

Avantages Flexibles des retraités

Vos options, votre choix

Pour les employés canadiens de :

- la Banque royale du Canada qui ont pris leur retraite le ou après le 1^{er} janvier 2010
- RBC Services aux investisseurs qui ont pris leur retraite le ou après le 1^{er} janvier 2018

Brochure à l'intention des retraités



À l'intérieur

Note : Pour aller à un sujet, cliquez sur le sujet choisi dans la table des matières.

À l'intérieur	2
Introduction	5
Nos points de départ	8
Vous recevez des crédits flexibles du programme	8
Renseignements importants	10
Admissibilité	10
Crédits flexibles.....	10
Faites vos choix	11
Si vous n'adhérez pas au programme	11
Si vous êtes réembauché par RBC.....	11
Coûts	12
Protégez votre famille	12
Résidents de l'extérieur du Canada.....	13
Bénéficiaires.....	13
Coordination des demandes de règlement.....	14
Paiement des demandes et explication des prestations.....	15
Prélèvement des primes	15
Taxe de vente au détail.....	16
Traitement fiscal.....	16
Prestations de survivant.....	16
Cessation de la protection.....	16
Modification et résiliation.....	17
Vos options de soins de santé	18
Soins médicaux complémentaires	19
Urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage	26
Médicaments sur ordonnance.....	31
Soins dentaires	38

Compte soins de santé (CSS).....	41
Assurance vie de base des retraités	44
Garanties additionnelles	44
Assurance vie facultative	44
Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels	46
Programme Carrefour-ressources Employés	52
Présenter une demande de règlement.....	53
Glossaire	58
Information pour les résidents du Québec.....	61
Ressources – Renseignements	63
Liens additionnels	63
Carte d'assistance voyage	63

Remarque

Cette brochure vise à vous fournir un aperçu raisonnable et facile à comprendre du programme *Avantages Flexibles des retraités*. Il ne crée ni ne vous confère aucun droit contractuel et aucune obligation. Tous les programmes présentés dans cette brochure sont régis par des contrats ou des politiques distincts publiés par RBC. Si l'information fournie dans cette brochure, par RBC ou toute autre source diffère des documents approuvés des régimes et des polices d'assurance qui régissent les programmes de RBC, les documents approuvés et les politiques auront préséance.

RBC et ses filiales se réservent le droit unilatéral de modifier les contrats, les régimes ou les politiques distincts couvrant les retraités et leurs personnes à charge et survivants ou d'y mettre fin en tout temps, y compris après le départ à la retraite des employés, et peuvent être tenus de le faire en raison de modifications législatives. De plus, RBC se réserve le droit en tout temps de modifier les conditions des différentes garanties ainsi que les montants facturés aux participants en tout temps, y compris après le départ à la retraite des employés.

Introduction

Lors de votre départ en retraite, vous pourriez être admissible à des avantages sociaux de retraités en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités de RBC*, en plus du revenu de retraite provenant du Programme de retraite RBC. À l'instar du programme *mesAvantages* destiné aux employés actifs, le programme *Avantages Flexibles des retraités* vous offre choix et flexibilité. En vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*, vous pouvez utiliser votre allocation annuelle de *crédits flexibles*, qui est fonction de votre nombre d'années de service, pour vous procurer des garanties de soins de santé.

Vous utiliserez simplement vos *crédits flexibles* – ainsi que vos versements personnels, au besoin – pour souscrire les garanties de soins de santé désirées parmi quatre options¹¹ :

- **Option 1 : De base;**
- **Option 2 : Étendue;**
- **Option 3 : En cas de catastrophe;** ou
- **Option 4 : Non-participation**

Vous pouvez aussi sélectionner un niveau de protection adapté à vos besoins – *Retraité seulement*, *Retraité plus une personne à charge* ou *Retraité plus deux personnes à charge ou plus*. Une fois que vous aurez choisi les garanties voulues, le solde de vos *crédits flexibles* sera déposé dans votre compte soins de santé pour régler les dépenses de soins de santé qui ne sont pas entièrement ou du tout couvertes par la garantie de soins de santé.

Vous pourriez être appelé à payer une partie des coûts relatifs à vos garanties, selon le montant de *crédits flexibles* dont vous bénéficiez et les choix de garanties que vous effectuez. Les paiements additionnels requis pour souscrire le niveau de protection voulue après l'épuisement de vos *crédits flexibles* seront déduits de vos versements de rente mensuelle (participants de l'option PD) ou de votre compte bancaire (participants de l'option CD).

Il y a certaines différences clés entre le programme *Avantages Flexibles des retraités* et le programme *mesAvantages* destiné aux employés actifs de RBC. En vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités* :

- le nombre de *crédits flexibles* que vous recevrez dépendra de vos années de service, plutôt que de votre allocation de *crédits flexibles de base* plus votre allocation de *crédits flexibles pour personnes à charges*;
- la *période d'assurance* est du 1^{er} janvier au 31 décembre, plutôt que du 1^{er} juillet au 30 juin;
- votre assurance vie de base des retraités s'élève à 10 000 \$;
- l'assurance vie facultative des retraités est fonction de votre *base de protection* immédiatement avant la retraite, plutôt que de votre rémunération assurable;
- la garantie d'assurance vie facultative des retraités de moins de 65 ans peut être identique à celle que vous déteniez avant la retraite (bien qu'elle ne puisse pas y être supérieure). Elle diminue à 100 % de votre base de protection à 65 ans et diminue à 50 % de votre base de protection à 70 ans.
- la garantie d'assurance vie facultative du conjoint de moins de 65 ans peut être identique à celle que vous déteniez avant la retraite (bien qu'elle ne puisse pas y être supérieure). Elle diminue à 65 ans.

¹ Vous avez la possibilité, une fois seulement avant votre départ à la retraite, de choisir votre option de soins de santé des retraités en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*.

- La garantie d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels :
 - Moins de 65 ans – peut être identique à celle que vous déteniez avant la retraite (bien qu'elle ne puisse pas y être supérieure);
 - à partir de l'âge de 65 ans – peut diminuer en fonction des maximums établis; et
 - prend fin à l'âge de 70 ans.
 - Rappelez-vous que la garantie de votre *conjoint* et de vos *personnes à charge* ne peut pas excéder la vôtre.
- Il n'y a aucune garantie liée au travail, comme les prestations d'invalidité ou l'assurance en cas d'accident en voyage d'affaires. De plus, l'assurance maladies graves n'est pas offerte.

De temps à autre, RBC passera en revue votre allocation de *crédits flexibles* et le coût des garanties. RBC se réserve le droit de modifier en tout temps l'allocation annuelle de *crédits flexibles* et les coûts des garanties.

Régimes provinciaux d'assurance maladie

Le programme *Avantages Flexibles 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 techniques de diagnostic, y compris les radiographies et les tests de laboratoire;
- l'hospitalisation en salle commune;
- les traitements en clinique externe;
- d'autres services non mentionnés ci-dessus.

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

Votre régime provincial d'assurance maladie est le premier payeur

Les demandes liées aux services qui sont couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie doivent être présentées à ce régime en premier. Il est possible que le programme *Avantages Flexibles des retraités* rembourse toute portion impayée de ces demandes conformément à ses modalités. Seules les dépenses admissibles sont remboursées conformément aux modalités du programme *Avantages Flexibles 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 produits et services médicaux et dentaires ou la conception de nouveaux médicaments sur ordonnance n'entraîneront pas la modification automatique du programme *Avantages Flexibles des retraités*. RBC effectue un suivi constant du programme *Avantages Flexibles des retraités* pour déterminer s'il doit être modifié.

RBC se réserve le droit de modifier le programme *Avantages Flexibles des retraités* à tous égards et en tout temps, incluant les prestations payées aux retraités. RBC se réserve également le droit de mettre fin au programme *Avantages Flexibles des retraités* en tout ou en partie, en tout temps.

Nos points de départ

Le programme Avantages Flexibles des retraités vous donne une seule occasion, avant votre départ à la retraite, de sélectionner vos protections de soins de santé parmi quatre options. Voici comment cela fonctionne :

Vous recevez des crédits flexibles du programme Avantages Flexibles des retraités

À titre de retraité admissible, pour chaque *période d'assurance*, vous recevrez une allocation de *crédits flexibles*, laquelle représente actuellement 50 \$ pour chaque année de service, jusqu'à concurrence de 35 années. Vous utiliserez vos *crédits flexibles* – ainsi que vos versements personnels, au besoin – pour acheter l'option de soins de santé et les niveaux de protection souhaités. Les *crédits flexibles* excédentaires, le cas échéant, seront déposés dans votre compte soins de santé (CSS). De plus, les *crédits flexibles* restants, le cas échéant, seront calculés au prorata selon votre date de retraite ou la date du changement admissible et le nombre de jours restants dans l'année du régime, et déposés dans votre CSS. Si vous avez travaillé sur une base intermittente (à temps partiel), à partir du 1^{er} janvier 2010, votre allocation annuelle de *crédits flexibles* sera modifiée pour tenir compte de vos heures de travail réduites.



Vous choisissez les options de soins de santé que vous préférez

Vous pouvez utiliser vos *crédits flexibles* – ainsi que vos versements personnels, au besoin – pour souscrire l'option voulue :

- **De base** : soins médicaux complémentaires, urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage, médicaments sur ordonnance, soins dentaires
- **Étendue** : soins médicaux complémentaires, urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage, médicaments sur ordonnance, soins dentaires
- **En cas de catastrophe** : soins médicaux complémentaires, médicaments sur ordonnance
- **Non-participation** : tous vos crédits flexibles sont acheminés vers votre compte soins de santé



Vous devez également choisir le niveau de protection que vous préférez :

- **retraité seulement**
- **retraité + une personne à charge**
- **retraité + deux personnes à charge ou plus**



Le solde de vos crédits flexibles sera automatiquement versé dans votre compte soins de santé

Ces *crédits flexibles* sont utilisés pour rembourser les dépenses médicales, dentaires et liées aux médicaments qui ne sont pas couvertes en vertu de l'option choisie. Les *crédits flexibles* restants, le cas échéant, seront calculés au prorata de votre date de départ à la retraite ou de changement admissible et du nombre de jours restants dans l'année de régime, et déposés dans votre compte soins de santé (CSS).



Assurance vie de base

Outre les options de soins de santé, le programme *Avantages Flexibles des retraités* prévoit une garantie d'assurance vie des retraités de 10 000 \$ dont l'entreprise règle les primes.



Assurance vie facultative

Vous pouvez souscrire de l'assurance vie supplémentaire payée par le retraité en fonction de tarifs privilégiés. Au moment de prendre votre retraite, vous pourrez conserver les assurances vie et DMA facultatives que vous déteniez en vertu du programme *mesAvantages* pour vous, votre conjoint et vos enfants à charge. Vous pouvez maintenir la protection au niveau actuel ou la réduire.

Les autres options d'assurance offertes, à vos frais, sont les suivantes :

- **assurance vie facultative**
- **assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) facultative**



Accès à des garanties additionnelles en fonction de tarifs réduits

Vous aurez accès à de l'assurance médicale en voyage à des tarifs réduits auprès de RBC Assurances. Ces régimes, qui sont aux frais des retraités, sont offerts sous forme de polices individuelles.

Renseignements importants

Cette brochure contient des renseignements importants sur vos protections du programme *Avantages Flexible des retraités* et devrait être conservée en lieu sûr.

Admissibilité

Vous êtes admissible au programme *Avantages Flexibles des retraités* si vous répondez à **tous** les critères suivants :

- avoir officiellement pris votre retraite de RBC le ou après le 1^{er} janvier 2010;
- être âgé d'au moins 55 ans;
- être résident du Canada;
- avoir cinq années *d'admissibilité aux prestations* dans les 10 dernières années²;
- à la date de la retraite, avoir complété au moins 10 années de *service ouvrant droit à pension* depuis votre date d'embauche la plus récente chez RBC³ **OU** complété au moins cinq années de *service ouvrant droit à pension* depuis votre date d'embauche la plus récente chez RBC si votre *service total dans l'entreprise* est de 25 ans ou plus⁴ ; et
- avoir accumulé des années de *services validables* dans l'un des régimes de retraite de RBC au Canada immédiatement avant votre retraite³.

Crédits flexibles

En tant que retraité admissible, vous recevrez pour chaque *période d'assurance* une allocation de *crédits flexibles*, laquelle représente actuellement 50 \$ pour chaque *année de service*, jusqu'à concurrence de 35 années. Vous utiliserez simplement vos *crédits flexibles* – ainsi que vos versements personnels, au besoin – pour souscrire l'option de soins de santé et le niveau de protection voulus. Les *crédits flexibles annuels* excédentaires, s'il y en a, seront déposés dans votre compte soins de santé. De plus, les crédits flexibles restants, le cas échéant, seront calculés au prorata de votre date de départ à la retraite ou de changement admissible et du nombre de jours restants dans l'année de régime, et déposés dans votre compte soins de santé. Si vous avez travaillé de façon intermittente (à temps partiel) depuis le 1^{er} janvier 2010, votre allocation annuelle de *crédits flexibles* sera modifiée pour tenir compte de vos heures de travail réduites.

Si, au moment de partir en retraite, votre compte soins de santé du programme *mesAvantages* destiné aux employés actifs présente un solde, vous **ne pouvez pas** le transférer au programme *Avantages Flexibles des retraités*. Vous disposerez toutefois de 90 jours après votre départ en retraite pour présenter les demandes de règlement relatives aux dépenses engagées avant cette date.

² **Admissibilité aux prestations** : votre plus récente période de service continu durant laquelle vous étiez admissible aux avantages sociaux des employés canadiens de RBC. Si vous étiez un employé intermittent, il s'agit de la période de service continu durant laquelle vous avez satisfait aux exigences de revenu minimum pour l'admissibilité.

