



Programme d'avantages sociaux des retraités

Pour les employés canadiens de la Banque Royale du Canada qui ont pris leur retraite avant le **1^{er} mars 1994**



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	5
Régimes provinciaux d'assurance-maladie	5
RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS	6
Admissibilité	6
Protégez votre famille	6
Résidents de l'extérieur du Canada	6
Personnes à charge admissibles	6
Changement admissible de situation (acquisition ou perte d'une personne à charge admissible)....	6
Mariage après le début de la retraite	7
Réduction de la protection après le début de la retraite	7
Bénéficiaires.....	7
Coordination des demandes de règlement.....	8
Paiement des demandes et explication des prestations	8
Déduction des primes	8
Taxe de vente au détail.....	9
Traitement fiscal.....	9
Prestations de survivant	9
Cessation de la garantie	9
Modification et résiliation.....	9
VOS OPTIONS DE SOINS DE SANTÉ	10
Soins médicaux complémentaires	10
Ce qui n'est pas couvert	13
Intégration avec les programmes gouvernementaux.....	13
État médical	14
Assurance voyage frais médicaux	15
MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE	17
Listes de médicaments	18
SOINS DENTAIRES	21
Guide des honoraires suggérés.....	22
Guide des honoraires suggérés.....	22
Plan de traitement.....	23
ASSURANCE VIE DE BASE DES RETRAITÉS	24
GARANTIES ADDITIONNELLES.....	25
ASSURANCE VIE FACULTATIVE	25
CARREFOUR-RESSOURCES EMPLOYÉS	26
GLOSSAIRE.....	30
Année d'assurance	30
Base de protection	30
Bénéficiaire	30
Conjoint.....	30
Coordination des prestations	30

Enfant à charge	31
Entreprise	31
Hôpital	31
Maison de convalescence	31
Maison de soins infirmiers	32
Médecin qualifié	32
Personne à charge admissible.....	32
RENSEIGNEMENTS POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC.....	33
RESSOURCES – RENSEIGNEMENTS.....	35
Carte d'assistance-voyage.....	35

INTRODUCTION

Vous êtes admissible au *Programme d'avantages sociaux des retraités* si vous répondez aux critères d'*admissibilité* décrits à la [page 6](#).

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 services et fournitures 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 services ou aux fournitures 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 ou fournitures 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 étiez un employé de la Banque Royale qui a pris sa retraite avant le 1^{er} mars 1994; et
- 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).

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 soins de santé offertes, si vous avez choisi la garantie Étendue. Il y a deux niveaux de protection :

- **Retraité seul** – votre *conjoint* survivant est la seule personne couverte.
- **Retraité + personne(s) à charge** – vous et votre *conjoint* et/ou vos *enfants à charge* admissibles serez couverts.

Le niveau de protection que vous avez choisi 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.

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, voir la [page 33](#).

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*.

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

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*.

Résidents de l'extérieur du Canada

Canada, vos protections de soins de santé, y compris celles pour urgences médicales hors de la province/du pays, seront suspendues. Si vous revenez au Canada à une date ultérieure, votre protection de soins de santé sera remise en vigueur quand vous confirmerez que vous participez à votre régime provincial d'assurance-maladie. Les primes de votre protection de soins de santé seront déterminées en fonction des tarifs en vigueur au moment 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.

Mariage après le début de la retraite

Si vous vous mariez, vous remariez ou vous unissez avec une nouvelle personne après le début de la retraite, votre nouveau *conjoint* n'est pas admissible aux prestations*, et ce, même si vous décédez avant elle.

*Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, voir la [page 33](#).

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 pas l'augmenter.
- Assurance vie de base : vous pouvez résilier votre protection en tout temps.
- Assurance vie facultative : 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 pas 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 [bénéficiaire\(s\)](#) (à l'aide du *Formulaire de désignation de bénéficiaire*) recevront vos prestations d'assurance vie de base et d'assurance vie facultative de retraité, s'il y a lieu. Si vous n'avez pas désigné de *bénéficiaire* à l'aide de ce formulaire, 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 au nom d'un membre couvert de la famille en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*.

Vous pouvez obtenir le *Formulaire de désignation de bénéficiaire* sur le site Web des retraités à 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 *bénéficiaire(s)*, 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 un *enfant à charge* admissible êtes couvert en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités* et bénéficiez d'avantages sociaux 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 lorsque votre *conjoint* travaille pour RBC ou a aussi pris sa retraite de RBC. Dans ces cas, la Sun Life coordonnera automatiquement les demandes en fonction de l'information fournie.

