou d'une tentative de le commettre;
  - d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non);
  - de la participation à une émeute, à un soulèvement populaire ou à tout autre acte d'agression;
  - de toute occupation ou emploi rémunéré.

**Note : Cette liste n'est pas exhaustive. Si vous désirez savoir si une dépense non indiquée est couverte, veuillez appeler la Sun Life au 1 800 305-5905.**

## SOINS DENTAIRES

La garantie soins dentaires du *Programme d'avantages sociaux des retraités* prévoit des prestations pour une gamme de procédures de prévention, de routine et de restauration en vertu des options *De base* et *Étendue*.

Soins dentaires		
Votre protection	<i>De base</i>	<i>Étendue</i>
<b>Services de base et de prévention</b>	<p>Remboursement de 70 % pour les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jusqu'à deux examens buccaux de rappel par personne, par <i>année d'assurance</i>, y compris le nettoyage des dents;</li> <li>• jusqu'à deux examens buccaux complets et un examen spécialisé par personne par <i>année d'assurance</i>.</li> <li>• jusqu'à deux traitements au fluorure par personne, par <i>année d'assurance</i>;</li> <li>• un polissage des dents jusqu'à deux fois par <i>année d'assurance</i>;</li> <li>• le détartrage de routine (par un hygiéniste dentaire autorisé);</li> <li>• les radiographies;</li> <li>• une série complète de radiographies ou une radiographie panoramique tous les 36 mois;</li> <li>• les tests et les examens de laboratoire relatifs aux services de base;</li> <li>• les obturations (en amalgame ou en composite);</li> <li>• les extractions;</li> <li>• les dispositifs de maintien d'espace;</li> <li>• les scellants de puits et de fissures;</li> <li>• la réparation, regarnissage ou le rebasage des prothèses dentaires (par un denturologiste, un technicien ou un mécanicien-dentiste autorisé);</li> <li>• les chirurgies buccales, y compris l'extraction de dents de sagesse incluses;</li> <li>• les instructions d'hygiène buccale, limitées à une fois par <i>année d'assurance</i>;</li> <li>• les consultations requises auprès d'un autre dentiste ou spécialiste;</li> <li>• les services d'urgence ou palliatifs; et</li> <li>• l'extraction des dents incluses et des anesthésies requises.</li> </ul>	<p>Remboursement de 80 % pour les services décrits sous l'option <i>De base</i>.</p>

Votre protection	De base	Étendue
<b>Soins endodontiques / parodontaux</b>	Aucun	Remboursement de 80 % pour les services suivants (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le <i>Guide des honoraires suggérés</i> ) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• le traitement de maladies parodontales ou d'autres maladies de la gencive ou des tissus de la bouche;</li> <li>• les traitements endodontiques, y compris les traitements radiculaires; et</li> <li>• les tests et examens de laboratoire relatifs aux services endodontiques et parodontaux.</li> </ul>
<b>Services de restauration majeure</b>	Aucun	Remboursement de 50 % pour les services suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la première mise en place, y compris l'ajustement, d'une prothèse dentaire partielle ou complète;</li> <li>• le remplacement d'une prothèse dentaire qui est en place depuis au moins cinq ans et qui ne peut être réparée;</li> <li>• l'ajout de dents à une prothèse dentaire déjà en place;</li> <li>• la première mise en place des incrustations, appositions et couronnes;</li> <li>• le remplacement des incrustations, appositions et couronnes qui sont en place depuis au moins cinq ans et qui ne peuvent être réparées;</li> <li>• la réparation et la recimentation d'un pont fixe;</li> <li>• la première installation d'un pont fixe;</li> <li>• le remplacement d'un pont fixe qui est en place depuis au moins cinq ans et qui ne peut être réparé; et</li> <li>• les tests et les examens de laboratoire relatifs aux services de restauration majeure.</li> </ul> <p>Les implants ne sont pas couverts. Cependant, en ce qui concerne les couronnes et les prothèses reliées à un implant, la garantie versera les prestations qui auraient été payables pour une couronne sur dent ou pour une prothèse non reliée à un implant, selon le cas. Les limitations qui auraient été applicables en l'absence d'implants seront prises en compte. Toutes les autres dépenses liées aux implants, y compris les frais chirurgicaux, ne sont pas couvertes.</p>

<b>Votre protection</b>	<b>De base</b>	<b>Étendue</b>
<b>Orthodontie</b>	Aucun	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 000 \$ par personne pour le traitement et les appareils orthodontiques (comme les appareils utilisés pour redresser des dents permanentes, rétablir des espaces, maintenir des espaces, corriger des occlusions croisées ou contrôler des habitudes buccales).
<b>Maximum annuel</b>	1 000 \$ par <i>année d'assurance</i> pour tous les services combinés	3 000 \$ par personne, par <i>année d'assurance</i> , pour tous les services y compris les soins orthodontiques.

Rappelez-vous que la garantie soins dentaires rembourse seulement les frais *habituels et raisonnables*, jusqu'à concurrence du moins élevé des frais suivants :

- les frais décrits dans le guide des honoraires des omnipraticiens qui est en vigueur à la date du traitement pour les services ou fournitures dentaires et a été approuvé par l'Association dentaire provinciale dans votre province de résidence; et
- les frais décrits dans le guide des honoraires des omnipraticiens qui a été approuvé par l'association dentaire de la province où le traitement est reçu; et
- les frais des services ou des fournitures les moins coûteux qui fournissent des soins dentaires adéquats.

Note : En Alberta, les dentistes généralistes n'adhèrent à aucun barème de frais. Les taux de remboursement des soins dentaires sont donc déterminés en fonction du barème de frais élaboré par l'assureur.

Les dépenses pour soins dentaires engagées à l'extérieur du Canada sont admissibles jusqu'à concurrence du moins élevé des montants suivants :

- le montant qui aurait été remboursé en vertu de la présente garantie si le traitement avait été reçu dans la province de résidence du retraité; ou
- dans la province où la police a été émise si le retraité ne réside pas au Canada.

### Ce qui n'est pas couvert

- Les fournitures généralement reliées au sport (par exemple les protecteurs buccaux).
- Les dépenses couvertes en vertu d'une autre garantie du *Programme d'avantages sociaux des retraités* (par exemple, les soins médicaux complémentaires) ou d'une autre police (par exemple un autre régime d'assurance collective).
- Les frais excédant les *montants raisonnables et habituels* pour le service ou produit alternatif le moins dispendieux conforme à la pratique courante des soins dentaires.
- Les services ou fournitures considérés par l'administrateur du régime comme étant déraisonnables selon les termes du contrat.
- Les dépenses que vous n'engageriez pas dans l'absence de cette protection.