³ **Services validables** : le total de vos années de participation au Programme de retraite de RBC, calculé au prorata si vous travaillez à temps partiel, avec un maximum de 35 années de participation à l'option à prestations déterminées (PD) et à l'option à cotisation déterminée (CD) combinées.

⁴ **Le service au sein de l'entreprise** sera compté comme des services validables (aux fins de l'admissibilité au programme *Avantages Flexibles* pour les retraités seulement et **NON** pour le droit à la pension) pendant la période durant laquelle votre service au sein de l'entreprise va au-delà des limites d'âge définies dans la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) pour accumuler des services validables.

Si vous décédez, votre *conjoint* et vos *enfants à charge admissibles* pourront continuer de recevoir une allocation de *crédits flexibles* – laquelle représente 25 \$ pour chacune de vos années de service, jusqu'à concurrence d'un maximum de 35 ans.

Pour plus d'information sur la protection des *Avantages flexibles des retraités* pour les résidents du Québec, voir la [page 61](#).

Faites vos choix

Avant votre départ en retraite, vous devrez adhérer au programme *Avantages Flexibles des retraités*. Vous choisirez alors l'une des quatre options d'avantages sociaux offertes, ainsi que le niveau de protection que vous préférez. Vous ne pouvez pas choisir une option différente pour chaque garantie et ne pouvez pas modifier votre choix après l'avoir effectué. **Une fois que vous aurez sélectionné les options désirées, celles-ci seront immobilisées pendant la durée de votre retraite.** Vous pourrez cependant effectuer certains changements si vous avez un changement admissible de situation; vous pourrez également réduire ou annuler votre protection en tout temps. Vous ne pourrez pas remettre la protection en vigueur plus tard. Pesez donc soigneusement votre décision. Consultez votre lettre de retraite pour savoir comment adhérer.

Votre protection entre en vigueur le jour où vos prestations de retraite commencent à être versées, pourvu que vous ayez terminé l'adhésion en ligne avant la date limite indiquée dans votre trousse de renseignements sur la retraite. Les primes mensuelles seront déduites de votre compte bancaire par le biais de prélèvements autorisés ou de votre versement de rente si vous participez à l'option PD du Programme de retraite RBC. La protection risque d'être annulée en cas de non-paiement des primes et pourrait ne pas être rétablie plus tard.

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*, voir [page 61](#).

Si vous n'adhérez pas au programme

Vous devez adhérer au programme avant la date limite indiquée dans votre trousse de renseignements sur la retraite. Si vous ne l'avez toujours pas fait 31 jours après la date limite d'inscription, vous serez automatiquement inscrit à l'option de *non-participation*, avec effet rétroactif à la date de votre retraite. Si vous êtes un résident du Québec et avez moins de 65 ans, vous serez automatiquement inscrit à l'option *de base*. Cette protection par défaut demeurera en vigueur pendant la durée de votre retraite. Les *crédits flexibles* excédentaires, s'il y en a, seront déposés dans votre compte soins de santé.

Si vous êtes réembauché par RBC

À compter du 1^{er} janvier 2024, les personnes retraitées de RBC depuis le 1^{er} janvier 2010 ou après cette date et qui sont réembauchées seront admissibles au programme *mesAvantages*.

Si vous êtes réembauché dans un poste à temps plein plus de 60 jours après votre date de départ à la retraite ou de cessation d'emploi, vous serez admissible au programme *mesAvantages* des employés actifs. Si vous participez déjà au programme *Avantages Flexibles des retraités*, vous conserverez vos avantages sociaux de retraité et vous pourrez résilier votre assurance de retraité ou en diminuer le montant si vous le souhaitez. Toutefois, vous NE SEREZ PAS autorisé à la rétablir ou à en augmenter le montant lorsque votre régime *mesAvantages* d'employé actif prendra fin. Si vous choisissez de participer à la fois au programme d'avantages sociaux des employés actifs et à celui des retraités, vous pourriez devoir cotiser deux fois (en fonction de ce que vous choisissez selon le régime des employés actifs). Le régime *mesAvantages* des employés actifs sera votre régime principal et le programme *Avantages Flexibles des retraités* sera le régime secondaire pour toutes les prestations admissibles.

Coûts

Le coût des garanties offertes en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités* varie selon la région :

- **Atlantique** – Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle Écosse et Île-du-Prince-Édouard;
- **Centre** – Ontario et Québec;
- **Ouest** – Manitoba, Alberta, Colombie-Britannique, Yukon, Territoires-du-Nord-Ouest et Nunavut;
- **Saskatchewan**.

La structure de tarification régionale est attribuable à l'intégration des garanties du programme *Avantages Flexibles des retraités* avec les régimes provinciaux d'assurance-maladie. Ces derniers fournissent des niveaux de protection différents qui ont une incidence sur les garanties complémentaires offertes en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*. S'il y a lieu, les coûts reflètent le fait que certaines provinces offrent une protection de soins de santé accrue aux personnes de 65 ans et plus. Reportez-vous au **Barème des coûts** du programme *Avantages Flexibles des retraités* à <http://www.rbc.com/retraite> pour connaître les primes mensuelles actuelles.

Protégez votre famille

Les avantages s'adressent non seulement à vous, mais à votre famille. C'est pourquoi le programme *Avantages Flexibles des retraités* vous permet d'assurer les membres admissibles de votre famille (voir ci-dessous) en vertu des options de soins de santé offertes. Il y a trois niveaux de protection :

- **retraité seul** – vous serez la seule personne assurée;
- **retraité + une personne à charge** – vous et votre *conjoint* ou un enfant à charge serez assurés;
- **retraité + deux personnes à charge ou plus** – vous, votre *conjoint* et vos *enfants à charge admissibles* serez assurés.

Le niveau de protection que vous choisissez s'applique à chacun des régimes offerts – soins médicaux complémentaires, médicaments sur ordonnance, soins dentaires et urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage. Vous **ne pouvez pas** choisir un niveau de protection différent pour chaque garantie.

Comme vous pouvez vous en douter, le coût annuel de la protection *retraité + une personne* sera supérieur à celui de la protection *retraité seul*. De même, le coût annuel de la protection *retraité + deux personnes ou plus* sera plus élevé que celui de la protection *retraité + une personne*.

Personnes à charge admissibles

Une personne à charge admissible est toute personne répondant à la définition de *conjoint* ou d'*enfant à charge* du Glossaire (voir [page 58](#)).

Remarque : Vous devez informer **Conseils RH Canada** si vous cessez d'avoir un *conjoint* ou au moment où vos enfants cessent d'être des personnes à charge admissibles, afin que votre protection et vos primes soient ajustées en conséquence. Les primes continueront d'être prélevées jusqu'à ce que vous nous avisiez d'un changement.

Résidents du Québec

Si vous habitez au Québec et avez moins de 65 ans, la loi exige que vous choisissiez une protection minimale d'assurance-médicaments pour vous et vos personnes à charge admissibles (c.-à-d. une protection qui se conforme à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)), à moins que vous ne déteniez une protection comparable en vertu d'un autre régime. C'est pourquoi vos options de soins de santé se limitent aux garanties **de base et étendue**. Veuillez consulter la [page 61](#) pour plus de renseignements.

Changement admissible

Vous pouvez seulement modifier votre niveau de protection, à la hausse ou à la baisse (ex. de *retraité + une personne à retraité seul*, ou de *retraité + une personne à retraité + deux personnes ou plus*), dans les circonstances suivantes :

- dans le cas d'une séparation de corps ou d'un divorce;
- si une personne cesse d'être admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge;
- dans le cas du décès du conjoint ou d'un enfant à charge;
- à la naissance ou à l'adoption d'un enfant, ou au moment où vous acceptez la garde légale d'un enfant;
- si un enfant de plus de 21 ans retourne aux études à plein temps.

Ces circonstances vous permettent de modifier votre niveau de protection, mais vous **ne pouvez pas** choisir une nouvelle option de soins de santé.

Mariage pendant la retraite

Si vous vous mariez, vous remariez ou vous unissez avec une nouvelle personne pendant la retraite, votre nouveau conjoint n'est pas admissible au programme⁵ et ce, même si vous décédez avant cette personne.

Résidents de l'extérieur du Canada

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

Veuillez communiquer avec Conseils RH Canada au 1 800 545-2555 pour plus de détails et pour confirmer la date de votre déménagement.

Bénéficiaires

La ou les personnes que vous désignez à titre de bénéficiaires (à l'aide du *Formulaire de désignation de bénéficiaires*) recevront le produit de votre assurance vie de base, de votre assurance vie facultative du retraité, et de votre assurance facultative en cas de décès ou de mutilations accidentels (DMA), si

⁵ Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du programme Avantages Flexibles des retraités, voir [page 62](#).

votre décès découle d'un accident assurable. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire au moyen du Formulaire de désignation de bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession.

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire de toutes prestations payables en vertu de l'assurance vie facultative du conjoint ou de l'assurance vie facultative des enfants à charge du programme *Avantages flexibles des retraités* et de toutes prestations payables pour un membre de la famille assuré en vertu de l'assurance facultative en cas de décès ou de mutilations accidentels (DMA).

Le *Formulaire de désignation de bénéficiaires* est disponible sur le site Web des retraités à <http://www.rbc.com/retraite>. Vous pouvez mettre à jour vos désignations de bénéficiaires en tout temps en remplissant un nouveau *Formulaire de désignation de bénéficiaires*.

Lorsque vous désignez vos bénéficiaires, gardez à l'esprit les points suivants :

Si vous désignez plusieurs bénéficiaires...

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire pour la même prestation, vous devez indiquer le pourcentage de la prestation que doit recevoir chacun des bénéficiaires; le total ne doit cependant pas dépasser 100 %. Le formulaire de désignation de bénéficiaire vous permet d'indiquer si la désignation est révocable ou irrévocable.

Si vous souhaitez désigner des bénéficiaires mineurs...

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 résidez au Québec et désignez votre conjoint ou conjoint de fait à titre de bénéficiaire...

En vertu des lois du Québec, si vous désignez votre *conjoint* légalement marié ou *conjoint de fait* à titre de bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable, à moins que vous n'ayez indiqué sur le formulaire que la désignation est révocable. Si vous spécifiez que la désignation est révocable, vous pourrez changer de bénéficiaire en tout temps sans le consentement de votre *conjoint* ou *conjoint de fait*. Pour modifier une désignation de bénéficiaire irrévocable, vous devrez obtenir le consentement écrit de votre conjoint ou conjoint de fait.

Coordination des demandes de règlement

Si vous, votre *conjoint* ou un *enfant à charge* êtes assuré en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités* et bénéficiez d'avantages 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 règlement de coordination des prestations seront traitées selon le montant admissible des dépenses (raisonnables et habituelles) et non pas nécessairement selon le montant total demandé.

La coordination des prestations peut également s'appliquer si vous, ou votre *conjoint*, travaillez pour RBC ou êtes retraité de RBC. Cela inclut les dépenses initiales engagées à l'aide d'un code de paiement direct des médicaments en vertu du programme *mesAvantages* destiné aux employés actifs ou du programme *Avantages Flexibles des retraités*. Dans ces cas, la Sun Life coordonnera automatiquement les demandes en fonction de l'information fournie.

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

- Vous devez d'abord présenter les demandes de prestation pour vous-même au moyen du programme *Avantages Flexibles des retraités*. Le remboursement des frais non remboursés peut ensuite être demandé au régime de votre *conjoint*.
- Si vous avez été réembauché par RBC et que vous êtes couvert par le régime *mesAvantages* des employés actifs et le programme *Avantages Flexibles des retraités*, *mesAvantages* des employés actifs sera votre régime principal et *Avantages Flexibles des retraités* votre régime secondaire pour toutes les prestations admissibles. Vous devrez donc d'abord présenter vos demandes de prestations personnelles au moyen de votre régime d'employé actif. Vous pourrez ensuite présenter vos demandes personnelles non remboursées à votre régime de retraité.
- 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 demander le reste au programme *Avantages Flexibles des retraités*.
- Les demandes touchant les *enfants à charge* doivent d'abord être présentés au régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient plus tôt dans l'année. Par exemple, si vous êtes né en mars et votre conjoint en juillet, vous devez d'abord soumettre les demandes touchant vos enfants à charge au programme *Avantages Flexibles des retraités*. Toute portion impayée peut ensuite être soumise au régime de votre conjoint à titre de deuxième payeur.
- 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 assurées, au fournisseur de service de votre employeur. Toute portion impayée de la demande peut ensuite être soumise au programme *Avantages Flexibles des retraités*.

Paiement des demandes et explication des prestations

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

Si vous le préférez, l'explication des prestations peut vous être envoyée par courriel plutôt que par la poste une fois la demande traitée. Vous pouvez demander une explication des prestations électronique auprès des Services aux participants de la Sun Life, Paiements sans papier à <https://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.

Prélèvement des primes

Les primes mensuelles régulières du programme *Avantages Flexibles des retraités* seront prélevées de votre compte bancaire par débit préautorisé ou de votre rente de retraite mensuelle, si vous êtes un participant de l'option à prestations déterminées du Programme de retraite de RBC. Les primes de soins de santé et d'assurance sont basées sur la protection choisie et les taux en vigueur. Si les fonds requis ne sont pas disponible dans votre compte, la protection pourrait être résiliée.

Taxe de vente au détail

Dans certaines provinces (à l'heure actuelle, l'Ontario, le Québec et le Manitoba), une taxe de vente au détail sera ajoutée aux primes payées pour les régimes d'assurance (assurance vie facultative et décès et mutilations accidentels) et prélevée de votre compte bancaire par débit préautorisé ou de votre rente de retraite mensuelle, si vous êtes un participant de l'option à prestations déterminées du Programme de retraite de RBC. De plus, si vous êtes un résident de l'Ontario ou du Québec, une taxe de vente au détail sera aussi ajoutée à votre prime pour le régime de soins de santé et prélevée de votre compte bancaire par débit préautorisé ou de votre rente de retraite mensuelle.