Païement des demandes et explication des prestations

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

- 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 admissibles* 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*.
- 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*.
- 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* admissibles au *Programme d'avantages sociaux des retraités*. Toute portion impayée peut ensuite être soumise au régime de votre *conjoint* à titre de deuxième payeur

Païement 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. 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

Les primes des garanties de soins de santé et d'assurance exigibles en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités* sont déduites de votre rente mensuelle en fonction des garanties choisies et des tarifs en vigueur. Si les primes sont prélevées sur votre compte bancaire, celui-ci doit détenir les montants correspondant à ces déductions pour que la protection demeure 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 à l'assurance vie facultative 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 T4.

Résidents du Québec : reportez-vous à la [page 33](#) 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 (voir le *Glossaire*, la [page 30](#), pour connaître la définition de *conjoint*).; 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 le *Glossaire*, [page 31](#), pour connaître 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 33](#).

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 aussi fin à la première des dates suivantes :

- la fin du 31^e 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** – Le conjoint / partenaire survivant est couvert;
- **Étendue** – *Retraité seulement*, tel que choisi par le retraité, ou *Retraité plus les personnes à charge admissibles*.

L'option choisie s'applique à toutes les garanties: soins médicaux complémentaires, 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 en fonction du 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
Niveau de remboursement (à moins d'indication contraire)	80 %	80 %
Franchise	25 \$	25 \$
Hôpital	100 % chambre à deux lits; 80 % de la différence entre les frais de séjour dans une chambre à un lit et ceux dans une chambre à deux lits. 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).	
Soins infirmiers privés	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> .	

Maison de convalescence, de soins de longue durée ou de soins infirmiers	Couvre l'hébergement dans une chambre à deux lits au sein d'une maison de convalescence ou de soins infirmiers qualifiée pendant un maximum combiné 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 un médecin traitant et avoir pour but la réadaptation, et non 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 s'habiller, prendre son bain ou aller à la toilette.	
Ambulance	Remboursement à 100 % 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 l'assuré. Seuls les frais qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie seront remboursés.	
Perruques	Jusqu'à 200 \$ par personne au cours de toute période de deux années consécutives.	Jusqu'à 200 \$ par personne, une fois par période de 12 mois.
Prothèses mammaires et soutiens-gorge chirurgicaux	Jusqu'à trois soutiens-gorge et un maximum combiné de 1 000 \$ par personne, par <i>année d'assurance</i> .	
Chaussures orthopédiques et semelles orthopédiques	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
Accident dentaire	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.	
Thérapeute visuel	500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services d'un thérapeute visuel. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un <i>médecin qualifié</i> vous dirige vers ces services.	
Orthophoniste	500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services d'un orthophoniste qualifié agréé.	
Psychologue	500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services d'un psychologue qualifié agréé, y compris les tests initiaux.	
Physiothérapeute	Services d'un physiothérapeute qualifié agréé. Il n'est pas nécessaire, toutefois, qu'un <i>médecin qualifié</i> vous dirige vers ces services.	
Psychanalyste	55 \$ par séance avec un <i>médecin qualifié</i> qui est un membre agréé de la Société canadienne de psychanalyse inc.	
Soins paramédicaux (autres que ceux d'un physiothérapeute, d'un psychologue, d'un thérapeute visuel et d'un psychanalyste)	Prestations combinées de 500 \$ par <i>année d'assurance</i> pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de naturopathes, de podiatres, de podologistes, 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.	
Prothèses auditives, embouts auriculaires, appareils cochléaires et piles d'appareils auditifs	Jusqu'à 1 500 \$ par oreille du <i>montant raisonnable et habituel</i> en vigueur au moment où les frais sont engagés, tous les 48 mois, 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.	

Soins de la vue (y compris les lentilles intraoculaires)	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.
Examens de la vue	Pas couvert	Une fois tous les 12 mois lorsque ce service n'est pas fournis par le régime provincial d'assurance maladie.
Équipement et fournitures médicaux	<p>Couvre les frais suivants (sans s'y restreindre), sous réserve de la recommandation écrite d'un <i>médecin qualifié</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'<i>hôpital</i> 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, exclusion faite des appareils myoélectriques. La taxe de vente et les frais de livraison font partie des dépenses admissibles. • 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 qu'au moins cinq années se soient écoulées depuis l'acquisition de l'appareil. • Les frais relatifs à un appareil et à un masque CPAP (ventilation spontanée en pression positive continue). • Si différents types d'équipement sont disponibles, les frais admissibles sont limités au coût de l'équipement le moins dispendieux répondant aux besoins médicaux de base de la personne. Dans le cas des dépenses relatives à un fauteuil roulant, les frais admissibles sont limités à l'utilisation d'un fauteuil manuel, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique. 	
Tests diagnostiques et radiographies	<p>Couvre 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"> • les tests sanguins et plasma sanguin; • les échographies pour une raison autre que la grossesse; • les radiographies, le traitement au radium et la thérapie isotopique; et • les thermogrammes et les mammographies, sauf les tests subis dans le bureau d'un médecin ou dans une pharmacie. 	
Oxygène	L'apport en oxygène et la location de l'équipement.	
Membres et yeux artificiels	Couvre les membres et les yeux artificiels, y compris leur remplacement lorsque cela est médicalement nécessaire, la taxe de vente et les frais de livraison, mais exclusion faite des appareils myoélectriques.	
Bonnets couvre-moignon	Maximum de cinq paires par personne, par <i>année d'assurance</i> .	