### Guide des honoraires suggérés

Le guide des honoraires des généralistes qui est en vigueur à la date du traitement dentaire ou de l'obtention de fournitures dentaires et qui est approuvé par l'association dentaire de votre province. Lorsqu'un guide des honoraires n'est pas publié pour une année donnée, le terme « guide des honoraires » peut aussi désigner un guide des honoraires rajustés établi par la Sun Life.

### Plan de traitement

S'il est prévu que le coût d'un traitement en vertu de la garantie de soins dentaires dépassera 500 \$, vous devriez demander à votre dentiste de soumettre un plan de traitement à la Sun Life avant le début du traitement. Un plan de traitement est simplement une description de la procédure envisagée et de son coût.

En tant qu'administrateur du régime, la Sun Life passera en revue le plan de traitement et vous indiquera quelle portion des coûts (s'il y a lieu) sera couverte en vertu de l'option choisie. Cela vous permettra d'avoir une idée du remboursement anticipé, avant le début des traitements, pourvu que vous et vos *personnes à charge admissibles* y soient toujours admissibles lorsque ceux-ci ont lieu. Pour plus de renseignements, appelez le Service à la clientèle de la Sun Life au **1 800 305-5905** ou visitez le site Web des participants à [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca).

- Les soins dentaires de nature esthétique.
- Les services ou fournitures relatifs à l'implantologie.
- Les frais liés au traitement de l'articulation temporomandibulaire.
- Les frais pour un rendez-vous manqué, consultation ou rédaction de formulaires de demande de règlement.
- Les traitements expérimentaux.
- Les frais pour dentiers perdus ou volés.
- Les frais résultant :
  - d'un acte illégal ou d'une tentative de le commettre;
  - d'une insurrection ou d'une guerre (déclarée ou non);
  - de la participation à une émeute, à un soulèvement populaire ou à tout autre acte d'agression; ou
  - d'une blessure ou maladie résultant de toute occupation.

## ASSURANCE VIE DE BASE DES RETRAITÉS

Dans le cadre du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, RBC vous fournit une protection à la retraite selon le plus élevé des montants suivants :

- moins de 20 années de service total auprès de l'entreprise à la date de la retraite : 1 x votre base de protection à la retraite, jusqu'à concurrence de 25 000 \$; ou
- plus de 20 années de service total auprès de l'entreprise à la date de la retraite : 1 x votre base de protection à la retraite, jusqu'à concurrence de 25 000 \$, plus 50 % de votre base de protection qui excède 25 000 \$; ou
- si vous étiez au service de la Banque Royale au 31 décembre 1987 et que vous n'aviez subi aucune interruption de service après le 31 décembre 1987 : 1 x votre base de protection au 31 décembre 1987, jusqu'à concurrence de votre base de protection à la retraite.

Les prestations de l'assurance vie de base des retraités sont payables à votre *bénéficiaire* lors de votre décès, quelle qu'en soit la cause. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

## GARANTIES ADDITIONNELLES

### ASSURANCE VIE FACULTATIVE

L'assurance vie est une importante source de protection financière pour votre famille. Si, au moment de partir à la retraite, vos besoins d'assurance vie excédaient la garantie fournie en vertu du régime d'assurance vie de base des retraités, vous avez pu conserver votre garantie d'assurance vie facultative de l'employé pour vous, votre *conjoint* et vos *enfants à charge*, jusqu'à concurrence des limites indiquées ci-dessous.

La protection ne peut pas être augmentée après le début de la retraite ni après toute décision de la réduire. Cela dit, elle peut être réduite ou résiliée en tout temps après le début de la retraite en remplissant le formulaire *Assurance-vie et l'assurance-accidentels post-électorale formulaire de retraite*. Pour obtenir de l'aide, veuillez communiquer avec **Conseils RH Canada au 1-800-545-2555**.

Les protections d'assurance vie facultative suivantes sont offertes :

Assurance vie facultative
Continue d'offrir une protection d'assurance vie facultative pour vous ou votre <i>conjoint</i> et vos <i>enfants à charge</i> .
<b>Assurance vie facultative des retraités</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour les retraités de moins de 65 ans : La protection en vigueur à la retraite peut être maintenue au niveau existant ou réduite en multiples de 1 à 7 fois votre base de protection.</li><li>• Pour les retraités de 65 à 69 ans : la garantie maximale est ramenée à 100 % de votre <i>base de protection</i> à la retraite. La protection diminue le 1<sup>er</sup> mai suivant ou coïncidant avec votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.</li><li>• Pour les retraités de 70 ans et plus : la garantie maximale est ramenée à 50 % de votre <i>base de protection</i>. La protection diminue le 1<sup>er</sup> mai suivant ou coïncidant avec votre 70<sup>e</sup> anniversaire de naissance.</li></ul>
<b>Assurance vie facultative du conjoint</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour le <i>conjoint</i>, si le retraité à moins de 65 ans : la protection du conjoint demeure en vigueur au niveau actuel ou à un niveau réduit, jusqu'à concurrence d'un maximum de 90 000 \$.</li><li>• La protection est ramenée à 50 % de la protection antérieure du conjoint, jusqu'à concurrence d'un maximum de 45 000 \$, le 1<sup>er</sup> mai suivant ou coïncidant avec votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.</li></ul>
<b>Assurance vie facultative des enfants à charge</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une garantie de 10 000 \$ demeure en vigueur jusqu'à ce que les enfants ne soient plus à votre charge.</li></ul>

## Déduction des primes

Les primes de votre protection d'assurance vie facultative (employé, *conjoint* et *enfants à charge*) dépendent de votre âge et du montant de la garantie que vous choisissez. RBC se réserve le droit de modifier les primes en tout temps.

## Cessation de la garantie

L'assurance vie facultative des retraités prend fin à votre décès. La protection de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* prend fin lorsque la vôtre se termine, lorsque votre *conjoint* et vos *enfants à charge* ne sont plus admissibles en tant que *conjoint* ou qu'*enfant à charge* ou au décès de votre *conjoint* ou de vos *enfants à charge*, selon la première éventualité.

## ASSURANCE FACULTATIVE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS

Le *Programme d'avantages sociaux des retraités* offre une assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA), dont les primes sont à vos frais. L'assurance DMA représente une façon facile et abordable d'offrir à votre famille une protection financière additionnelle. Au moment de partir à la retraite, vous avez eu l'occasion de souscrire une assurance pour vous, votre *conjoint* et/ou vos *enfants à charge*. La protection de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* ne peut pas dépasser celle que vous souscrivez pour vous-même.