Traitement fiscal

Les lois fiscales actuelles exigent que vous payiez de l'impôt sur le revenu sur les primes et les taxes de vente provinciales (le cas échéant) payées par RBC pour l'assurance vie de base. Votre avantage imposable pour cette garantie apparaît chaque année sur votre feuillet T4A.

Résidents du Québec : voir la [page 61](#) pour d'autres renseignements sur le traitement fiscal.

Prestations de survivant

Les garanties de soins de santé du programme *Avantages Flexibles 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 participez au programme *Avantages Flexibles des retraités* :

- votre *conjoint* survivant, s'il est déjà assuré en vertu du programme, demeurera admissible à ces garanties;
- vos *enfants à charge*, s'ils sont déjà assurés en vertu du programme, demeureront admissibles à ces garanties jusqu'à ce qu'ils ne soient plus considérés comme des personnes à charge (voir le *Glossaire*, [page 58](#), pour connaître la définition d'*enfant à charge*).

Votre *conjoint* survivant et vos *enfants à charge* demeureront admissibles à une allocation de *crédits flexibles*, qui représente actuellement 25 \$ pour chacune de vos années de service, sous réserve d'un maximum de 35 ans – mais seulement s'ils sont couverts en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités* au moment de votre décès. Si la couverture coûte plus cher que les *crédits flexibles* disponibles, votre *conjoint* et vos *enfants à charge* admissibles devront payer la différence. Le solde des *crédits flexibles* sera déposé dans un compte soins de santé et pourra être utilisé pour régler les dépenses médicales et dentaires qui ne sont pas couvertes, ou pas entièrement couvertes, en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*.

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*, voir la [page 61](#).

Cessation de la protection

En vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*, la protection offerte en vertu des garanties de soins de santé prend fin à votre décès. La protection de votre conjoint (s'il est assuré) prend fin à son décès, alors que celle des enfants à charge admissibles se termine 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 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;

- le jour de votre retour à votre province de résidence après un voyage;
- le jour où vous devenez inadmissible 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 pourriez souhaiter communiquer avec <http://www.rbcassurances.com/particuliers.html> ou la <https://www.masunlife.ca> pour vous informer des options de polices individuelles disponibles.

Modification et résiliation

RBC et ses filiales se réservent le droit unilatéral de changer, de modifier ou de résilier les contrats, les régimes et/ou les politiques distincts couvrant les retraités et/ou leurs personnes à charge et survivants en tout temps, y compris après la retraite des employés, et peut être tenu de le faire en raison de modifications apportées à la législation. De plus, RBC se réserve le droit de modifier les conditions des différentes garanties, de même que les montants facturés aux participants, en tout temps, y compris après la retraite des employés.

Vos options de soins de santé

Le programme *Avantages Flexibles des retraités* vous propose quatre options afin de vous donner la flexibilité de choisir la protection de soins de santé dont vous avez besoin. Vos choix sont les suivants :

- **Option 1 : De base** – cette option couvre une vaste gamme de besoins en matière de soins de santé en fonction d'un niveau de remboursement de 70 % (sous réserve d'un maximum viager de 250 000 \$ par personne assurée).
- **Option 2 : Étendue** – cette option couvre une vaste gamme de besoins en matière de soins de santé en fonction d'un niveau de remboursement de 80 % (90 % pour les frais d'hospitalisation) (sous réserve d'un maximum viager de 400 000 \$ par personne assurée).
- **Option 3 : En cas de catastrophe** – cette option couvre les dépenses liées aux médicaments sur ordonnance, ainsi que certains frais médicaux et hospitaliers, en fonction d'un remboursement de 100 % après que les dépenses réglées de votre poche atteignent une franchise de 5 000 \$ (sous réserve d'un maximum annuel de 250 000 \$ et d'un maximum viager de 600 000 \$ par personne assurée).
- **Option 4 : Non-participation** – cette option fait en sorte que tous vos *crédits flexibles* soient déposés dans votre compte soins de santé.

Si vous habitez au Québec, les options *en cas de catastrophe* et de *non-participation* ne sont disponibles que si vous détenez une protection de soins de santé ailleurs. Résidents du Québec, voir la [page 61](#) pour plus de détails.

Rappelez-vous que vous pouvez choisir une seule option de soins de santé, qui s'appliquera à toutes les garanties offertes en vertu de cette option. Par exemple, si vous choisissez l'option *de base*, vous serez inscrit à cette option pour les garanties de soins médicaux complémentaires, d'urgences médicales hors de la province/du pays et d'assistance-voyage, de médicaments sur ordonnance et de soins dentaires. Les choix multiples **ne sont pas** permis (par exemple, vous ne pouvez pas choisir l'option de base pour les soins médicaux complémentaires et l'option *étendue* pour les médicaments sur ordonnance).

Si vous choisissez l'option de *non-participation*, vous ne bénéficierez d'aucune protection en vertu des garanties de soins médicaux complémentaires, d'urgences médicales hors de la province/du pays et d'assistance-voyage, de médicaments sur ordonnance ou de soins dentaires. Vos *crédits flexibles* seront toutefois déposés dans votre compte soins de santé, où ils pourront servir à défrayer les dépenses médicales et dentaires admissibles selon l'Agence du revenu du Canada.

Vous pouvez choisir un seul niveau de protection (c.-à.-d. *retraité seul*, *retraité + une personne* ou *retraité + deux personnes ou plus*), lequel s'appliquera à toutes les garanties offertes en vertu de cette option. Par exemple, si vous choisissez l'option *retraité seul*, ce niveau de protection s'appliquera à toutes les garanties.

Activation de votre garantie de soins de santé

Veuillez noter qu'il peut s'écouler jusqu'à trois semaines après la transmission de votre adhésion en ligne aux *Avantages Flexibles des retraités* pour que votre protection soit activée avec la Sun Life. Pour contrer ce délai, vous pourriez faire remplir vos prescriptions avant votre départ à la retraite ou payer vos médicaments et en demander ensuite le remboursement au moyen d'un formulaire de demande de remboursement des *Avantages Flexibles des retraités* une fois que votre protection sera entrée en vigueur.

Soins médicaux complémentaires

La protection offerte en vertu de la garantie de soins médicaux complémentaires est résumée dans le tableau ci-dessous.

Soins médicaux complémentaires

Votre protection	De base	Étendue	Catastrophe ⁶	Non-participation ⁶
Niveau de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> 70 % Assujetti à un maximum viager (soins médicaux complémentaires et médicaments sur ordonnance combinés) 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % (90 % hôpital) Assujetti à un maximum viager (soins médicaux complémentaires et médicaments sur ordonnance combinés) 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % après franchise annuelle de 5 000 \$ par personne assurée Assujetti à des maximums annuels et viagers (soins médicaux complémentaires et médicaments sur ordonnance combinés) 	Pas couvert
Hospitalisation	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	
Soins infirmiers privés	Maximum viager de 25 000 \$	Maximum viager de 25 000 \$	Maximum viager de 25 000 \$	
Maison de convalescence/ de soins infirmiers	Maximum viager de 25 000 \$	Maximum viager de 25 000 \$	Pas couvert	
Accident dentaire	70 %	80 %		
Soins paramédicaux (y compris la physiothérapie)	Maximum combiné de 500 \$ par période d'assurance	Maximum combiné de 800 \$ par période d'assurance		
Prothèses auditives, moulages, implants cochléaires ou piles pour les prothèses auditives	300 \$ tous les quatre ans	500 \$ tous les quatre ans		
Soins de la vue	Pas couverts	150 \$ une fois dans toute période de 24 mois (période de 12 mois pour les		

⁶ **Résidents du Québec** : si vous prenez votre retraite avant 65 ans, vous devez choisir une protection conforme aux règles de la RAMQ. Cela signifie que vous n'avez que le choix entre la protection de base et la protection étendue, à moins de disposer d'une protection équivalente à celle de la RAMQ en vertu d'un autre régime. Si vous prenez votre retraite à 65 ans ou plus tard, vous ne pourrez choisir la protection en cas de catastrophe ou vous prévaloir de l'option de non-participation que si vous bénéficiez de la protection de la RAMQ ou d'une protection équivalente en vertu d'un autre régime de soins de santé.

Votre protection	De base	Étendue	Catastrophe ⁶	Non-participation ⁶
		enfants à charge de 16 ans et moins)		
Équipements et fournitures médicaux	70 %	80 %		
Maximums annuels et viagers <ul style="list-style-type: none"> • Applicables aux dépenses engagées après le départ en retraite pour les soins médicaux et des médicaments sur ordonnance admissibles. 	Maximum viager de 250 000 \$ par personne assurée	Maximum viager de 400 000 \$ par personne assurée	Maximum annuel de 250 000 \$ et maximum viager de 600 000 \$ par personne assurée	

Dépenses admissibles

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des dépenses admissibles, lesquelles seront couvertes en fonction du taux de remboursement applicable à chaque option – 70 % pour l'option *de base*, 80 % pour l'option *étendue* (90 % pour les frais hospitaliers) et 100 % pour l'option *en cas de catastrophe* après une franchise de 5 000 \$ par année – jusqu'à concurrence des maximums viagers et, dans le cas de l'option en cas de catastrophe, des maximums annuel et viager. Ces dépenses sont admissibles pourvu qu'elles soient :

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

Hospitalisation – couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie et le coût d'une chambre à deux lits dans un *hôpital* du Canada. La protection est offerte à compter du premier jour de la période d'hospitalisation. Les dépenses sont jugées admissibles si l'hospitalisation est médicalement nécessaire. S'il n'est plus nécessaire pour vous de rester hospitalisé mais que vous avez besoin d'un autre niveau de soins (ANS), ces frais ne sont pas admissibles au sens du régime d'assurance maladie provincial et ne sont pas pris en charge par le programme de RBC. L'ANS est pour les soins aux malades chroniques lorsque le patient est placé dans la section réservée aux malades chroniques en attendant qu'une place soit disponible dans une maison de soins infirmiers (ou qu'il retourne à la maison et soit pris en charge par la famille).

Montants raisonnables et habituels

Le programme remboursera les coûts liés à des services et fournitures admissibles (sous réserve des modalités et des limites de la protection), jusqu'à concurrence des montants raisonnables et habituels dans votre province de résidence. Il ne remboursera pas les dépenses qui excèdent ces montants raisonnables et habituels. Pour connaître les montants raisonnables et habituels actuels, veuillez communiquer avec la Sun Life au 1 800-305-5905.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à offrir des soins et des traitements aux patients malades ou blessés, principalement lorsqu'ils ont besoin de soins aigus. Il doit disposer d'installations pour le diagnostic et les chirurgies majeures. Les soins infirmiers doivent être disponibles 24 heures par jour. La définition d'*hôpital* ne comprend pas les *maisons de soins infirmiers*, les *maisons de convalescence* ou de repos, les maisons pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums, les *maisons de convalescence* ou les établissements de traitement de la dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou les lits réservés à de tels usages dans un *hôpital*.

Soins infirmiers privés – couvre les soins fournis à domicile (sauf les soins de garde) par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé titulaire d'un permis provincial, qui n'est pas un membre de votre famille et qui n'habite pas normalement à votre domicile. Les soins doivent faire l'objet de la recommandation écrite d'un médecin qualifié et la protection se limite à un maximum viager de 25 000 \$ par personne en vertu des options *de base*, *étendue* et *en cas de catastrophe*. La nécessité médicale doit être établie à la satisfaction de l'administrateur du régime et les prestations ne sont pas payables si les soins sont dispensés dans un *hôpital*.

Hôpital de convalescence/maison de soins infirmiers – couvre une chambre à deux lits dans une *maison de convalescence* ou de *soins infirmiers* admissible pendant un maximum de 180 jours, pourvu que le séjour dans l'établissement en question :

- soit prescrit par un *médecin qualifié*;
- débute dans les 14 jours suivant une période d'hospitalisation;
- soit principalement à des fins de réadaptation et non de soins de garde⁷;
- dans le cas d'une *maison de soins infirmiers*, le régime provincial verse une allocation quotidienne pour votre logement.

La protection se limite à un maximum viager de 25 000 \$ par personne et n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*.

Un *hôpital de convalescence* est un établissement autorisé à fournir des soins et des traitements de convalescence à des patients malades ou blessés hospitalisés. Les soins médicaux et infirmiers doivent être disponibles 24 heures par jour. La définition ne comprend pas les *maisons de soins infirmiers*, les maisons de repos, les maisons pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums ou les établissements de traitement de la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Une *maison de soins infirmiers* est un établissement autorisé à fournir des soins à des patients qui ont besoin d'aide pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, qui ne peuvent pas recevoir ces soins à domicile et qui ont besoin d'une surveillance médicale régulière et de soins infirmiers compétents 24 heures par jour. La définition ne comprend pas les maisons de repos, les maisons pour personnes âgées ou malades chroniques, les sanatoriums, les *hôpitaux de convalescence* ou les établissements de traitement de la dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Frais d'ambulance – couvre le recours à une ambulance autorisée pour le transport vers l'*hôpital* ou en provenance de celui-ci, s'il est médicalement nécessaire, pour vous conduire vers l'hôpital le plus près en mesure de fournir les services médicaux nécessaires et vous en ramener. Seuls les frais qui ne sont pas couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie seront remboursés. La protection n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*.

⁷ Les soins de garde sont des soins non médicaux qui signifient que vous avez besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, comme s'habiller, se laver et utiliser les toilettes.

Accident dentaire – rembourse les dépenses admissibles engagées pour réparer des dommages infligés accidentellement aux dents naturelles. Le traitement doit être administré dans les 12 mois suivant l'accident. La protection n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*. Le régime rembourse les frais raisonnables et habituels jusqu'au montant précisé dans le guides des tarifs de l'année en cours des dentistes généralistes approuvé pour votre province de résidence, selon le service ou le matériau le moins coûteux compatible avec les bonnes pratiques de soins dentaires. Le guide des tarifs doit être le guide en vigueur au moment où le traitement est reçu.