<p>Équipement pour soins à domicile/ Équipement d'aide à vivre</p>	<p>Pas couvert</p>	<p>Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 000 \$ par personne du coût d'équipement pour soins à domicile médicalement nécessaire, sous réserve de la recommandation écrite d'un médecin. 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.</p>
---	--------------------	--

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;
- 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, incluant, sans s'y limiter, les pompes à insuline, les matelas orthopédiques, les appareils d'exercice, l'équipement de conditionnement ou de purification de l'air, les bains hydromasseurs, les humidificateurs et l'équipement pour le traitement des troubles affectifs saisonniers.

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 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-voyage 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 protection *Étendue* pour *Retraité + personnes à charge*, votre *conjoint* et vos *personnes à charge admissibles* bénéficient aussi de cette garantie.

Urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage		
Votre protection	De base	Étendue
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 une **condition médicale** 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, la carte portefeuille d'Allianz Global Assistance afin de faciliter l'accès à Allianz Global Assistance en cas d'urgence.

Dépenses admissibles

Le régime rembourse les *montants 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 ou qui dépassent les montants remboursés 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 séjournez temporairement hors de votre province de résidence ou du Canada et ce, pendant les 31 premiers jours de votre absence.

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 35](#). 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 *montants raisonnables et habituels* engagés pour le traitement d'une **urgence médicale** imprévue (pourvu que ces dépenses ne soient pas 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 Voyages multiples d'une durée de 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 au à : 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^e jour d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada.
- 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^e 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 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 garantie

Votre protection prend fin à la première des dates suivantes :

- la fin du 31^e 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	80 % pour les médicaments figurant sur la Liste (A ou B) choisie	80 % pour les médicaments figurant sur la Liste (A ou B) choisie

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.

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. Par exemple, si aucun *médicament générique équivalent* n'est disponible, ou si le médecin indique sur l'ordonnance qu'aucune substitution n'est permise, le coût du médicament de marque pourrait être admissible à un remboursement.

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 (25027).

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

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 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 ou 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 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. 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**.

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. Une fois que vous ou votre conjoint avez atteint le maximum des dépenses personnelles établi par la RAMQ, le régime paie 100 % de vos dépenses admissibles additionnelles pour le reste de la période d'assurance.

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, voir la [page 33](#).

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. La 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 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 ou 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 trousseaux 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	De base	Étendue
Services de base et de prévention	<p>Remboursement de 80 % (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le Guide des honoraires suggérés) pour les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jusqu'à deux examens buccaux de rappel par personne, par <i>année d'assurance</i>, y compris le nettoyage des dents; • jusqu'à deux examens buccaux complets par personne, par <i>année d'assurance</i>; • une série complète de radiographies et une radiographie panoramique tous les 36 mois; • jusqu'à deux traitements au fluorure par personne par <i>année d'assurance</i>; • un polissage des dents jusqu'à deux fois par <i>année d'assurance</i>; • le détartrage de routine (par un hygiéniste dentaire autorisé); • les radiographies; • les tests et les examens de laboratoire relatifs aux services de base; • les obturations (en amalgame ou en composite); • les services d'urgence ou palliatifs; • l'extraction des dents incluses; • les soins d'hygiène buccale, limités à une fois par <i>année d'assurance</i>; et • les antibiotiques injectables. 	
Soins endodontiques/ parodontaux	<p>Remboursement de 50 % (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le Guide des honoraires suggérés), avec franchise pour les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le traitement de maladies parodontales ou d'autres maladies de la gencive ou des tissus de la bouche; • les traitements endodontiques, y compris les traitements radiculaires; • les tests et examens de laboratoire relatifs aux services endodontiques et parodontaux; • les restaurations et réparations en métal préfabriquées, autre que dans le contexte de la pose d'une couronne; • les soins de chirurgie et les soins d'anesthésie connexes. 	<p>Remboursement de 80 %, (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le Guide des honoraires suggérés), avec franchise pour les services reflété dans l'option de base.</p>