L'assurance DMA prévoit des prestations si vous subissez une blessure accidentelle décrite dans le tableau de pertes assurées ci-dessous. Cette perte doit :

- découler directement d'une blessure accidentelle;
- survenir dans les 365 jours suivant la date de la blessure accidentelle; et
- être totale et irréversible ou irrécouvrable.

<b>Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA)</b>
Continue d'offrir une protection en cas de blessure accidentelle subie par vous, votre <i>conjoint</i> ou vos <i>enfants à charge</i> , à condition d'être un résident du Canada.
<b>Assurance DMA des retraités</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour les retraités de moins de 65 ans : la protection en vigueur à la retraite peut être maintenue en vigueur ou réduite (en tranches de 50 000 \$) sous réserve d'un maximum de 500 000 \$.</li><li>• Pour les retraités de 65 à 69 ans : la garantie maximale est ramenée à 150 000 \$. La protection diminue le 1<sup>er</sup> mai suivant ou coïncidant avec votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.</li><li>• La garantie prend fin le 1<sup>er</sup> mai suivant/coïncidant avec votre 70<sup>e</sup> anniversaire.</li></ul>
<b>Assurance DMA du conjoint</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour le <i>conjoint</i>, si le retraité a moins de 65 ans : la protection demeure en vigueur en fonction du même montant ou d'un montant réduit (en tranches de 50 000 \$), jusqu'à concurrence de 500 000 \$ ou du montant de votre assurance DMA des retraités, selon le moins élevé des deux.</li><li>• Pour le <i>conjoint</i>, si le retraité a de 65 à 69 ans : la garantie maximale du conjoint est ramenée à 150 000 \$ ou au montant de l'assurance DMA des retraités, selon le moins élevé des deux. La protection diminue le 1<sup>er</sup> mai suivant ou coïncidant avec votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.</li><li>• La protection prend fin le 1<sup>er</sup> mai suivant/coïncidant avec votre 70<sup>e</sup> anniversaire.</li></ul>
<b>Assurance DMA des enfants à charge</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pour les retraités de moins de 65 ans : la protection demeure en vigueur en fonction du montant actuel ou d'un montant réduit (en tranches de 25 000 \$), jusqu'à concurrence de 100 000 \$ ou du montant de votre protection d'assurance DMA des retraités, selon le moins élevé des deux.</li><li>• La garantie prend fin le 1<sup>er</sup> mai suivant/coïncidant avec votre 70<sup>e</sup> anniversaire ans ou lorsque vos enfants ne sont plus à votre charge, selon la première éventualité.</li></ul>

## Capital assuré

Le montant de la protection que vous choisissez est appelé le *capital assuré*. Par exemple, si vous sélectionnez cinq unités de protection pour vous-même, votre *capital assuré* s'élèvera à 250 000 \$ (5 x 50 000 \$ = 250 000 \$). À l'exception des cas où l'accident occasionne une quadriplégie, une paraplégie ou une hémiplegie irréversible, la perte de la vue des deux yeux ou la perte de la parole et de l'ouïe (voir les sommes payables ci-dessous), les prestations maximales correspondent au montant du *capital assuré*.

## Déduction des primes

Les primes de votre protection d'assurance DMA dépendent de votre âge et du montant de la protection que vous choisissez. Celles de votre conjoint sont déterminées en fonction du montant de la protection du *conjoint* et de l'âge de ce dernier. RBC se réserve le droit de modifier les primes en tout temps.

## Sommes payables

Les sommes payables en vertu de cette garantie dépendront de la nature et de la gravité de la blessure. Le tableau ci-dessous fait état du pourcentage du *capital assuré* qui sera versé, selon la garantie et la blessure.

Perte couverte	% du capital assuré
La vie	100 %
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
Une main et un pied	100 %
Une main et la perte totale de la vue d'un œil	100 %
Un pied et la perte totale de la vue d'un œil	100 %
Un bras ou une jambe	100 %
Une main ou un pied	100 %
La perte totale de la vue d'un œil	100 %
L'usage d'une main	100 %
La parole	100 %
L'ouïe des deux oreilles	100 %
L'ouïe d'une oreille	50 %
Le pouce et un doigt de la même main	33⅓ %
Quatre doigts d'une main	33⅓ %
Tous les orteils du même pied	25 %
La parole et l'ouïe des deux oreilles	200 %
La perte totale de la vue des deux yeux	200 %
La quadriplégie (paralysie des quatre membres)	200 %
La paraplégie (paralysie de la partie inférieure du corps [y compris les intestins et la vessie] et des deux membres inférieurs en raison d'une blessure à la moelle épinière)	200 %
L'hémiplegie (paralysie d'un côté du corps)	200 %
Invalidité totale et permanente	100 %

<b>Perte signifie</b>	
Pour la main et le pied	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, mais en dessous de celle du coude ou du genou.
Pour le bras ou la jambe	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou.
Pour le pouce et les doigts	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de la griffe cubitale.
Pour le pouce et l'index	La disjonction complète entre le poignet et l'articulation interphalangienne et l'articulation interphalangienne proximale d'une main, respectivement.
Pour les orteils	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de l'articulation métatarsophalangienne.
Pour l'ouïe	Perte totale et irrécouvrable.
Pour la parole	Perte totale et irrécouvrable de la parole qui ne permet aucune communication audible, quel qu'en soit le degré.
Pour la vue	Perte totale et irrécouvrable de la vue d'un œil.
Pour une perte d'usage ininterrompue depuis pendant 12 mois à partir de la date de l'accident	Perte d'usage permanente, totale et irrécouvrable.
Pour la paralysie	Paralysie permanente et irréversible.

Une seule prestation – le montant le plus élevé – sera versée pour toutes les pertes relatives au même accident. Par exemple, si vous perdez en permanence l'usage d'un bras en raison d'une blessure, vous recevrez 100 % du *capital assuré*. Si, lors du *même accident*, vous perdez aussi tous les orteils d'un pied, vous ne pourrez pas présenter une deuxième demande en vue d'obtenir des prestations additionnelles.

### **Exposition aux éléments et disparition**

Si une personne subit une perte figurant dans le tableau des *pertes couvertes* ([voir page 27](#)) en raison d'une exposition inévitable aux éléments de la nature après que le moyen de transport dont elle était passagère coule, fait un atterrissage forcé ou est perdu, naufragé ou échoué, cette perte sera considérée comme ayant été causée par une blessure accidentelle. Une personne est réputée avoir trouvé la mort accidentellement si son corps est retrouvé dans les 365 jours suivant la date où le moyen de transport dont elle était passagère coule, fait un atterrissage forcé, ou est perdu, naufragé ou échoué.