Soins paramédicaux – couvre les services des praticiens autorisés/enregistrés suivants : physiothérapeutes, psychologues ou travailleurs sociaux, psychothérapeutes, thérapeutes familiaux, conseillers conjugaux et conseillers cliniques, chiropraticiens⁸, ostéopathes ou praticiens osteopathes⁸, naturopathes, podiatres ou chiropodistes⁸, acupuncteurs, massothérapeutes, orthothérapeutes, ergothérapeutes, thérapeutes visuels, orthophonistes et audiologistes. 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. La protection est assujettie aux maximums combinés de 500 \$ par *période d'assurance* en vertu de l'option *de base* et de 800 \$ pour l'option *étendue*. La protection n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*.

Tests diagnostiques et radiographies – couvre les tests de laboratoire et les services diagnostiques offerts dans un laboratoire commercial, pourvu que le remboursement de ces frais ne soit pas interdit par votre régime provincial d'assurance-maladie. Les services suivants sont assurés :

- les tests sanguins;
- les échographies pour une raison autre que la grossesse;
- les radiographies;
- les thermogrammes et mammographies.

La protection n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*.

Examen de la vue – couvre un examen de la vue effectué par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé une fois tous les 24 mois (tous les 12 mois pour les enfants à charge de 16 ans et moins). Les frais d'examen de la vue ne sont pas compris dans le maximum applicable aux soins de la vue. La protection n'est pas offerte en vertu des options *de base* et *en cas de catastrophe*.

Soins de la vue (incluant les lentilles intraoculaires) – couvre le coût de lunettes ou de lentilles cornéennes prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé, ou les frais d'une chirurgie oculaire au laser effectuée par un ophtalmologiste, jusqu'à concurrence des maximums applicables de 150 \$ une fois dans toute période de 24 mois (12 mois pour les enfants à charge de 16 ans et moins). Il importe de noter que les demandes de règlement liées aux soins de la vue seront traitées en fonction de la date d'achat, et non de la date de l'examen de la vue ou de l'ordonnance. La date d'achat est la date du paiement complet de vos lunettes ou de vos lentilles cornéennes. La protection n'est pas offerte en vertu des options *de base* et *en cas de catastrophe*. Les dépenses admissibles remboursées ne font pas partie du maximum viager applicable à l'option *étendue*.

⁸ Incluant les examens radiographiques.

Prothèses auditives, embouts auriculaires, implants cochléaires ou piles des appareils auditifs – couvre les prothèses auditives prescrites par un oto-rhino-laryngologiste, ainsi que leurs piles et les embouts auriculaires, sous réserve d'un maximum de 300 \$ en vertu de l'option *de base* et de 500 \$ en vertu de l'option *étendue* tous les quatre ans. Il importe de noter que les demandes de règlement liées aux prothèses auditives seront évaluées en fonction de la date d'achat, et non de la date de l'examen ou de l'ordonnance. La protection n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*.

Équipements et fournitures médicaux⁹ – sous réserve de la recommandation écrite d'un médecin qualifié, la garantie couvre les frais suivants (sans s'y restreindre) :

- L'administration d'oxygène, de plasma et les transfusions sanguines.
- Fauteuil roulant – la protection est limitée à l'utilisation d'un fauteuil roulant manuel, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant électrique. Le régime remboursera le coût *raisonnable et habituel* en vigueur au moment de l'achat. Le régime déduira le montant payé par un autre programme, comme un régime provincial d'assurance-maladie, du coût raisonnable et habituel pour cette dépense. Un médecin qualifié doit autoriser les frais par écrit. Il est recommandé d'obtenir l'approbation préalable de la Sun Life.
- La location d'un lit d'hôpital ou d'une autre pièce d'équipement durable pour un usage thérapeutique temporaire; les plâtres, les attelles, les bandages herniaires, les appareils orthopédiques et les béquilles, ainsi que l'installation initiale ou le remplacement de membres ou d'yeux artificiels pour compenser la perte des membres naturels ou des yeux, exclusion faite des appareils myoélectriques. La taxe de vente et les frais de livraison font partie des dépenses admissibles.
- 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 insuline à l'aide des méthodes conventionnelles et si un spécialiste en médecine interne ou un diabétologue le recommande par écrit. Les frais doivent être prescrits par écrit par un spécialiste en médecine interne ou un diabétologue. Les frais de réparation ou de remplacement d'un dextromètre ou d'un glucomètre médicalement nécessaire sont couverts, pourvu que cinq années se soient écoulées depuis l'acquisition de l'appareil.
- Les frais relatifs à une machine de ventilation spontanée en pression positive continue et au masque.
- Les frais d'un appareil de neurostimulation transcutanée (TENS), pour le contrôle de la douleur chronique, avec un maximum viager de 500 \$.
- Le coût des prothèses mammaires et des soutien-gorge chirurgicaux requis suite à une chirurgie, jusqu'à concurrence de trois soutien-gorge et d'un maximum combiné de 1 000 \$ par personne, par *période d'assurance*.
- Les perruques – remboursement (en vertu de l'option *étendue* seulement), du coût de perruques lorsque la perte des cheveux est attribuable à des causes anormales, comme la chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ tous les 24 mois (inclut l'alopecie). Il n'est pas nécessaire d'obtenir une prescription du médecin.
- Les chaussures orthopédiques – remboursement (en vertu de l'option *étendue* seulement), du coût de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure ou des modifications qui y sont apportées, lorsque ces chaussures sont prescrites par un médecin qualifié, un podiatre ou un chiropriste, sous réserve d'une paire de chaussures et d'un maximum de 200 \$ par personne et par *période d'assurance*.

⁹ La protection n'est pas offerte en vertu de l'option *en cas de catastrophe*

- Les orthèses – remboursement (en vertu de l'option *étendue* seulement), du coût d'orthèses fabriquées sur mesure lorsqu'elles sont prescrites par un médecin qualifié, un podiatre ou un chiroprathe, sous réserve d'un maximum de deux paires d'orthèses par *période d'assurance*.
- Les bonnets couvre-segments – avec un maximum de cinq paires par personnes par *période d'assurance*.
- Les bas de soutien élastiques (incluant les bas à gradient de pression) – jusqu'à deux paires et un maximum de 100 \$ par personne par *période d'assurance*.
- L'équipement de soins à domicile aides à la vie – remboursement du coût d'équipement de soins à domicile médicalement nécessaire avec un maximum viager de 1 000 \$, sous réserve de la recommandation écrite d'un *médecin qualifié*. Le montant du remboursement et le maximum viager varie selon l'option choisie. Consultez la Sun Life pour plus de détails et pour obtenir une approbation préalable. Les articles suivants sont considérés admissibles : articles de sécurité pour la salle de bain (pour les personnes handicapées) et 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 couverts.

Ce qui n'est pas couvert

Peu importe l'option choisie, la garantie soins médicaux complémentaires du programme *Avantages Flexibles des retraités* ne verse aucune prestation et n'accepte aucune responsabilité à l'égard des événements suivants :

- Les services ou fournitures payables ou disponibles (sans égard à l'existence d'une liste d'attente, le cas échéant) en vertu d'un programme ou d'un régime gouvernemental, sauf dans la mesure indiquée ci-dessous à la section *Intégration avec les programmes gouvernementaux*.
- La portion des frais qui est couverte en vertu de votre régime provincial d'assurance-maladie. Les demandes de règlement relatives à ces services peuvent être présentées seulement si le régime provincial a versé la prestation annuelle maximale prévue par ce régime.
- Les 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.
- Tout service ou fourniture qui n'est pas habituellement fourni pour le traitement d'une maladie, incluant les traitements expérimentaux.
- Les frais dépassant ce qui est considéré raisonnable et habituel.
- Les frais que vous n'êtes pas légalement obligé de payer.
- Maladie ou blessure 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.
- Les 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.
- Les frais liés à des appareils que l'administrateur considère non admissibles, tels que les pompes à insuline.
- L'équipement que la Sun Life considère inadmissible (par exemple, les matelas orthopédiques, les appareils d'exercice, les appareils de climatisation ou de purification de l'air, les bains tourbillons, les humidificateurs et l'équipement utilisé pour traiter les troubles affectifs saisonniers).

- Les services ou les fournitures qui ne sont pas admissibles à titre de dépenses médicales au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada.

Dans plusieurs cas, les dépenses exclues peuvent être remboursées par le biais du compte soins de santé, à condition d'être admissibles en vertu des règles fiscales et d'avoir assez d'argent dans votre compte soins de santé. Consultez la [page 42](#) pour plus de détail.

Intégration avec les programmes gouvernementaux

Le régime de soins médicaux complémentaires est intégré avec les prestations payables ou disponibles en vertu du régime ou du programme gouvernemental (le programme gouvernemental).

Les dépenses assurées en vertu de ce régime correspondent à la portion des dépenses qui n'est pas payable ou disponible en vertu du programme gouvernemental, sans égard aux éléments suivants :

- vous ayez fait ou non une demande au programme gouvernemental;
- votre participation à ce régime affecte votre admissibilité ou votre droit à des prestations du régime gouvernemental; ou
- toute liste d'attente.

Urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage

Les options *de base* et *étendue* du programme *Avantages Flexibles 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 qui survient pendant les *31 premiers jours* d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence. Si vous optez pour le niveau de protection *retraité + une personne* ou *retraité + deux personnes ou plus*, votre *conjoint* et vos *enfants à charge* admissibles bénéficient aussi de cette garantie.

Une urgence médicale est une blessure soudaine et imprévue ou une crise aiguë d'une maladie qui commence pendant la période de couverture et entraîne un **état médical** exigeant l'attention immédiate d'un médecin autorisé ou une hospitalisation immédiate.

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

Dépenses admissibles

La garantie couvre les dépenses raisonnables et habituelles dépassant les montants remboursés par votre régime provincial d'assurance maladie ou une autre source similaire engagées pour :

- une période d'hospitalisation 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 clinique externe;
- le transport par ambulance terrestre vers un hôpital ou en provenance de celui-ci; et
- le transport par ambulance aérienne lorsque ce transport est médicalement nécessaire et approuvé au préalable par Allianz Global Assistance.

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 assurés de votre famille séjournent temporairement hors de votre province de résidence ou du Canada et ce, pendant les 31 premiers jours de votre absence. Les dépenses admissibles ne sont pas incluses dans les maximums voyageurs des options *de base* et *étendue des soins médicaux complémentaires*.

Assistance-voyage et aide aux demandes de règlement

Outre une protection contre les urgences médicales, la garantie prévoit 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 disponibles et obtient l'approbation de l'assureur pour les services couverts.

État médical

Un état médical est une blessure accidentelle ou une maladie (ou une condition liée à cette blessure accidentelle ou à cette maladie), y compris les maladies, les psychoses aiguës et les complications qui surviennent pendant les 31 premières semaines d'une grossesse.

Si vous, votre *conjoint* ou vos *enfants à charge* admissibles subissez une urgence médicale en voyage qui exige des traitements immédiats, communiquez avec Allianz Global Assistance à l'un des numéros suivants :

- Canada et États-Unis : 1 866-496-5254 (sans frais);
- ailleurs dans le monde : 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 61](#). 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.
- Aiguillage vers un établissement médical agréé.
- La prise d'arrangements afin de régler directement avec le fournisseur, dans la mesure du possible, les dépenses raisonnables et habituelles engagées en raison d'une **urgence médicale** imprévue qui n'est pas couverte par votre régime provincial d'assurance-maladie. La garantie comprend :
 - les frais de séjour à l'hôpital dans une salle commune ou une chambre à deux lits;
 - les services hospitaliers et les fournitures y afférentes;
 - le diagnostic et le traitement par un *médecin qualifié*;
 - les services en clinique externe; et
 - la prise d'arrangements concernant la facturation d'un 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 assurée 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 assurée, 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 assurée retarde son retour afin de recevoir un traitement pour une des urgences couvertes par la présente garantie.
- Cette garantie est assujettie à un plafond de 150 \$ CAN par jour, sous réserve d'un maximum de 1 500 \$ CAN par famille. Elle est assujettie à l'autorisation préalable de Allianz Global Assistance

- Le transport de retour (en classe économique) pour les enfants assurés laissés sans surveillance en raison du décès ou de l'hospitalisation d'une personne assurée. Au besoin, une personne qualifiée les accompagnera.
- Le transport en classe économique pour un membre de la famille afin de rejoindre une personne assurée qui, alors qu'elle voyageait seule, a été hospitalisée pendant plus de quatre jours consécutifs. En vertu de la présente garantie, aucune garantie n'est fournie aux membres de la famille à moins qu'ils ne soient considérés comme étant assurés en vertu de celui-ci.
- Le coût additionnel d'un billet de retour à la maison en classe économique pour les personnes assurées qui ratent leur vol initial en raison d'un accident ou d'une maladie.
- Si la personne assurée n'est pas en mesure de conduire pour des raisons médicales, et que personne d'autre n'est en mesure de le faire, la garantie versera jusqu'à 1 000 \$ pour le retour du véhicule de la personne assurée à son domicile ou à l'agence de location la plus proche.
- En cas de décès, la préparation de la dépouille de la personne assurée, jusqu'à concurrence de 3 500 \$, et le transport vers sa ville de résidence au Canada pourvu que Allianz Global Assistance ait approuvé son transport. La protection n'inclut pas le coût d'incinérer ou d'enterrer la dépouille.