<p>Services de restauration majeure</p>	<p>Remboursement de 50 % (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le <i>Guide des honoraires suggérés</i>), avec franchise, pour les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la première mise en place, y compris l'ajustement, d'une prothèse dentaire partielle ou complète; • le remplacement d'une prothèse dentaire qui est en place depuis au moins cinq ans et qui ne peut être réparée; • l'ajout de dents à une prothèse dentaire déjà en place; • la première mise en place des incrustations, appositions et couronnes; • le remplacement des incrustations, appositions et couronnes qui sont en place depuis au moins cinq ans et qui ne peuvent être réparées; • les facettes et le remplacement des facettes; • la réparation et la recimentation d'un pont fixe; • la première installation d'un pont fixe; • le remplacement d'un pont fixe qui est en place depuis au moins cinq ans et qui ne peut être réparé; et • les tests et les examens de laboratoire relatifs aux services de restauration majeure. <p>Les implants ne sont pas couverts. Cependant, en ce qui concerne les couronnes et les prothèses reliés 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>	
<p>Orthodontie</p>	<p>Pas couvert</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 \$ 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)
<p>Franchise annuelle/maximum</p>	<p>Franchise de 50 \$ par personne (maximum de 100 \$ par famille); maximum de 750 \$ par année, pour tous les services combinés, par année d'assurance, par famille, pour les retraités qui travaillaient à temps partiels. Il n'y a aucune franchise pour les services de base et préventifs admissibles.</p>	

Guide des honoraires suggérés

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 la province de résidence de la personne retraitée; 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.

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.

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 de la personne retraitée; 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.
- Les soins dentaires de nature esthétique.
- Les services ou fournitures relatifs à l'implantologie.
- Les frais reliés 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.

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.

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 :

Si vous êtes parti à la retraite le 1^{er} janvier 1988 ou après cette date

- 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.

Si vous êtes parti à la retraite le 1^{er} mai 1974 ou après cette date, mais avant le 1^{er} janvier 1988

- 1 x votre *base de protection* à la retraite; ou
- 1½ x votre *base de protection* au 1^{er} mai 1974.

Si vous êtes parti à la retraite avant le 1^{er} mai 1974

- À partir de l'âge de 65 ans, la protection a représenté un maximum de 1 ½ x 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		
Vos options	Retraite avant le 1 ^{er} janvier 1988	Retraite le 1 ^{er} janvier 1988 ou après cette date
Assurance vie facultative des retraités	<p>Si vous avez choisi de conserver l'assurance facultative à la retraite, votre protection représente la différence entre 1½ x votre <u>base de protection</u> à la retraite et le montant de votre assurance vie de base.</p> <p>Si vous avez réduit le montant de la couverture pendant la retraite, ce montant représentera votre nouveau niveau de protection et vous ne pourrez pas l'augmenter de nouveau par la suite.</p>	<p>Possibilité de maintenir le niveau de protection en vigueur à la retraite jusqu'à l'âge de 65 ans, moment où la protection est ramenée à 1 fois votre <i>base de protection</i> à la retraite.</p> <p>À l'âge de 70 ans, la protection est ramenée à ½ fois votre <i>base de protection</i> à la retraite.</p> <p>La protection diminue le 1^{er} mai coïncidant avec ou suivant immédiatement votre anniversaire de naissance, selon le cas.</p> <p>Si vous avez réduit le montant de la couverture pendant la retraite, ce montant représentera votre nouveau niveau de protection et vous ne pourrez pas l'augmenter de nouveau par la suite.</p>
Assurance vie facultative du conjoint	<p>Pour les <i>conjoints</i> : la protection maximale est ramenée à 50 % de la garantie du conjoint précédente, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ (le maximum s'établissait à 20 000 \$ à la retraite).</p> <p>La protection diminue le 1^{er} mai qui coïncide avec ou suit immédiatement votre 60^e anniversaire de naissance.</p>	<p>Pour les <i>conjoints</i> : la protection maximale est ramenée à 50 % de la garantie du conjoint précédente, jusqu'à concurrence de 45 000 \$ (le maximum s'établissait à 90 000 \$ à la retraite).</p> <p>La protection diminue le 1^{er} mai qui coïncide avec ou suit immédiatement votre 65^e anniversaire de naissance.</p>