### **Accident commun**

Si vous et votre *conjoint* décédez des suites directes d'un accident commun dans les 365 jours suivant celui-ci, le montant des prestations payables pour la mort de votre *conjoint* sera porté à celui des prestations payables pour votre décès, pourvu que la garantie du conjoint ait été en vigueur à la date de l'accident. Toutefois, en aucun cas, le montant payé pour la perte des deux vies ne peut excéder les prestations maximales combinées qui sont indiquées ci-dessus dans la section des pertes couvertes, soit 1 000 000 \$.

### **Invalidité totale et permanente**

Une invalidité totale et permanente est définie comme un état d'invalidité complet et continu en raison d'une blessure accidentelle qui est suffisamment grave, de l'opinion de l'assureur, pour empêcher en permanence la personne de travailler en échange d'un salaire ou d'un profit.

Un accident commun désigne le même accident ou des accidents distincts survenant au cours de la même période de 24 heures.

### **Invalidité totale et permanente**

Si, en raison directe d'une blessure accidentelle, une personne qui détient cette garantie subit une *invalidité totale et permanente*, l'assureur versera les prestations d'*invalidité totale et permanente* indiquées dans le barème des garanties collectives, pourvu :

1. que l'*invalidité totale et permanente* survienne dans les 365 jours suivant la date de la blessure accidentelle; et
2. que l'*invalidité totale et permanente* persiste depuis une période de 12 mois consécutifs et que la personne demeure invalide à la fin de cette période.

Les prestations sont payables à la personne en une somme forfaitaire unique.

### **Garanties additionnelles**

Outre les garanties mentionnées précédemment, l'assurance DMA prévoit une gamme d'autres garanties pour vous et les membres couverts de votre famille. Ces garanties avantageuses sont décrites ci-dessous :

#### **Réadaptation**

Si vous êtes blessé lors d'un accident, la garantie couvrira, au cours des trois années suivantes, les coûts raisonnables et nécessaires d'une formation afin d'exercer une profession dans laquelle vous ne vous seriez pas engagé autrement. Ces dépenses doivent être engagées dans les trois ans suivant l'accident et la prestation maximale s'élève à 10 000 \$. La garantie ne rembourse pas les frais du logement, de repas, de subsistance et de déplacement ni le coût des vêtements.

#### **Formation professionnelle du conjoint**

Si vous décédez des suites d'un accident, la garantie couvrira les frais raisonnables et nécessaires pour la formation professionnelle de votre *conjoint*, pourvu que votre *conjoint* soit couvert en vertu de la garantie. Le programme de formation doit avoir pour but d'aider votre *conjoint* à se qualifier pour un emploi dans un domaine où il n'aurait autrement pas les qualifications suffisantes. Ces dépenses doivent être engagées dans les trois ans suivant l'accident et la prestation maximale s'élève à 10 000 \$. La garantie ne rembourse pas les frais du logement, de repas, de subsistance et de déplacement ni le coût des vêtements.

#### **Garantie de rapatriement**

Si vous (ou un membre couvert de votre famille) décédez des suites d'un accident qui survient lorsque vous voyagez à une distance de 150 kilomètres ou plus de votre domicile, la garantie remboursera les frais liés à la préparation et le transport de la dépouille à la ville où vous habitez. La prestation maximale s'élève à 10 000 \$.

#### **Prestations d'éducation**

Si vous décédez, la garantie prévoit des prestations d'éducation spéciales pour vos *enfants à charge*. Il sera versé, pour la poursuite des études de tout enfant à charge, la somme de 5 000 \$ ou de 5 % du capital assuré, selon la moins élevée des deux, à l'intention de l'enfant à charge qui, à la date de l'accident :

- est inscrit à titre d'étudiant à plein temps dans une institution d'enseignement de niveau postsecondaire (au-delà des études secondaires); ou
- fréquente l'école secondaire, mais s'inscrit à plein temps dans une institution d'enseignement de niveau postsecondaire dans les 365 jours suivant la date de l'accident.

Les prestations d'éducation spéciales sont versées chaque année pendant un maximum de quatre années consécutives, mais seulement si l'*enfant à charge* poursuit ses études à plein temps dans une institution d'enseignement de niveau postsecondaire.

Si vos *enfants à charge* ne sont pas admissibles aux prestations d'éducation à la date de votre décès, une somme forfaitaire de 1 500 \$ sera versée à votre *bénéficiaire*.

### **Protection pour voyages aériens**

Les décès ou les lésions corporelles découlant directement d'un accident couvert lié aux voyages aériens sont couverts, pourvu que l'accident survienne pendant et en conséquence du fait de:

- monter ou de se déplacer, en tant que passager, pilote (à l'exclusion d'un élève pilote), conducteur ou membre de l'équipage; tout aéronef doté d'un certificat valable et courant en vigueur de navigabilité et piloté par une personne qui détient un permis valable et courant pour le faire (y compris tout aéronef de ce genre qui est détenu, exploité ou nolisé par l'employeur ou en son nom); et
- monter ou se déplacer à bord d'un aéronef exploité par les Forces armées canadiennes ou par un service militaire comparable dans un autre pays reconnu.

Le montant payable est assujéti à la protection maximale pour voyages aériens qui est indiquée dans la section des pertes couvertes ci-dessus. Le maximum correspond à 50 % des prestations payables en vertu de l'assurance DMA facultative de l'employé.

### **Ce qui n'est pas couvert**

Aucune prestation ne sera payable pour les pertes qui sont directement ou indirectement liées :

- à un suicide ou à une blessure auto-infligée, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- à une guerre, à une insurrection, aux actes d'hostilité de forces armées ou à la participation à une émeute ou à des mouvements populaires;
- à une infection (sauf l'infection pyogène d'une coupure ou blessure accidentelle), à une maladie ou à une invalidité corporelle ou mentale;
- au fait de monter ou de se déplacer à bord d'un aéronef dont vous êtes le pilote ou un membre de l'équipage, ou d'en descendre;
- à la commission ou tentative de commettre un crime ou un acte criminel; ou
- à des blessures subies au volant d'un véhicule automobile si la personne est sous l'influence d'une substance intoxicante ou si son sang contient plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang au moment de la blessure.

### **Non-dédoulement des dépenses**

Les dépenses qui sont admissibles en vertu de cette garantie et qui sont aussi payables, en totalité ou en partie, en vertu d'une autre garantie, d'une autre police ou d'un autre régime qui offre une protection comparable à celle de RBC, seront versées en premier en vertu de l'autre garantie, police ou régime. Les dépenses non-remboursées seront ensuite évaluées en vertu de la présente garantie, sous réserve de tout maximum indiqué.