Urgences médicales hors de la province/du pays et assistance-voyage

Votre protection	De base	Étendue	Catastrophe	Non-participation
Protection pendant les 31 premiers jours d'un voyage	100 %	100 %	Pas couvert	Pas couvert

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 une condition médicale :
 - qui n'est pas considérée comme une urgence médicale;
 - si, avant le début de votre voyage, il était raisonnable de s'attendre à ce qu'une personne assurée nécessite des soins médicaux ou une hospitalisation pendant son voyage;
 - qui, avant le début de votre voyage, avait été identifié comme un état pathologique 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 ait 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, qu'il soit né avant ou après la 31^e semaine de grossesse).
- 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 de 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 blessure résultant :
 - d'une blessure ou maladie auto-infligée;
 - 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;
 - d'un accident en conduisant un véhicule, un vaisseau ou un aéronef alors que vous étiez sous l'influence de drogues ou de l'alcool;
 - tout état pathologique résultant de ou associé de quelque façon que ce soit à votre usage chronique d'alcool ou de drogues, avant ou pendant votre voyage;
 - tout état pathologique résultant de ou associé de quelque façon que ce soit à votre abus d'alcool durant votre voyage;
 - tout état pathologique résultant de ou associé de quelque façon que ce soit à l'utilisation volontaire, durant votre voyage, de drogues illégales ou de médicaments d'ordonnance qui ne vous ont pas été prescrits;
 - votre abus de médicaments ou le non-respect délibéré d'une thérapie ou d'un traitement médical qui vous a été prescrit avant ou pendant votre voyage.
- Tout traitement médical si vous vous êtes déplacé pour obtenir des traitements médicaux ou pour une consultation médicale.

Protection additionnelle pendant les voyages prolongés

- Après les 31 premiers jours, si vous avez choisi l'option de soins de santé *de base* ou *étendue*; ou
- Dès le premier jour de votre voyage, si vous avez choisi l'option *en cas de catastrophe* ou de *non-participation* pour les soins de santé.

Vous pouvez souscrire une assurance- voyage auprès de *RBC Assurances* en fonction de tarifs préférentiels.

En vertu des options de soins de santé *de base* et *étendue* – qui offrent une garantie pour les urgences médicales hors de la province/du pays et une assistance-voyage pendant les 31 premiers jours d'une voyage – vous pouvez souscrire une assurance- voyage pour la période *excédant les 31 premiers jours*.

En vertu des options *en cas de catastrophe* et de *non-participation* – qui n'offrent pas la garantie en cas d'urgences médicales hors de la province/du pays ni l'assistance-voyage – vous pouvez souscrire une assurance- voyage qui sera en vigueur *dès le premier jour de votre voyage*.

La protection doit être en place avant votre voyage.

Vous pouvez demander :

- une assurance voyage unique couvrant un voyage d'une durée maximale de 183 jours; ou
- une assurance voyages multiples dont la protection aura cours pendant jusqu'à 365 jours.

Pour souscrire cette protection ou obtenir plus de renseignements, appelez *RBC Assurances* au 1 800-769-2528, entre 6 h et minuit, heure de l'Est, sept jours sur sept.

Vous trouverez une liste complète des centres de service et des succursales de RBC à <https://services.rbcassurances.com/boutiqueetdeconseiller>.

Fin de la protection

Votre protection prendra fin à la première des dates suivantes :

- la fin de la 31^e journée de tout voyage hors de votre province/du pays;
- la date de votre retour dans votre province de résidence après un voyage;
- la date à laquelle vous cessez d'être admissible à l'assurance;
- la date à laquelle vous cessez d'être couvert par un régime provincial d'assurance maladie.

Médicaments sur ordonnance

Les frais de médicaments sur ordonnance représentent, pour la plupart des Canadiens, la plus grande partie des coûts de soins de santé et celle qui augmente le plus rapidement. Le programme *Avantages Flexibles des retraités* vous propose une gamme de garanties conçues pour répondre à vos besoins personnels et compléter la protection offerte par votre régime provincial d'assurance-maladie.

Les options *de base*, *étendue* et *en cas de catastrophe* de la garantie médicaments sur ordonnance prévoient une protection en vertu de la Liste de médicaments gérée de RBC. Il s'agit simplement d'une liste des médicaments admissibles couverts par le régime.

La liste est gérée par notre gestionnaire de régime d'assurance médicaments et les médicaments qui y figurent peuvent changer régulièrement. Ces médicaments sont régulièrement examinés par les pharmaciens cliniciens de notre gestionnaire de régime d'assurance médicaments et par un comité dont les membres 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. Lorsque possible, le régime couvre la solution de remplacement la moins chère (générique) disponible.

Vous pouvez utiliser l'outil de recherche de médicaments de la Sun Life à l'adresse <https://www.masunlife.ca> ou communiquer avec le Centre de service à la clientèle de la Sun Life au 1 800 305-5905 si vous avez des questions au sujet de la couverture d'un médicament prescrit par votre médecin.

En vertu de l'option de *non-participation*, les frais de médicaments sur ordonnance peuvent être remboursés à l'aide des *crédits flexibles* déposés dans votre compte soins de santé.

Médicaments sur ordonnance

Votre protection	De base	Étendue	Catastrophe	Non-participation
Niveau de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> • 70 % • Liste de médicaments gérée • Assujetti à un maximum viager (soins médicaux complémentaires et médicaments sur ordonnance combinés) 	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % • Liste de médicaments gérée • Assujetti à un maximum viager (soins médicaux complémentaires et médicaments sur ordonnance combinés) 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % • Liste de médicaments gérée • Assujetti à un maximum annuel et viager (soins médicaux complémentaires et médicaments sur ordonnance combinés) 	Pas couvert
Franchise annuelle	0 \$	0 \$	5 000 \$ (remis à zéro au début de l'année, le 1 ^{er} janvier)	
Maximum viager • Applicables aux dépenses engagées après le départ en retraite pour obtenir des médicaments sur ordonnance.	Maximum viager de 250 000 \$ par personne assurée	Maximum viager de 400 000 \$ par personne assurée	Maximum annuel de 250 000 \$ et maximum viager de 600 000 \$ par personne assurée	

Remboursement au coût de l'équivalent générique

Le régime de médicaments sur ordonnance contient une disposition sur les *médicaments génériques équivalents*. Cela signifie que si vous achetez un médicament d'origine lorsqu'un substitut générique est disponible, le régime remboursera le médicament d'origine jusqu'au coût du *médicament générique équivalent*.

Un *médicament générique équivalent* est un médicament qui contient les mêmes ingrédients actifs dans le même dosage que le médicament de marque originale, mais qui est généralement disponible à un prix moins élevé parce qu'il ne porte pas la marque de commerce.

Les équivalents génériques sont mis en marché seulement après l'expiration de la période d'exclusivité accordée à un médicament de marque breveté.

Certaines restrictions et exceptions peuvent s'appliquer à cette disposition. Par exemple, s'il n'existe pas d'équivalent générique ou si le médecin traitant précise qu'aucune substitution ne doit être faite pour le médicament d'origine prescrit, le coût du médicament d'origine peut être admissible à un remboursement.

Programme de substitution biosimilaire obligatoire

À l'instar des régimes d'assurance médicaments provinciaux au Canada, le programme de substitution de biosimilaire obligatoire est intégré à la liste des médicaments de RBC pour certains problèmes de santé. Cela signifie que si vous ou votre personne à charge prenez actuellement un médicament biologique pour lequel il existe un médicament biosimilaire comparable, ou si vous ou votre personne à charge avez reçu une ordonnance pour un tel médicament, seul le médicament biosimilaire est couvert¹⁰. Santé Canada définit un médicament biosimilaire comme étant un médicament biologique très semblable à un médicament biologique dont la vente a déjà été autorisée. Il n'y a pas de différences cliniques importantes attendues en matière d'efficacité et d'innocuité entre un médicament biosimilaire et le médicament biologique d'origine ou de référence.

Voici comment fonctionnent les médicaments biosimilaires dans le cadre du programme *Avantages Flexibles des retraités de RBC* (au 1^{er} juillet 2023) :

- Le régime de RBC exige l'utilisation de médicaments biosimilaires comme le fait votre province de résidence.
- Si vous ou l'une de vos personnes à charge prenez un médicament biologique exclu par le régime de RBC :
 - La Sun Life communiquera avec vous par lettre si vous ou l'une de vos personnes à charge avez présenté une demande de règlement pour un médicament biologique d'origine.
 - Vous (ou votre personne à charge) avez six mois à compter de la date figurant sur la lettre de la Sun Life pour passer au médicament biosimilaire. Après cette période, le paiement du médicament biologique d'origine prend fin. Si votre traitement débute après le 1^{er} juillet 2023, seul le médicament biosimilaire est couvert par le régime. Cela s'applique également aux personnes qui viennent d'adhérer au régime de RBC et qui prennent déjà un médicament biologique d'origine. Si vous ne passez pas au médicament biosimilaire, vous ne serez pas remboursé pour le coût du médicament biologique. Cela signifie que vous pourriez devoir

¹⁰ *Exceptions médicales : Si une raison médicale vous empêche de prendre un médicament biosimilaire, une exception pourrait être accordée. Dans ce cas, votre médecin et vous devrez remplir un formulaire d'exception pour les médicaments. Communiquez avec la Sun Life au 1 800 361-6212 pour obtenir ce formulaire.*

payer la totalité du coût de vos médicaments, à moins que vous ne disposiez d'une autre assurance.

Avant de prendre une décision, veuillez consulter votre fournisseur de soins de santé. Il pourra :

- vous en dire plus sur l'option biosimilaire;
- vous aider à décider si le passage à l'option biosimilaire est cliniquement efficace et sûr pour vous;
- vous remettre une nouvelle ordonnance lorsque vous changerez de médicament.

Vous pouvez décider de continuer à prendre un médicament biologique, mais vous risquez d'avoir à payer des frais élevés. Si vous poursuivez dans cette voie, votre fournisseur de soins de santé peut vous aider à trouver d'autres sources de financement, comme des programmes d'aide aux patients des fabricants.

Carte-médicaments pour le paiement direct des médicaments d'ordonnance

Une carte-médicaments numérique pour le paiement direct des médicaments est fournie à ceux qui adhèrent aux options *de base*, *étendue* et *en cas de catastrophe*. En vertu de l'option en cas de catastrophe, vous devriez présenter votre carte-médicaments pour tous vos achats de médicaments sur ordonnance à la pharmacie. Toutefois, les frais de médicaments seront seulement considérés comme étant admissibles à un remboursement en vertu de l'option *en cas de catastrophe* après que vous aurez payé la franchise de 5 000 \$ par *période d'assurance*.

Pour obtenir votre carte-médicaments :

- imprimez-le sur le site Web de la Sun Life à <https://www.masunlife.ca>, ou
- communiquez avec la Sun Life au 1 800-305-5905 pour demander votre carte. Vous devrez fournir les huit premiers chiffres de votre numéro d'identification du retraité (qui figure sur votre relevé de pension) et votre numéro de police (14178).

La carte-médicaments permet au pharmacien de confirmer votre protection et de traiter la demande de règlement immédiatement, facturant le régime directement pour toutes les dépenses admissibles. Vous n'avez qu'à payer la portion des frais de médicaments qui n'est pas couverte par la garantie. Cela dit, gardez à l'esprit que les frais de médicaments ne peuvent pas tous être traités à l'aide de votre carte-médicaments. Si vous devez présenter une demande de règlement sur papier, vous devez y inclure votre numéro de police (14178).

Pour être jugée admissible au remboursement, une dépense doit faire l'objet d'une demande de règlement dans l'année qui suit la date à laquelle elle est engagée.

Programme d'autorisation préalable

Le programme d'autorisation préalable (AP) porte sur un nombre restreint de médicaments pour lesquels vous devez obtenir une autorisation préalable.

Pour que les médicaments s'inscrivant dans le programme d'autorisation préalable soient couverts, vous devez fournir des renseignements médicaux. Veuillez présenter ces renseignements au moyen du formulaire d'autorisation préalable de la Sun Life. Votre médecin et vous devez remplir des sections du formulaire. Vous pourriez avoir droit au remboursement de ces médicaments si les renseignements que vous et votre médecin avez fournis satisfont aux critères cliniques établis en fonction de facteurs comme :

- la monographie de produit de Santé Canada.
- les lignes directrices cliniques reconnues.
- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.

- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

S'ils n'y satisfont pas, votre demande de remboursement sera refusée.

Pour obtenir le formulaire :

- visitez le site Web des participants de la Sun Life à l'adresse www.masunlife.ca/autorisationprealable ; ou
- appelez un représentant du Centre de service à la clientèle de la Financière Sun Life sans frais au 1 800 305 - 5905

Pour obtenir la liste des médicaments :

- visitez le site Web des participants de la Sun Life à l'adresse www.masunlife.ca/autorisationprealable

La Sun Life et son gestionnaire de régimes d'assurance-médicaments examinent régulièrement la liste des médicaments assujettis à l'autorisation préalable afin de voir si des médicaments doivent y être ajoutés ou en être retirés. La liste des médicaments assujettis au programme d'autorisation préalable peut ainsi être modifiée de temps à autres, à la suite de ces examens.

Si votre médecin vous prescrit l'un des médicaments inscrits sur la liste, vous et votre médecin devez remplir et transmettre un **Formulaire d'autorisation préalable** – tous les détails sont indiqués sur le formulaire. Toutes les demandes sont traitées dans un délai de cinq jours ouvrables à compter de la date à laquelle votre formulaire dûment rempli est reçu par la Sun Life. La Sun Life vous avisera par écrit de la décision.

Si la demande est acceptée, votre médicament sera payé selon le niveau de protection que vous avez choisi.

Si votre demande est refusée, le médicament ne sera pas payé par le régime. Vous pouvez choisir de payer vous-même le médicament, ou de le faire rembourser en vertu du régime de votre conjoint ou d'un autre régime, si vous avez accès à une telle protection. Vous pouvez également discuter d'autres options de traitement avec votre médecin.

Si vous présentez une demande de remboursement sans autorisation préalable, elle sera refusée et on vous demandera de remplir et de présenter une demande d'autorisation préalable.

Pour les résidents du Québec, les médicaments apparaissant à la liste pharmaceutique et au programme d'autorisation préalable du régime *d'Avantages Flexibles des retraités* seront remboursés selon le minimum établi par la RAMQ sans qu'une autorisation préalable soit requise. Vous devrez cependant remplir et présenter le formulaire d'autorisation préalable pour obtenir le remboursement de la différence entre le minimum de la RAMQ et votre protection des *Avantages Flexibles des retraités*.