<p>Assurance vie facultative des enfants à charge</p>	<p>Si vous aviez un ou des <i>enfants à charge admissibles</i> au moment de prendre votre retraite, vous avez pu conserver la protection des <i>enfants à charge</i>, pourvu que ceux-ci soient toujours considérés comme étant admissibles. La protection s'élève à un montant fixe de 5 000 \$, peu importe le nombre d'<i>enfants à charge admissibles</i> et elle reste en vigueur tant et aussi longtemps que vous avez des personnes à votre charge.</p>	<p>Si vous aviez un ou des <i>enfants à charge admissibles</i> au moment de prendre votre retraite, vous avez pu conserver la protection des <i>enfants à charge</i>, pourvu que ceux-ci soient toujours considérés comme étant admissibles. La protection s'élève à un montant fixe de 5 000 \$, peu importe le nombre d'<i>enfants à charge admissibles</i> et elle reste en vigueur tant et aussi longtemps que vous avez des personnes à votre charge.</p>
--	--	--

Déduction des primes

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

Cessation de la garantie

L'assurance vie facultative des retraités prendra fin à votre décès. La protection de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* prendra fin lorsque la vôtre se termine, lorsque votre *conjoint* et vos *enfants à charge* ne sont plus considérés 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, qui n'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 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. 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.

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 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.

SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

(sauf pour les urgences médicales hors de la province/du pays et l'assistance voyage. Passez à la [page 14](#) 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.

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 8](#)). 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 8](#)).

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; 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 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 8](#)).

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 et facultative des retraités

Pour présenter une demande de règlement en vertu de l'assurance vie de base et facultative des retraités, 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** après 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^e étage
Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

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

GLOSSAIRE

Année d'assurance	L'année d'assurance du <i>Programme d'avantages sociaux des retraités</i> a cours du 1 ^{er} janvier au 31 décembre.
Base de protection	Votre <i>base de protection</i> représente votre salaire à la date de votre retraite.
Bénéficiaire	La (les) personne(s) que vous désignez pour recevoir le capital-décès de vos garanties d'assurance vie de base et facultative des retraités. Si vous n'avez pas nommé de bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession.
Conjoint	<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">• était légalement mariée avec vous; ou• 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• était un résident du Canada et bénéficiait de la protection d'un régime d'assurance-maladie provincial. <p>Une seule personne à la fois peut être considérée comme étant votre conjoint.</p> <p>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 page 33 pour plus de détails.</p> <p>Vous devez informer Conseils RH Canada si vous n'avez plus de conjoint, pour que la protection et les primes soient modifiées en conséquence.</p>
Coordination des prestations	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 la page 8 .

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.

Médecin qualifié

Personne autorisée à pratiquer la médecine à l'endroit où les services sont fournis.

Personne à charge admissible

Une personne admissible à titre de *conjoint* ou d'*enfant à charge*.

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 au détail) pour votre protection de soins de santé. Le montant imposable total est indiqué chaque année sur votre Relevé 1.

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 êtes parti 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 à la garantie de soins de santé.

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

À partir de l'âge de 65 ans, vous étiez 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*.

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*. Vous pouvez aussi 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*, vous n'aurez plus de garantie de soins de santé offerte par RBC et votre *conjoint* ne sera pas admissible au *Programme d'avantages sociaux des retraités*, peu importe son âge. 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.

Note: De plus, si un médicament générique peut être 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.

Mariage pendant la retraite

Si vous êtes parti en retraite avant l'âge de 65 ans et détenez la protection de soins de santé en vertu du *Programme d'avantages sociaux des retraités*, 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 soins médicaux de RBC, 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 rajustées pour tenir compte de la protection de soins de santé.

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.

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 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 la garantie d'assurance vie 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 7](#) 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. 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, 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, 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	25027	1 800 305-5905 www.masunlife.ca
Médicaments sur ordonnance	Financière Sun Life	25027	
Soins dentaires	Financière Sun Life	25027	
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.	1 800 769-2528
Assurance vie de base des retraités	RBC Assurances	800080	Conseils RH Canadas 1 800 545-2555
Assurance vie facultative	RBC Assurances	800082	

Liens additionnels

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

Carte d'assistance-voyage

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

	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 :		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 :
Canada et États-Unis : 1 866 496-5254 (sans frais) Ailleurs dans le monde : 1 905 816-1202 (à frais virés) Télééc. : 1 905 813-4719 Télééc. : 1 888 298-6340 (sans frais en Amérique du Nord)		Canada et États-Unis : 1 866 496-5254 (sans frais) Ailleurs dans le monde : 1 905 816-1202 (à frais virés) Télééc. : 1 905 813-4719 Télééc. : 1 888 298-6340 (sans frais en Amérique du Nord)	
Numéro d'employé de RBC		Numéro d'employé de RBC	

Mise à jour le 1^{er} juin 2024