Le montant total des remboursements versés par toutes les garanties ne peut pas excéder 100 % des dépenses admissibles engagées.

### **Cessation de la garantie**

La garantie DMA facultative prendra fin à votre 70<sup>e</sup> anniversaire ou à votre décès, selon la première éventualité. La protection de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* prendra fin lorsque votre protection prend fin, lorsque votre *conjoint* et vos *enfants à charge* ne sont plus considérés comme étant admissibles en tant que *conjoint* ou *enfant à charge* ou au décès de votre *conjoint* ou de vos *enfants à charge*, selon la première éventualité.

## CARREFOUR-RESSOURCES EMPLOYÉS

Le programme Carrefour-ressources Employés de RBC est un service confidentiel assuré par *TELUS Santé (anciennement par SynerVie)*. Ce n'est pas seulement une source de conseils; c'est une façon d'accéder à des renseignements susceptibles de vous aider au quotidien.

Le programme peut vous aider avec une variété de problèmes, y compris mais sans s'y restreindre :

- le bien-être émotionnel – relations, gestion du stress, dépression;
- les soins aux aînés – information sur la santé et les finances, soutien et dispense de soins;
- les finances personnelles – gestion du crédit et des dettes;
- la dépendance et la désintoxication – dépendance à l'alcool, aux drogues ou au jeu;
- la santé et le mieux-être – conseils gratuits en nutrition, conditionnement physique;
- les problèmes de tous les jours – améliorations domiciliaires, ressources communautaires; et
- les services juridiques – consultation avec des avocats, achat et vente d'une maison, planification successorale, préparation d'un testament.

Pour en savoir plus, composez le **1 800 667-3400** ou visitez le site Web [login.lifeworks.com](http://login.lifeworks.com), qui est disponible qu'en anglais.

- Code d'utilisateur : *rbcf*
- Mot de passe : *rbcfrencophone*

## PRÉSENTER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Vous et les membres de votre famille admissibles devez suivre les directives ci-dessous pour présenter une demande de règlement.

### Demandes en ligne

Vous pouvez soumettre en ligne vos demandes de règlement pour soins de la vue, pour certains services paramédicaux – comme la physiothérapie, la massothérapie, les services chiropratiques et autres – et pour soins dentaires par l'intermédiaire du processus électronique de la Sun Life. Vous n'avez pas besoin de remplir un formulaire papier – il suffit d'indiquer l'information en ligne.

Votre demande sera évaluée sur-le-champ et vous pourrez obtenir votre relevé immédiatement. Le paiement sera déposé dans votre compte dans un délai de 24 à 48 heures.

Pour soumettre en ligne une demande de règlement pour soins de la vue, services paramédicaux et soins dentaires :

1. Rendez-vous au [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca) et ouvrez une session à l'aide de votre code d'accès et de votre mot de passe.
2. Choisissez « *Remplir une demande de règlement* » sur la page d'**Accueil**, ou sélectionnez le type de demande sous « *Règlements* » dans la barre de menu bleue.
3. Vous serez guidés tout au long du processus de quelques étapes simples.

### Téléphones intelligents

Vous pouvez utiliser votre téléphone intelligent pour soumettre une demande de règlement pour médicament, services paramédicaux, soins de la vue et soins dentaires à l'aide de l'application gratuite de la Sun Life pour iPhone ma Sun Life mobile. Vous pouvez même utiliser votre téléphone intelligent comme carte de médicaments pour vérifier l'historique de vos demandes de règlement. Pour télécharger l'application gratuite et en savoir plus, les participants au régime peuvent se rendre sur le site [masunlife.ca/mobile](http://masunlife.ca/mobile). Les utilisateurs de téléphones Android et d'autres téléphones intelligents disposant d'une connexion Internet peuvent accéder à ma Sun Life mobile à l'adresse [masunlife.ca](http://masunlife.ca).

Les participants au régime peuvent télécharger l'application dès aujourd'hui! Cherchez Sun Life dans le App Store de Apple ou dans Google Play.

### Remboursements directs des demandes de règlement

De nombreux fournisseurs de soins de santé, physiothérapeutes, chiropraticiens et fournisseurs de soins de la vue qui ont un accès électronique au système de règlement de la Sun Life peuvent soumettre votre demande de remboursement en votre nom directement du point de vente. Vous n'aurez qu'à payer la différence entre le coût du service et le montant remboursé par le régime. Votre remboursement devrait être déposé dans votre compte bancaire quelques jours plus tard. Renseignez-vous auprès de votre fournisseur de soins ou communiquez avec la Sun Life pour obtenir les détails.

### Présentation des demandes de coordination des prestations (CDP) en ligne :

Vous pouvez présenter des demandes de CDP sur le site [masunlife.ca](http://masunlife.ca) lorsque la Sun Life est le deuxième payeur. Vous pouvez aussi faire traiter vos demandes de CDP automatiquement entre deux régimes si votre conjoint(e) ou partenaire est aussi couvert(e) par un régime de la Sun Life. Remarque : vous ne pouvez pas présenter des demandes de CDP à l'aide de votre téléphone intelligent.

La Sun Life effectue des vérifications au hasard des demandes présentées en ligne; assurez-vous donc de conserver vos reçus originaux et les documents à l'appui pendant 12 mois. Si votre demande est choisie pour une vérification, la Sun Life vous demandera de lui poster vos reçus originaux.

### Relevés de prestations électroniques

C'est facile et écologique de demander de recevoir une version électronique de l'Explication des prestations. Ainsi, vous recevez par courriel, plutôt que par courrier, le relevé des prestations traitées. Pour plus de détails, consultez le site [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca).

## SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

(sauf pour les urgences médicales hors de la province/du pays et l'assistance voyage. Passez à la [page 15](#) pour obtenir des renseignements sur ces demandes de règlement).

Vous pouvez soumettre les demandes pour soins de la vue et certains services paramédicaux directement à la Sun Life par voie électronique (voir les instructions dans la section Demandes électroniques). Pour les autres fournitures et services médicaux, vous pouvez imprimer un formulaire de demande personnalisé sur le site Web de la Sun Life au [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca).

Vous devez envoyer cette demande directement au bureau de la Sun Life dont l'adresse est indiquée sur le formulaire. N'oubliez pas d'indiquer votre numéro de police (25134) et de conserver une copie du formulaire pour vos dossiers. Les sommes remboursées seront déposées dans votre compte bancaire. La Sun Life vous enverra également une Explication des prestations que vous pouvez utiliser pour la *coordination de vos prestations* (voir la [page 7](#)). Les demandes doivent être présentées au cours de l'année suivant la date où les dépenses ont été engagées, sans quoi elles ne seront pas remboursées.