Veillez noter que certains médecins facturent des frais pour remplir le formulaire. Vous devez payer votre médecin directement, mais vous pouvez faire rembourser ces frais par votre Compte soins de santé.

Pour plus d'information à propos du programme d'autorisation préalable, vous pouvez parler à un représentant du Centre de service à la clientèle de la Sun Life au 1 800-305-5905.

Dépenses admissibles

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

Pour être admissibles, les médicaments doivent :

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

Le paiement d'une dépense admissible se limite au coût d'une provision de 34 jours à partir de la date de l'achat. Pour demander le remboursement d'un approvisionnement de 90 jours d'un médicament d'entretien, plutôt que pour les 34 jours habituels, visitez le site des retraités de RBC à <http://www.rbc.com/retraite> ou le site de la Sun Life à <https://www.masunlife.ca> pour imprimer le formulaire « Programme de frais de médicaments sur ordonnance – Demande de considération d'un médicament d'entretien ».

Les produits suivants sont couverts en vertu de la liste de médicaments et vous pouvez vous les procurer à l'aide de votre code de paiement direct électronique des médicaments :

- les médicaments apparaissant sur le formulaire provincial ou fédéral qui ont un numéro d'identification de médicament (DIN) et qui exigent une ordonnance;
- les contraceptifs oraux;
- les médicaments pour la dysfonction sexuelle, jusqu'à concurrence de 1 200 \$ par personne, par *période d'assurance*;
- les médicaments pour le traitement de l'infertilité, jusqu'à un maximum viager de 6 000 \$ par personne;
- les seringues jetables, aiguilles, lancettes et réactifs chimiques utilisés pour vérifier le diabète;
- les médicaments, les vitamines et les extraits d'allergènes injectables avec un numéro d'identification de médicament (DIN);
- les préparations et les compositions dont l'ingrédient actif ou principal est un médicament admissible au sens de cette garantie;
- les appareils d'extension pour les médicaments absorbés par inhalation; et
- les médicaments essentiels au maintien de la vie (comme l'insuline).

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

- les sérums composés exigeant une ordonnance;
- les injections dans les veines variqueuses, si elles sont médicalement requises;
- les vaccins visant la prévention de maladies (pour les enfants à charge de moins de 16 ans);
- 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 de la personne visée par l'ordonnance soit supérieur à 27 s'il y a des comorbidités et supérieur à 30 s'il n'y a pas de comorbidités.

Résidents du Québec

En ce qui concerne les retraités du Québec, certains médicaments sur ordonnance et médicaments en vente libre (et certains suppléments alimentaires) sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), sauf si ces dépenses sont remboursées par un régime collectif. Par conséquent, le programme *Avantages Flexibles des retraités* est obligé de les couvrir. Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement à la Sun Life aux fins d'approbation et de paiement, sous réserve du niveau de remboursement de la RAMQ et du maximum viager applicable à l'option que vous avez choisie.

Conformément à la loi du Québec, si vous prenez un médicament d'origine inscrit au formulaire de la RAMQ (lorsqu'il existe un produit générique), le régime ne couvrira le prix de ce médicament que jusqu'au montant demandé pour l'équivalent générique (c'est-à-dire que le remboursement ne correspond plus au coût du médicament d'origine multiplié par le taux de remboursement de la RAMQ).

Pour plus de renseignements sur la protection offerte aux résidents du Québec en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*, voir la [page 61](#).

Les programmes de médicaments spéciaux des provinces sont intégrés

Certaines provinces ont mis en place des programmes spécifiques à certaines maladies qui couvrent des médicaments qui ne sont pas assurés par le régime d'assurance médicaments provincial de base. Pour vous aider à obtenir la protection à laquelle vous avez droit, la Sun Life a amélioré son processus de demande de règlement afin de vous aider à bénéficier de ces programmes provinciaux si vous y êtes admissible, tout en contribuant à gérer les coûts futurs pour notre régime de médicaments. La Sun Life vous aidera dans le processus de règlement si vous êtes admissible à un programme provincial spécial.

Le processus est initié par la Sun Life. Si vous présentez une demande de règlement pour un médicament admissible, vous recevrez une lettre de Sun Life indiquant que vous pourriez être admissible à un programme provincial spécial et que vous devez en faire la demande. La lettre vous fournira des instructions sur le processus de demande.

Ce qui n'est pas couvert

- 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).

- Médicaments brevetés ayant un numéro grand public selon le chapitre 10 de la *Loi sur les aliments et drogues du Canada*.
- Préparations homéopathiques.
- Médicaments et traitements, ainsi que les services et les fournitures reliés à l'administration de ces médicaments et traitements, administrés dans un hôpital, à un patient hospitalisé ou en clinique externe, ou dans une clinique ou un établissement de soins financé par le gouvernement ou en clinique externe.
- Coût d'administration des injections, des sérums et des vaccins.
- Médicaments dispensés directement par un médecin ou un dentiste.
- Stimulants de la croissance des cheveux.
- Articles jugés cosmétiques, comme le minoxidil pour application topique ou les écrans solaires (incluant ceux exigeant une prescription), même si ces produits sont prescrits à des fins médicales.
- Toute résine nicotinique contenant des produits visant à aider une personne à cesser de fumer, que ces produits exigent une ordonnance ou non.
- Produits de santé naturelle, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- Condoms ou applications contraceptives (par exemple crèmes, mousses, éponges, suppositoires, timbres, etc.), qu'ils soient prescrits ou non pour des raisons médicales.
- Vitamines, minéraux, suppléments alimentaires, préparations pour nourrissons ou solutions injectables de nutrition parentérale totale (NPT).
- Atomiseurs, prothèses, trousse de premiers soins, matériel de diagnostic, contrôle ou analyse électronique, dispositifs réutilisables pour l'administration de l'insuline et appareils à ressort pour lancettes.
- Relaxants musculaires ne nécessitant pas d'ordonnance.
- Frais couverts par tout régime provincial.
- Frais consécutifs à une maladie ou blessure 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
 - de toute occupation ou tout emploi rémunéré.

Note : Cette liste n'est pas exhaustive. Si vous avez des questions à propos d'une dépense n'apparaissant pas sur cette liste, veuillez téléphoner à la Sun Life au 1 800-305-5905.

Soins dentaires

La garantie soins dentaires du programme *Avantages Flexibles 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*; ces frais ne sont pas couverts en vertu des options *en cas de catastrophe* et de *non-participation*. Il vous incombe de choisir le niveau de garantie le mieux adapté à votre situation.

En vertu de l'option de *non-participation*, vous pouvez utiliser les *crédits flexibles* accumulés dans votre compte soins de santé pour régler les frais dentaires.

Rappelez-vous que la garantie soins dentaires rembourse uniquement :

- les frais raisonnables et habituels, selon le moins élevé des montants suivants :
 - le guide des tarifs des dentistes généralistes approuvé par l'association dentaire de votre province en vigueur à la date à laquelle les traitements dentaires ou les fournitures ont été fournis;
 - le guide des tarifs dentaires des dentistes généralistes approuvé par l'association dentaire de la province où les traitements ont été reçus; et
- les frais des services ou des fournitures les moins coûteux qui fournissent des soins dentaires adéquats.

Les dépenses admissibles qui sont remboursées en vertu de la garantie soins dentaires ne comptent pas en vue du maximum viager offert en vertu des options *de base et étendue*.

Rappelez-vous que vous pouvez utiliser les *crédits flexibles* détenus dans votre compte soins de santé pour régler les coûts des services et procédures qui ne sont pas couverts (ou pas entièrement couverts) en vertu de l'option choisie. Cette dépense doit toutefois représenter une déduction admissible selon les règles de l'Agence du revenu du Canada. Pour plus de renseignements, visitez le site Web de l'ARC à <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu.html>.

Dépenses admissibles

Services de base et de prévention

Remboursement des services suivants (jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le Guide des tarifs spécifiés pour les options *de base et étendue*) :

- un examen buccal de rappel par personne, y compris le nettoyage des dents, tous les neuf mois (tous les six mois pour les enfants à charge de 16 ans et moins);
- un examen buccal complet (un par personne tous les 36 mois);
- une série complète de radiographie ou une radiographie panoramique tous les 24 mois;
- un traitement au fluorure tous les neuf mois (tous les six mois pur les enfants à charge de 16 ans et moins);
- un polissage des dents tous les neuf mois (tous les six mois pour les enfants à charge de 16 ans et moins);
- le détartrage de routine par un hygiéniste dentaire autorisé;
- des instructions d'hygiène buccale tous les neuf mois (tous les six mois pour les enfants à charge de 16 ans ou moins);

Guide des tarifs spécifiés

Le guide des tarifs des dentistes généralistes en vigueur à la date du traitement pour les soins ou les fournitures dentaires approuvé par l'association dentaire de votre province de résidence. Lorsque l'association ne publie pas de guide pour l'année en cours, l'expression guide des tarifs peut aussi signifier un guide ajusté par la Sun Life.

- les radiographies et les radiographies péri coronaires, une fois tous les neuf mois (tous les six mois pour les enfants à charge de 16 ans et moins);
- les tests et les examens de laboratoire relatifs aux services de base;
- les obturations (en amalgame ou en composite);
- les extractions;
- les dispositifs de maintien d'espace;
- les scellants de puits et de fissures;
- la réparation, regarnissage ou le rebasage des prothèses dentaires (par un spécialiste autorisé, comme un denturologiste, un technicien ou un mécanicien-dentiste);
- les chirurgies buccales, y compris l'extraction de dents de sagesse incluses.

Plan de traitement

S'il est prévu que le coût d'un traitement en vertu de la garantie 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'administratrice 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. 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 <https://www.masunlife.ca>.

Soins dentaires

Votre protection	De base	Étendue	Catastrophe	Non-participation
Soins de base	50 %	70 %	Pas couvert	Pas couvert
Soins endodontiques/ parodontaux	50 %	70 %		
Services de restauration majeurs	50 % pour les prothèses dentaires seulement; 250 \$ tous les 5 ans	50 %; prothèses dentaires 250 \$ tous les 5 ans		
Maximum annuel	1 000 \$ par personne par période d'assurance, incluant les soins de restauration majeure	3 000 \$ par personne par période d'assurance, incluant les soins de restauration majeure		

Services endodontiques et parodontaux

Remboursement (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le Guide des tarifs spécifiés) des services suivants :

- endodontie – traitement de canal et obturation canalaire, et traitement des maladies de la pulpe dentaire;
- parodontie – traitement des maladies des gencives et des autres tissus de soutien, excluant les traitements pour les dysfonctions de l'articulation temporo-mandibulaire;
- les tests et examens de laboratoire relatifs aux services endodontiques et parodontaux.

Services de restauration majeure

Remboursement (jusqu'à concurrence du taux indiqué dans le Guide des tarifs spécifiés pour chaque option) des services suivants :

- 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 et couronnes;
- la pose et le remplacement de facettes dentaires (une fois tous les 36 mois);
- le remplacement des incrustations et couronnes qui sont en place depuis au moins cinq ans et qui ne peuvent être réparées;
- la réparation et le 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;
- les tests et les examens de laboratoire relatifs aux services de restauration majeure.

Les implants ne sont pas couverts. Cependant, en ce qui concerne les couronnes et les prothèses amovibles sur 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.

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 Flexibles 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 procédures ou les fournitures employées dans la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents) et la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires) ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes et liaison des dents pour rendre la dentition plus solide).
- Les transplants et le repositionnement des maxillaires.
- 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 services dentaires requis en raison d'une malformation congénitale.
- 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.

Compte soins de santé (CSS)

Le compte soins de santé vous permet d'utiliser vos *crédits flexibles* excédentaires pour régler un certain nombre de dépenses liées à la santé qui sont seulement partiellement couvertes ou qui ne sont pas couvertes du tout en vertu de l'option que vous avez choisie, y compris les options *en cas de catastrophe* et de *non-participation*.

Le compte soins de santé peut aussi vous aider à régler les dépenses médicales et dentaires engagées pour des personnes qui ne sont pas couvertes en vertu des garanties de soins de santé du programme *Avantages Flexibles des retraités* (ou qui n'y sont pas admissibles), mais qui sont considérées comme des personnes à charge en vertu des règles de l'Agence du revenu du Canada – comme une personne qui devient votre *conjoint* après le début de la retraite, un parent, un frère, une sœur ou un petit-enfant.

Pour plus de renseignements, visitez le site Web de l'ARC à <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu.html>.

Fonctionnement

À titre de retraité admissible, pour chaque *période d'assurance*, vous recevrez une allocation de *crédits flexibles*, laquelle représente actuellement 50 \$ pour chaque année de service, jusqu'à concurrence de 35 années. Vous utiliserez vos *crédits flexibles* – ainsi que vos versements personnels, au besoin – pour acheter les garanties et les niveaux de protection souhaités. Les *crédits flexibles* excédentaires, le cas échéant, seront déposés dans votre compte soins de santé (CSS).

De plus, les *crédits flexibles* restants, le cas échéant, seront calculés au prorata de votre date de départ à la retraite ou de changement admissible et du nombre de jours restants dans l'année de régime, et déposés dans votre compte soins de santé. Si vous avez travaillé de façon intermittente (à temps partiel) depuis le 1^{er} janvier 2010, votre allocation annuelle de crédits flexibles sera modifiée pour tenir compte de vos heures de travail réduites.

Les fonds dans ce compte peuvent être utilisés pour rembourser les frais médicaux, les médicaments ou les frais dentaires admissibles non couverts (ou pas entièrement couverts) en vertu des garanties de soins médicaux choisies dans le cadre du programme *Avantages Flexibles des retraités*. Plus nombreux sont les *crédits flexibles* acheminés à votre compte soins de santé, plus d'argent vous aurez à votre disposition.