### Orthèses et chaussures orthopédiques sur mesure

Les demandes de remboursement pour orthèses et chaussures orthopédiques sur mesure doivent être accompagnées des documents suivants :

- une recommandation écrite (c.-à-d. une ordonnance) pour les orthèses ou chaussures orthopédiques sur mesure de la part d'un praticien dûment autorisé à les prescrire (*note : une nouvelle recommandation écrite doit accompagner chaque demande et doit inclure le diagnostic justifiant la nécessité d'obtenir des orthèses ou chaussures orthopédiques faites sur mesure*);
- une facture détaillée du laboratoire indiquant :
  - la date d'achat
  - la date d'expédition
  - le nom du prescripteur et son titre de compétences
  - la liste des matériaux utilisés
  - la méthode de moulage (p. ex., moulage en mousse ou en plâtre ou bas de moulage)

Au moment d'acheter des orthèses ou chaussures orthopédiques, demandez au fournisseur de vous remettre les renseignements susmentionnés lorsque vous irez chercher et payer vos orthèses ou chaussures. Les demandes non accompagnées de chaque document indiqué ci-dessus seront refusées.

## MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

Une carte de médicaments est fournie en vertu des deux options, soit *De base* et *Étendue*. Cette carte permet à votre pharmacien de vérifier votre garantie et de traiter votre demande de règlement à la pharmacie. Le pharmacien facture directement au régime toutes les dépenses remboursées admissibles. Vous payez seulement la partie des dépenses de médicaments qui ne sont pas couvertes ou entièrement couvertes.

Gardez à l'esprit que les frais de médicaments ne peuvent pas tous être traités à l'aide de votre carte. Pour soumettre une demande de règlement sur papier, vous devrez y indiquer le numéro de police (25108).

Pour être admissibles, les demandes doivent être présentées au cours de l'année suivant la date où les dépenses ont été engagées.

La Sun Life vous enverra par courriel ou par la poste une Explication des prestations, que vous pouvez utiliser pour coordonner vos demandes de prestations (voir la [page 7](#)).

Si vous avez besoin de cartes de médicaments additionnelles pour vos personnes à charge admissibles (p. ex. votre conjoint ou un enfant à charge qui étudie à l'extérieur de la province), vous pouvez :

- obtenir un code de paiement direct électronique des médicaments sur le site Web de la Sun Life au [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca); ou,
- appeler la Sun Life au 1 800 305-5905 pour demander un code ou une carte supplémentaire.

## SOINS DENTAIRES

Vous pouvez soumettre ces demandes électroniquement ou sur papier.

### Demandes électroniques :

- Si votre dentiste a accès au système électronique des demandes de la Sun Life, il peut soumettre la demande en votre nom. Vous devrez lui donner le numéro de police du régime (25134) et votre numéro de retraité de huit chiffres.
- Si votre dentiste présente la demande électroniquement, votre remboursement devrait être déposé dans votre compte bancaire quelques jours plus tard. Vous devrez payer le dentiste. N'oubliez pas de lui demander un reçu pour vos dossiers.

### Demandes sur papier :

- Pour soumettre une demande sur papier, vous pouvez imprimer un formulaire personnalisé sur le site Web des participants de la Sun Life au [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca) en indiquant votre code d'accès et votre mot de passe.
- Si votre dentiste le préfère, vous pouvez remplir un formulaire standard de demande de règlement dentaire.
- Assurez-vous d'inscrire le numéro de la police (25134) et votre numéro de retraité sur le formulaire. Les demandes sur papier doivent être envoyées à la Sun Life par la poste, à l'adresse figurant sur le formulaire. La Sun Life n'enverra pas le remboursement à votre dentiste. Vous devrez d'abord le payer, puis présenter une demande de règlement. Les sommes payables seront déposées dans le même compte bancaire que vos versements de rente.

La Sun Life vous enverra par courriel ou par la poste une Explication des prestations, que vous pouvez utiliser pour coordonner les demandes de règlement (voir la [page 7](#)).

Les demandes doivent être présentées au cours de l'année suivant la date où les dépenses ont été engagées, sans quoi elles ne seront pas remboursées.

## ASSURANCE VIE DE BASE DES RETRAITÉS, ASSURANCE VIE FACULTATIVE ET ASSURANCE DMA FACULTATIVE

Pour présenter une demande de règlement en vertu de l'assurance vie de base des retraités, de l'assurance vie facultative ou de l'assurance DMA facultative, veuillez communiquer avec **Conseils RH Canada** au **1 800 545-2555**.

Ces demandes doivent être présentées dès que possible, mais au plus tard **60 jours** (pour l'assurance vie) et **90 jours** (pour l'assurance DMA) après la maladie, la blessure ou le décès faisant l'objet de la demande.

Pour effectuer un suivi concernant ces demandes, vous pouvez aussi écrire ou envoyer une télécopie à :

RBC  
Conseils RH Canada  
À l'attention : Administration des avantages sociaux  
Transit 6315, 6880, Financial Drive  
Tour 1, 2<sup>e</sup> étage  
Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

Le numéro de télécopieur est le 1 888 309-4999.

## GLOSSAIRE

<b>Année d'assurance</b>	L'année d'assurance du <i>Programme d'avantages sociaux des retraités</i> a cours du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre.
<b>Base de protection</b>	Votre <i>base de protection</i> représente : a) votre salaire à la date de votre retraite; ou b) si votre protection était basée sur une formule de rémunération moyenne, la moyenne de votre rémunération admissible des deux dernières années civiles complètes précédant la retraite, y compris votre salaire ou avance.
<b>Bénéficiaire</b>	La (les) personne(s) que vous désignez pour recevoir le capital-décès de vos garanties d'assurance vie de base des retraités, d'assurance vie facultative ou d'assurance DMA facultative. Si vous n'avez pas nommé de bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession.
<b>Conjoint</b>	<p>La personne de même sexe ou de sexe opposé qui, à la date de votre départ en retraite :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• était légalement mariée avec vous; ou</li><li>• vivait avec vous en vertu d'une union de fait depuis au moins un an et que vous présentez publiquement à titre de conjoint de fait ou avec qui vous avez conclu une union civile en vertu des lois du Québec; et</li><li>• était un résident du Canada et bénéficiait de la protection d'un régime d'assurance-maladie provincial.</li></ul> <p>Une seule personne à la fois peut être considérée comme étant votre conjoint. Un conjoint divorcé ou un ex-conjoint de fait n'est pas admissible au programme. De plus, une personne qui devient votre conjoint après votre départ en retraite n'est pas admissible au programme. Résidents du Québec, consultez la <a href="#">page 38</a> pour plus de détails.</p> <p>Vous devez informer <b>Conseils RH Canada</b> si vous n'avez plus de conjoint, pour que la protection et les primes soient modifiées en conséquence.</p>
<b>Coordination des prestations</b>	Si vous êtes à la fois couvert en vertu du <i>Programme d'avantages sociaux des retraités</i> et d'un autre régime collectif, ceux-ci peuvent se partager le remboursement des dépenses admissibles. Il y a toutefois des normes dans l'industrie pour la présentation des demandes en vertu de plus d'un programme. Pour plus de détails, rendez-vous à <a href="#">la page 7</a> .

### **Enfant à charge**

Enfant de vous ou de votre *conjoint*, qu'il s'agisse d'un enfant naturel, adopté ou issu d'une union antérieure (y compris un enfant dont le retraité est le tuteur), qui :

- est non marié et dépend de vous pour sa subsistance; et
- est un résident du Canada et bénéficie de la protection d'un régime d'assurance-maladie provincial;

et qui :

- est âgé de moins de 21 ans; ou
- est âgé de moins de 25 ans s'il étudie à plein temps dans un établissement d'enseignement supérieur, comme une université ou un collège (ou moins de 26 ans pour la protection d'assurance médicaments au Québec); ou
- a tout âge, avec l'approbation préalable de l'administrateur du régime, s'il :
  - est non marié, ne travaille pas et dépend financièrement de vous en raison d'une invalidité mentale ou physique; et
  - était handicapé avant d'atteindre l'âge limite indiqué ci-dessus; et
  - était couvert en vertu d'un régime d'avantages sociaux de RBC avant d'atteindre l'âge limite indiqué ci-dessus.

Si un enfant subit une incapacité pendant qu'il est à votre charge, la limite d'âge susmentionnée n'est pas applicable, pourvu que le retraité demande le prolongement de la protection au-delà de l'âge limite et ce, au plus tard 31 jours suivant la date où l'enfant atteint l'âge limite, et pourvu que l'administrateur du régime approuve la demande. Une preuve que l'état de santé susmentionné se maintient peut être exigée de temps à autre.

Dans le cas d'un retraité divorcé ou d'un retraité qui a un conjoint de fait, seuls les enfants qui dépendent réellement du retraité sont considérés comme des personnes à charge.

Vous devez informer **Conseils RH Canada** lorsque votre enfant cesse d'être admissible en tant que personne à charge pour que votre protection et vos primes puissent être modifiées en conséquence.

### **Entreprise**

Désigne toute compagnie canadienne membre de RBC.

### **Hôpital**

Un établissement légalement exploité dont les activités principales, en contrepartie d'honoraires versés par ses patients, consistent à fournir en établissement, des installations médicales, diagnostiques et chirurgicales pour les soins et les traitements aux personnes malades et blessées. Cet établissement est sous la supervision de médecins et offre les services d'infirmiers autorisés 24 heures sur 24. Il ne s'agit pas d'un foyer pour personnes âgées, d'une maison de repos, d'une maison de soins infirmiers, d'une maison de convalescence ou d'un endroit pour le traitement de la toxicomanie.

### **Maison de convalescence**

Installation accréditée pour fournir, en établissement, des soins et traitements de convalescence aux patients malades ou blessés. Des soins infirmiers et médicaux doivent être disponibles 24 heures sur 24. Les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums et les installations pour le traitement de la toxicomanie ne répondent pas à cette définition.

### **Maison de soins infirmiers**

Établissement autorisé à fournir des soins aux patients qui exigent de l'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes, qui ne peuvent pas obtenir les soins nécessaires à domicile et qui exigent une supervision médicale régulière et les soins d'un infirmier qualifié 24 heures sur 24. Les maisons de repos, les foyers pour personnes âgées, les hôpitaux pour malades chroniques, les sanatoriums, les maisons de convalescence et les établissements pour le traitement des toxicomanes ne répondent pas à cette définition.

<b>Médecin qualifié</b>	Personne autorisée à pratiquer la médecine à l'endroit où les services sont fournis.
<b>Personne à charge admissible</b>	Une personne admissible à titre de <i>conjoint</i> ou d' <i>enfant à charge</i> .

## RENSEIGNEMENTS POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC

### Traitement fiscal des garanties

Aux termes de la législation actuelle, vous devez payer l'impôt provincial à l'égard des coûts réglés par RBC (y compris la taxe de vente) pour votre protection de soins de santé. Votre avantage imposable total pour ces prestations vous sera communiqué chaque année.

### Règles de la RAMQ concernant l'assurance médicaments de base

#### Retraite avant 65 ans

En vertu des règles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), les retraités de moins de 65 ans qui ont accès à une protection répondant aux exigences de la RAMQ en vertu d'un régime d'assurance médicaments privé sont tenus de participer à ce régime. Par conséquent, si vous partez en retraite avant l'âge de 65 ans, vous devez être assuré en vertu de la garantie de soins de santé offerte par RBC. Vous pouvez réduire en tout temps votre protection en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, mais vous ne pouvez pas l'augmenter à une date ultérieure.

Si vous détenez une protection conforme aux règles de la RAMQ en vertu d'un autre régime collectif – par exemple, celui d'un *conjoint* ou d'un autre employeur – vous pouvez choisir de ne pas participer au *Programme d'avantages sociaux des retraités*. Si vous perdez cette autre protection à une date ultérieure, mais avant l'âge de 65 ans, vous pourrez vous inscrire de nouveau au *Programme d'avantages sociaux des retraités*.

#### Retraite à 65 ans ou après cette date et lorsque vous atteignez 65 ans

À partir de l'âge de 65 ans, vous êtes automatiquement inscrit au régime d'assurance médicaments de la RAMQ. Si vous aviez pris votre retraite à cet âge ou plus tard, vous pouvez choisir de compléter votre protection de la RAMQ à l'aide du *Programme d'avantages sociaux des retraités*.

Vous pouvez choisir de ne pas détenir la protection de médicaments sur ordonnance du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, au profit de celle de la RAMQ seulement. Si vous renoncez à la protection du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, votre *conjoint* n'y sera pas admissible non plus, peu importe son âge.

Une autre solution consiste à opter pour la protection du *Programme d'avantages sociaux des retraités* et de vous retirer de celle de la RAMQ offerte à partir de l'âge de 65 ans. Si vous renoncez à la protection de la RAMQ, vous pourrez devoir payer une prime additionnelle pour celle du *Programme d'avantages sociaux des retraités*.