Disons, par exemple, que vous choisissez l'option *de base*, en vertu de laquelle les soins de la vue ne sont pas couverts, mais que vous achetez une nouvelle paire de lunettes sur ordonnance. Vous pouvez utiliser votre compte soins de santé pour régler le plein coût de ces lunettes, pourvu que son solde de *crédits flexibles* soit suffisant.

Résidents du Québec

Si vous habitez au Québec, les dépenses de soins médicaux, de médicaments et de soins dentaires (incluant les taxes de vente et les frais d'administration connexes) payés au moyen de crédits flexibles de votre compte soins de santé seront considérées comme un avantage imposable. Vous ne serez pas assujéti à l'impôt fédéral, mais l'impôt provincial s'appliquera.

Dépenses admissibles

Le compte soins de santé permet de régler toutes les dépenses admissibles selon le règlement de l'Agence du revenu du Canada – mais seulement dans la mesure où ces dépenses ne sont pas couvertes en vertu de votre régime d'assurance-maladie provincial ou d'un régime de soins de santé privé.

Il y a des centaines de dépenses admissibles – que ce soit la chirurgie oculaire au laser ou les médicaments non admissibles en vertu de la liste de médicaments de RBC. Pour une liste complète des dépenses admissibles, consultez le site Web de la Sun Life à <https://www.masunlife.ca>. Sélectionnez *Compte Soins de santé*, puis *Couverture au titre du compte Soins de santé* au bas de l'écran.

Pour être admissible à un remboursement, le service, la procédure ou l'article doit être fourni ou prescrit par un praticien autorisé en vertu des lois de la province où il exerce sa profession.

Vous devez d'abord soumettre vos demandes de règlement au programme *Avantages Flexibles des retraités* (à moins d'avoir choisi l'option de *non-participation*), ou à tout autre régime de prestations que vous détenez, avant de les présenter au compte soins de santé. Le compte soins de santé remboursera les dépenses qui ne sont pas couvertes, ou pas entièrement couvertes, en vertu d'un autre régime que vous détenez.

Utilisez vos crédits, sans quoi vous les perdrez

Pour que le compte soins de santé soit admissible à titre de programme avantageux sur le plan fiscal, l'ARC exige qu'il comporte un élément de risque. Ce risque réside dans l'exigence d'utiliser vos crédits, sans quoi vous les perdrez.

Selon les dispositions actuelles de l'ARC, si votre compte comporte des *crédits flexibles* inutilisés à la fin de la *période d'assurance* (soit au 31 décembre), vous pouvez les reporter à la *période d'assurance* suivante afin de régler des dépenses engagées avant la fin de la *période d'assurance* originale. Si vous n'utilisez pas ces *crédits flexibles* avant la fin de la *période d'assurance* suivante (soit le 31 décembre suivant), ils seront perdus. Vous pouvez présenter une demande de règlement au cours de l'année où les

crédits flexibles ont été accordés et vous avez jusqu'au 31 décembre de la *période d'assurance* suivante pour le faire.

Par exemple, les *crédits flexibles* fournis pour la période d'assurance du 1^{er} janvier au 31 décembre 2025 peuvent être reportés à la *période d'assurance* suivante, soit celle allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2026. Les demandes de règlement relatives aux dépenses admissibles engagées jusqu'au 31 décembre 2025 peuvent être présentées au cours des 12 mois suivant la date de la dépense en question, mais au plus tard le 31 décembre 2026.

Assurance vie de base des retraités

Dans le cadre du programme *Avantages Flexibles des retraités*, RBC prévoit une assurance vie de base des retraités de 10 000 \$, somme qui est payable à votre bénéficiaire lors de votre décès, quel qu'en soit la cause. Cette protection vous est offerte même si vous avez choisi l'option de non-participation.

L'assurance vie de base est payable à votre *bénéficiaire* désigné à votre décès, quel 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 vos besoins en matière d'assurance vie dépassent la protection de 10 000 \$ offerte en vertu de la garantie d'assurance vie de base des retraités, vous pouvez conserver l'assurance vie facultative du programme *mesAvantages* pour vous, votre *conjoint* et vos *enfants à charge*. En vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*, vous pourrez conserver le même niveau d'assurance ou le réduire, en multiples de votre *base de protection*.

La protection ne peut être augmentée après la retraite et tout choix de réduire la protection ne peut être suivi d'une augmentation. La protection peut être réduite ou annulée en tout temps après la retraite. Veuillez communiquer avec **Conseils RH Canada au 1 800-545-2555** pour obtenir de l'aide.

*Note : Étant donné que la garantie d'assurance vie facultative des retraités est déterminée en fonction de votre **base de protection**, elle sera différente de la protection détenue avant la retraite, qui était fonction de votre rémunération assurable.*

Les protections d'assurance vie facultative suivantes sont offertes :

Assurance vie facultative

Offre une protection continue d'assurance vie facultative pour vous, votre conjoint et vos enfants à charge.

Assurance vie facultative des retraités

- Pour les retraités de moins de 65 ans : possibilité de maintenir le niveau existant de la protection ou de la réduire en multiples de 1 à 7 fois votre *base de protection*. La protection maximale que vous pouvez avoir s'élève à 3 750 000 \$ et comprend l'assurance de base et facultative
- Pour les retraités de 65 à 70 ans : la protection maximale est ramenée à 100 % de votre *base de protection*
- Pour les retraités de 70 ans et plus : la protection maximale est ramenée à 50 % de votre *base de protection*

La protection et les maximums indiqués ci-dessus changeront automatiquement le jour de votre 65^e ou de votre 70^e anniversaire, selon le cas.

Assurance vie facultative des conjoints

- Pour les conjoints de moins de 65 ans : possibilité de maintenir le niveau de protection du conjoint ou de la ramener à un maximum de 90 000 \$. La protection sera réduite à la date à laquelle votre conjoint atteindra l'âge de 65 ans.
- Pour les conjoints de 65 ans et plus : la protection maximale est ramenée à 50 % de la garantie précédente du conjoint, jusqu'à concurrence de 45 000 \$. La protection diminuera le jour du 65^e anniversaire de votre conjoint.

Assurance vie facultative des enfants à charge

Maintien de la garantie de 10 000 \$ jusqu'à ce que l'enfant ne soit plus un *enfant à charge* admissible. Si votre garantie d'assurance vie des enfants à charge s'élevait à 5 000 \$ avant la retraite, ce montant d'assurance n'est pas offert en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*; il sera automatiquement porté à 10 000 \$.

Prélèvement des primes

Le montant que vous payez pour l'assurance vie facultative (*retraité, conjoint ou enfants à charge*) varie selon le montant d'assurance que vous choisirez. RBC se réserve le droit d'ajuster les primes en tout temps.

Preuve d'assurabilité

Vous et votre conjoint ne serez pas tenus de fournir une preuve d'assurabilité pour conserver votre protection pendant la retraite.

Prestations de décès payables du vivant de l'assuré

Si on diagnostique une maladie incurable et que votre espérance de vie est de 12 mois ou moins, vous pourriez recevoir des prestations à l'avance. Ces prestations – payables de votre vivant – représenteront 50 % des prestations d'assurance vie facultative du retraité, jusqu'à concurrence de 100 000 \$.

De même, si vous optez pour la garantie d'assurance vie facultative du conjoint et que ce dernier reçoit un diagnostic de maladie incurable et que son espérance de vie est de 12 mois ou moins, vous pourriez recevoir des prestations à l'avance. Ces prestations payables du vivant représenteront 50 % du montant assuré, jusqu'à concurrence de 45 000 \$.

Si vous êtes à moins de cinq ans d'une date de réduction prévue de la protection d'assurance vie facultative, l'avance que vous pouvez recevoir ne peut excéder 50 % du montant réduit le plus bas de l'assurance vie facultative, avec un maximum de 100 000 \$.

Si votre conjoint est à moins de cinq ans d'une date de réduction prévue de la protection d'assurance vie du conjoint, l'avance que vous pouvez recevoir ne peut excéder 50 % du montant réduit le plus bas de l'assurance vie facultative du conjoint, avec un maximum de 45 000 \$.

L'approbation d'une prestation de décès payable du vivant de l'assuré est à la discrétion de RBC Assurances et ne fait pas partie de la police d'assurance collective.

Ce qui n'est pas couvert

Si un retraité assuré ou son *conjoint* se suicide dans les deux années suivant le début ou l'augmentation d'une protection, les prestations se limiteront aux montants suivants :

- la garantie d'assurance qui était en vigueur depuis plus de deux ans; et
- les primes payées (sans intérêt) pour l'assurance en vigueur depuis moins de deux ans.

Cessation de la garantie

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

Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels

Le programme *Avantages Flexibles des retraités* offre une assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA), dont les primes sont à vos frais. L'assurance DMA représente une façon facile et abordable d'offrir à votre famille une protection financière additionnelle. Vous pouvez souscrire cette protection pour vous-même, votre *conjoint* et vos *enfants à charge*. La protection de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* ne peut pas dépasser celle que vous souscrivez pour vous-même.

L'assurance DMA prévoit des prestations si vous subissez une blessure décrite dans le tableau de pertes assurées à la page suivante. Cette perte doit :

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

Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels

Offre une protection d'assurance en cas d'une blessure accidentelle pour vous, votre *conjoint* et vos *enfants à charge*.

Assurance DMA du retraité

- Pour les retraités de moins de 65 ans : possibilité de maintenir le niveau existant de la protection ou de la réduire (en tranches de 50 000 \$), jusqu'à concurrence de 500 000 \$. Vous ne pouvez pas augmenter la protection au-delà du montant en vigueur avant la retraite, mais vous pouvez la réduire. Si vous réduisez le montant d'assurance à la date de votre retraite ou pendant cette période, vous ne pourrez pas l'augmenter de nouveau par la suite
- Pour les retraités de 65 à 69 ans : la protection maximale est ramenée à 150 000 \$
- La protection prend fin à votre 70^e anniversaire de naissance

Assurance DMA du conjoint

- Pour les conjoints de moins de 65 ans : possibilité de maintenir le niveau existant de la protection ou de la réduire
- (en tranches de 50 000 \$), jusqu'à concurrence de 500 000 \$ ou du montant de votre garantie d'assurance DMA du retraité, selon le montant le moins élevé
- Pour les conjoints de 65 à 69 ans : la garantie maximale du conjoint est ramenée à 150 000 \$ ou au montant de votre garantie d'assurance DMA du retraité, selon le moins élevé
- La protection prend fin lorsque vous ou votre *conjoint* atteignez l'âge de 70 ans, selon la première éventualité

Assurance DMA des enfants à charge

- Pour les retraités de moins de 65 ans : possibilité de maintenir le niveau existant de la protection des personnes à charge ou de la réduire (en tranches de 25 000 \$), jusqu'à concurrence de 100 000 \$ ou du montant de votre garantie d'assurance DMA du retraité, selon le moins élevé
- La protection prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans ou que vos enfants assurés ne sont plus à votre charge, selon la première éventualité

Capital assuré

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

Prélèvement des primes

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

Pertes assurées

	% du capital assuré
La vie	100 %
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
Une main et un pied	100 %
Une main et la perte totale de la vue d'un œil	100 %
Un pied et la perte totale de la vue d'un œil	100 %
Un bras ou une jambe	100 %
Une main ou un pied	100 %
La perte totale de la vue d'un œil	100 %
L'usage d'une main	100 %
La parole	100 %
L'ouïe des deux oreilles	100 %
L'ouïe d'une oreille	50 %
Le pouce et un doigt de la même main	33⅓%
Quatre doigts d'une main	33⅓%

Tous les orteils du même pied	25 %
Invalidité totale et permanente	100 %
La parole et l'ouïe des deux oreilles	200 %
La perte totale de la vue des deux yeux	200 %
La quadriplégie signifie la paralysie des quatre membres	200 %
La paraplégie signifie la paralysie de la partie inférieure du corps (y compris les intestins et la vessie) et des deux membres inférieurs en raison d'une blessure à la moelle épinière	200 %
L'hémiplégie signifie la paralysie d'un côté du corps	200 %

Perte signifie

Pour la main et le pied	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville, mais en dessous de celle du coude ou du genou.
Pour le bras ou la jambe	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de l'articulation du coude ou du genou.
Pour le pouce et les doigts	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de la griffe cubitale.
Pour les orteils	La disjonction complète au niveau ou au-dessus de l'articulation métatarsophalangienne.
Pour la parole et l'ouïe	La perte totale et irrécouvrable de la parole, qui empêche toute communication audible, à quelque degré que ce soit. Perte totale et irrécouvrable.
Pour une perte d'usage ininterrompue pendant 12 mois à partir de la date de l'accident	Perte d'usage permanente, totale et irrécouvrable.
Pour la paralysie	Paralysie permanente et irrévocable.

Montants d'assurance

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

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

Exposition et disparition

Si vous ou un membre assuré de votre famille subissez l'une des pertes précisées au tableau des *Pertes assurées* du fait d'une exposition inévitables aux éléments de la nature après qu'un moyen de transport à bord duquel vous ou un membre assuré de votre famille voyagez a coulé, a effectué un atterrissage forcé ou s'est perdu, a fait naufrage ou s'est échoué, ladite perte sera réputée être la conséquence d'une blessure accidentelle. Vous ou un membre assuré de votre famille êtes réputé être décédé des suites d'une blessure accidentelle si le corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date à laquelle un moyen de transport à bord duquel vous ou un membre assuré de votre famille voyagez a coulé, a effectué un atterrissage forcé ou s'est perdu, a fait naufrage ou s'est échoué.

Accident commun

Si vous-même et votre *conjoint* décédez tous deux des suites directes d'un même accident, le montant de l'indemnité payable au décès de votre *conjoint* sera augmenté pour être égal à celui payable à votre décès, pourvu que l'assurance du *conjoint* ait été en vigueur à la date de l'accident. Cependant, le montant payé pour les deux décès ne dépassera en aucun cas la prestation maximum spécifiée dans la section des pertes assurées, qui est de 1 000 000 \$.