Si vous détenez tant la protection de la RAMQ que celle du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, vous pouvez coordonner vos demandes de règlement pour médicaments en vertu des deux régimes. Vos dépenses de médicaments admissibles seront remboursées en vertu de la RAMQ en premier. Toute partie non remboursée de la demande pourra alors être soumise au *Programme d'avantages sociaux des retraités* à des fins d'examen et de règlement potentiel.

#### Mariage pendant la retraite

Si vous êtes parti en retraite avant l'âge de 65 ans et détenez l'option *De base* ou *Étendue*, et que vous vous mariez ou que vous vous unissez à un nouveau conjoint après le début de votre retraite, mais avant l'âge de 65 ans, cette personne et ses enfants à charge doivent être ajoutées à la garantie de médicaments sur ordonnance, à moins qu'ils ne soit couverts en vertu d'un autre régime collectif, tel que l'exige la loi du Québec. Vos primes mensuelles seront portées au niveau élevé de la protection pour *Retraité plus une personne* ou *Retraité plus deux personnes* ou plus.

#### Prestations de survivant

Si vous décédez, la couverture de votre *conjoint* survivant en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités* restera en vigueur; toutefois, si votre *conjoint* ne détient pas la protection de la RAMQ, il ou

#### Assurance médicaments de la RAMQ

Les retraités habitant au Québec devraient être au courant du fait que certains médicaments obtenus sur ordonnance ou offerts en vente libre (et certains suppléments alimentaires) sont couverts par la (RAMQ), sauf quand ils sont couverts en vertu d'un régime collectif. Par conséquent, le *Programme d'avantages sociaux des retraités* est tenu de couvrir ces dépenses. Ainsi, vous pouvez soumettre ces dépenses à la Sun Life à des fins d'approbation et de remboursement, jusqu'à concurrence du niveau de remboursement de la RAMQ.

elle doit en faire immédiatement la demande, après quoi le régime de médicaments sur ordonnance de RBC deviendra le deuxième payeur.

**Fin de la protection du conjoint à la rupture du mariage**

La protection de votre *conjoint* en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités* – y compris les garanties d'assurance vie facultative du conjoint et d'assurance DMA facultative du conjoint – prendra fin à la rupture du mariage. Autrement dit, dès que le *conjoint* ne répond plus à cette définition en vertu de la législation fiscale, la protection qui lui est offerte à titre de *conjoint* est résiliée.

**Désignation de bénéficiaire**

Reportez-vous à la [page 6](#) pour obtenir des renseignements sur la désignation de *bénéficiaires*.

**Pour plus de renseignements**

Consultez le site de la RAMQ à [www.ramq.gouv.qc.ca/fr](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr). Vous pouvez aussi obtenir des renseignements 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 grâce à la Carte-soleil parlante en composant l'un des numéros suivants :

- Québec : 418 646-4636
- Montréal : 514 864-3411, ou
- Ailleurs au Québec, sans frais : 1 800 561-9749.

## RESSOURCES – RENSEIGNEMENTS

Pour plus de renseignements sur le *Programme d'avantages sociaux des retraités*, vous pouvez :

- Consulter le site Web destiné aux retraités à [www.rbc.com/retraite](http://www.rbc.com/retraite), lequel renferme une foule de renseignements et de ressources spécialement conçus pour les retraités de RBC.
- Consulter le site Web de la Sun Life à [www.masunlife.ca](http://www.masunlife.ca), lequel renferme une foule de renseignements et de ressources sur vos garanties de soins de santé. Vous pouvez aussi appeler la Sun Life au 1 800 305-5905 si vous avez des questions sur votre protection ou une demande de règlement.
- Appeler **Conseils RH Canada** au **1 800 545-2555**. Les préposés peuvent répondre à des questions concernant une vaste gamme de sujets.
  - Les malentendants peuvent communiquer avec Conseils RH Canada par courriel. Ceux qui utilisent un téléimprimeur (TTY) peuvent utiliser un service de transmission des messages, offert par votre entreprise de télécommunications locales, en composant le 711.
  - Le service est offert en français et en anglais du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, HE.

Le tableau suivant fait état des divers assureurs et des garanties dont ils sont responsables. Assurez-vous de mentionner le numéro de police applicable, ainsi que votre numéro de retraité (employé).

Garantie	Fournisseurs	Numéro de police	Contact
Soins médicaux complémentaires	Financière Sun Life	25134	<b>1 800 305-5905</b> <a href="http://www.masunlife.ca">www.masunlife.ca</a>
Médicaments sur ordonnance	Financière Sun Life	25108	
Soins dentaires	Financière Sun Life	25134	
Urgence médicale hors du pays ou de la province et assistance-voyage	RBC Assurances/ Allianz Global Assistance	s.o.	Voir Carte d'assistance-voyage ci-dessous
Assurance voyage (après les 31 premiers jours)	RBC Assurances	s.o.	<b>1 800 769-2528</b>
Assurance vie de base des retraités	RBC Assurances	800080	<b>Conseils RH Canada</b> <b>1 800 545-2555</b>
Assurance vie facultative	RBC Assurances	800082	
Assurance DMA facultative	Financière Manuvie	39150	

### Liens additionnels

- **Carrefour-ressources Employés** : visitez [login.lifeworks.com](http://login.lifeworks.com).
  - Code d'utilisateur : rbcf
  - Mot de passe : rbcfrancophone
- **Agence du revenu du Canada (ARC)** : [www.cra-arc.gc.ca](http://www.cra-arc.gc.ca)
- **RBC Assurances** : [www.rbcassurances.com](http://www.rbcassurances.com)

### Carte d'assistance-voyage

Nous vous recommandons de conserver cette carte avec vous en tout temps lors d'un voyage.

	<p>Si vous, votre conjoint/partenaire ou vos enfants à charge avez une urgence médicale imprévue qui nécessite un traitement immédiat, vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance aux numéros suivants :</p>		<p>Si vous, votre conjoint/partenaire ou vos enfants à charge avez une urgence médicale imprévue qui nécessite un traitement immédiat, vous devez communiquer avec Allianz Global Assistance aux numéros suivants :</p>
<p>Canada et États-Unis : 1 866 496-5254 (sans frais) Ailleurs dans le monde : 1 905 816-1202 (à frais virés) Télé. : 1 905 813-4719 Télé. : 1 888 298-6340 (sans frais en Amérique du Nord)</p>		<p>Canada et États-Unis : 1 866 496-5254 (sans frais) Ailleurs dans le monde : 1 905 816-1202 (à frais virés) Télé. : 1 905 813-4719 Télé. : 1 888 298-6340 (sans frais en Amérique du Nord)</p>	
Numéro d'employé de RBC		Numéro d'employé de RBC	