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

Invalidité totale et permanente

Si, en raison d'un accident, vous ou un membre assuré de votre famille qui détenez cette garantie subissez une *invalidité totale et permanente*, l'assureur versera les prestations d'*invalidité totale et permanente** indiqué dans le tableau des *Pertes assurées*, pourvu que :

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

Invalidité totale et permanente

Une invalidité totale et permanente est une incapacité entière et continue qui survient en raison d'un accident assez grave, de l'avis de l'assureur, pour empêcher de façon permanente la personne d'occuper un emploi rémunérateur ou profitable.

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

Garanties additionnelles

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

Réadaptation

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

Formation professionnelle du conjoint

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

Garantie de rapatriement

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

Prestations d'éducation

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

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

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

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

Ce qui n'est pas couvert

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

- liées à un suicide ou à une blessure auto-infligée, que la personne soit saine d'esprit ou non;
- liées à une guerre, à une insurrection, aux actes d'hostilité de forces armées ou à la participation à une émeute ou à des mouvements populaires;
- liées à une maladie ou blessure infectieuse (sauf l'infection pyogène d'une coupure ou blessure accidentelle), ou à une invalidité corporelle ou mentale;
- subies au moment de commettre ou de tenter de commettre des voies de fait ou des actes criminels; ou
- subies au volant d'un véhicule automobile si vous êtes sous l'influence d'une substance intoxicante ou si votre sang contient plus de 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang au moment de l'accident.

Non dédoublement des dépenses

Les dépenses qui sont des dépenses admissibles en vertu de cette garantie et qui sont aussi payables en tout ou en partie en vertu d'une autre garantie ou politique ou d'un autre régime de RBC seront payé d'abord en vertu de cette autre garantie ou politique ou de ces autre régime. Les dépenses non remboursées seront alors prises en considération en vertu de cette garantie, sous réserve des maximums indiqués.

Le montant total payé de toutes sources combinées n'excédera pas 100 % des dépenses réellement engagées.

Cessation de la garantie

La garantie DMA facultative prend fin à votre 70^e anniversaire ou à votre décès, selon la première éventualité. La protection de votre *conjoint* et de vos *enfants à charge* prend fin lorsque la vôtre se termine, lorsque votre *conjoint* et vos *enfants à charge* ne sont plus considérés admissibles ou au décès de votre *conjoint* ou de vos *enfants à charge*, selon la première éventualité.

Programme Carrefour-ressources Employés

Le programme Carrefour-ressources Employés RBC est un service confidentiel offert par TELUS Santé. En plus de fournir des services de consultation en personne confidentiels et gratuits, le programme Carrefour-ressources Employés RBC donne également accès à de l'information et à des ressources qui peuvent vous aider dans votre vie au quotidien.

Le programme peut vous aider dans différents cas, incluant, mais sans s'y limiter :

- Bien-être émotionnel – relations, gestion du stress, dépression/anxiété;
- Soins aux aînés – soutien à l'accès aux soins, logement, information sur la santé et les finances;
- Finances personnelles – gestion du crédit et des dettes, préparation d'un budget;
- Dépendance et désintoxication – ressources/soutien pour la dépendance à l'alcool, aux drogues ou aux jeux;
- Santé et mieux-être – conseils gratuits en nutrition, ressources sur le conditionnement physique, les diètes, l'exercice;
- Enjeux de tous les jours – recherches permettant d'économiser du temps sur toutes sortes de questions, incluant la rénovation domiciliaire, les ressources communautaires et bien davantage;
- Services juridiques – consultation avec des avocats et des notaires sur la planification successorale, les questions civiques, l'immobilier et bien davantage.

Pour en savoir plus, composez le 1 800-667-3400 ou visitez le site one.telushealth.com.

- Nom d'utilisateur : **rbc**
- Mot de passe : **rbccanada**

Présenter une demande de règlement

Vous et les membres assurés de votre famille devez suivre les directives suivantes pour présenter une demande de règlement.

Demandes de paiement électroniques

Vous pouvez présenter vos demandes de remboursement pour vos dépenses de **soins de la vue, certains soins paramédicaux, soins dentaires et dépenses soumises au compte soins de santé**, comme les soins de physiothérapie, les massages, les soins chiropratiques et d'autres soins en ligne, à l'aide du processus de traitement électronique accessible sur le site Web de la Sun Life. Vous n'avez pas à remplir de formulaire papier – il suffit d'entrer les renseignements demandés en ligne.

Votre demande sera traitée instantanément et vous pouvez accéder à votre relevé de demande immédiatement. Le paiement sera versé à votre compte dans un délai de 24 à 48 heures.

Pour présenter une demande de remboursement en ligne pour les **soins de la vue, soins paramédicaux, soins dentaires** et dépenses soumises au **compte soins de santé** :

1. Visitez <https://www.masunlife.ca> ou l'application Sun Life mobile et ouvrez une session à l'aide de votre code d'accès et de votre mot de passe;
2. Sélectionnez « Remplir une demande de règlement » dans le menu « Je veux voir » du côté droit de l'écran, ou choisissez le type de demande sous « Règlements » dans la barre de menu bleue.
3. Le système vous guidera à travers le processus en quelques étapes faciles.

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](https://www.sunlife.ca/fr/support/download-our-app/my-sun-life-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 <https://www.sunlife.ca/fr/support/download-our-app/my-sun-life-mobile/>.

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 <https://www.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 de vérifications aléatoires des demandes présentées en ligne; assurez-vous donc de conserver vos reçus originaux et les documents à l'appui de vos demandes pendant 12 mois. Si votre demande est choisie pour vérification, la Sun Life vous demandera de lui envoyer vos reçus par la poste.

Demande de remboursement sans papier

La livraison électronique de votre relevé d'Explication des prestations est facile à organiser et écologique. Vous recevrez les relevés des demandes traitées par courriel plutôt que par la poste. Pour plus de détails, voir <https://www.masunlife.ca>.

Soins médicaux complémentaires

(Sauf les soins médicaux à l'étranger et l'assistance voyage – voir à la [page 26](#) pour de l'information sur les demandes de règlement.)

Vous pouvez soumettre vos demandes de prestations liées aux soins de la vue et à certains services paramédicaux directement à la Sun Life par voie électronique (voir les instructions sous Demandes de prestations électroniques). Pour les autres fournitures et services médicaux, vous pouvez imprimer un formulaire personnalisé à partir du site <https://www.masunlife.ca/>

Votre formulaire devrait être posté directement au bureau de la Sun Life dont l'adresse est indiquée sur le formulaire de demande de prestations. N'oubliez pas d'y indiquer le numéro de police (ce numéro est le 14178) et d'en conserver une copie pour vos dossiers.

Le paiement sera déposé dans votre compte bancaire. La Sun Life vous transmettra aussi une explication des prestations que vous pourrez utiliser pour la coordination des prestations (voir [page 14](#)).

La demande de prestations doit être présentée au cours de l'année suivant la date d'engagement des frais. Les demandes de règlement présentées après ce délai seront considérées inadmissibles au paiement.

Orthèses ou chaussures orthopédiques sur mesure

Les demandes de prestations portant sur des orthèses sur mesure et des chaussures orthopédiques doivent inclure toute la documentation suivante :

- une recommandation écrite (c.-à-d., une ordonnance) d'obtenir des chaussures orthopédiques ou des orthèses sur mesure de la part d'un professionnel de la santé autorisé à émettre des ordonnances (*note : une nouvelle recommandation écrite doit accompagner chaque demande de prestations et doit inclure le diagnostic ayant donné lieu à la recommandation d'obtenir des chaussures orthopédiques ou des orthèses 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) (*note : dans le cas des frais liés à la modification de chaussures, les détails et les coûts de chaque modification doivent figurer sur la facture*); et

- un reçu démontrant que le paiement a été effectué en entier et faisant état du nom du patient et de la date de service.

À l'achat de chaussures orthopédiques ou d'orthèses sur mesure, demandez au fournisseur de vous faire part de l'information susmentionnée lorsque vous prenez possession de vos chaussures ou de vos orthèses et effectuez votre paiement. Les demandes présentées sans toute l'information susmentionnée seront rejetées.

Médicaments sur ordonnance

Une carte-médicaments est fournie pour les options *de base*, *étendue* et *en cas de catastrophe*. Cette carte-médicaments 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.

Rappelez-vous que les dépenses de médicaments ne peuvent pas toutes être traitées à l'aide de votre carte-médicaments. Pour soumettre une demande de règlement sur papier, vous devrez y indiquer le numéro de police (14178).

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 les demandes de règlement* (voir [page 14](#)).

Pour obtenir une carte-médicaments, ou si vous avez besoin de cartes additionnelles pour vos *personnes à charge admissibles* (par exemple, votre *conjoint* ou un *enfant à charge* qui étudie à l'extérieur de votre province de résidence), vous pouvez :

- ouvrir une session sur l'application Sun Life mobile en vous servant de votre code d'accès et de votre mot de passe – avant :
 - de sélectionner l'option Garanties du menu principal;
 - de sélectionner les options Carte-couverture, puis Carte-médicaments; ou
- en imprimer un sur le site Web de la Sun Life à <https://www.masunlife.ca>.

Activation de votre garantie de soins de santé

Veillez noter qu'il peut s'écouler jusqu'à trois semaines après la transmission de votre adhésion en ligne aux *Avantages Flexibles des retraités* pour que votre protection soit activée avec la Sun Life. Pour contrer ce délai, vous pourriez faire remplir vos prescriptions avant votre départ à la retraite ou payer vos médicaments et en demander ensuite le remboursement au moyen d'un formulaire de demande de remboursement des *Avantages Flexibles des retraités* une fois que votre garantie aura été activée.

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 (14178) 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 à <https://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 (14178) et votre numéro de retraité sur le formulaire.
- Vous devez ensuite envoyer ce formulaire à la Sun Life par la poste, à l'adresse qui y est indiquée.
- 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 ou à partir duquel vos primes d'avantages sociaux sont payées. 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*. 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.

La demande de prestations doit être présentée au cours de l'année suivant la date d'engagement des frais. Les demandes de règlement présentées après ce délai seront considérées inadmissibles au paiement.

Compte soins de santé

Ces demandes peuvent être présentées sur papier. Vous pouvez imprimer un formulaire personnalisé auprès des Services aux participants de la Sun Life à <https://www.masunlife.ca>.

Elles peuvent aussi être présentées directement à la Sun Life en ligne. Pour ce faire, rendez-vous au site susmentionné et suivez les instructions pour présenter une demande en ligne sous « Mes règlements ». N'oubliez pas de conserver vos reçus. La Sun Life pourrait vous demander de présenter des reçus jusqu'à 12 mois après la date de la demande.

Si vous êtes assuré en vertu d'autres régimes d'avantages sociaux, soumettez vos demandes d'abord à ces régimes. Le reste peut être réclamé au compte soins de santé, si son solde est suffisant. Si vous n'êtes pas assuré en vertu d'autres régimes, cliquez simplement sur la case appropriée du formulaire de demande, et la portion impayée sera retirée de votre compte soins de santé et déposée dans votre compte bancaire.

Les demandes relatives au compte soins de santé doivent être présentées avant la fin de la période d'assurance suivant l'année où la dépense a été engagée, sans quoi elles ne seront pas admissibles à un remboursement.

Votre formulaire devrait être envoyé directement à la Sun Life, à l'adresse qui y est indiquée. N'oubliez pas d'en conserver une copie pour vos dossiers. Les sommes remboursées seront déposées dans le même compte bancaire que vos versements de rente ou à partir duquel vos primes d'avantages sociaux sont payées. La Sun Life vous enverra par courriel ou par la poste une explication des prestations qui fera état du solde de votre compte soins de santé. Si vous optez pour une explication des prestations électronique, celle-ci vous sera envoyée par courriel après le traitement de votre demande. Pour demander une confirmation électronique, rendez-vous au Services aux participants de la Sun Life, demandes de règlement sans papier, à : <https://www.masunlife.ca>.

Assurance vie de base des retraités

Assurance vie facultative

Assurance DMA facultative

Dans le cas d'une demande en vertu de l'assurance vie de base des retraités, de l'assurance vie facultative ou de l'assurance DMA facultative, veuillez communiquer avec Conseils RH Canada au 1 800 545-2555. Ces demandes doivent être présentées dès que possible, mais au plus tard **60 jours** (pour l'assurance vie) et **90 jours** (pour l'assurance DMA) après la maladie, la blessure ou le décès faisant l'objet de la demande.

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

RBC – Administration des avantages sociaux

6880 Financial Drive, Tour 1, 2^e étage

Mississauga (Ontario) L5N 7Y5

Transit 6315

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

Glossaire

Années de service : Jusqu'à un maximum de 35 années. Pour les employés à temps partiel, depuis le 1er janvier 2010, les années de service sont ajustées pour refléter pour tenir compte de vos heures de travail réduites.

Base de protection : Votre base de protection représente soit votre salaire en vigueur immédiatement avant la date de votre retraite ou, si votre protection est basée sur une formule de rémunération moyenne, la moyenne de votre rémunération admissible des deux dernières années civiles, incluant le salaire ou avance et toute rémunération variable régulière (par exemple, commissions, primes CP) tel que prévu dans votre programme de rémunération et approuvé par le Service central de rémunération. Les bonis/primes d'encouragement annuels ou de fin d'année ne sont pas considérés dans la base de protection, tout comme d'autres primes d'encouragement.

Bénéficiaire : La (les) personne(s) que vous désignez pour recevoir le capital-décès de vos garanties d'assurance vie de base des retraités, d'assurance vie facultative ou d'assurance DMA facultative. Si vous n'avez pas nommé de bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession.

Compte soins de santé : Compte renfermant des crédits pouvant être utilisés de façon fiscalement avantageuse pour régler des dépenses admissibles de soins de santé, de médicaments sur ordonnance et de soins dentaires. L'Agence du revenu du Canada détermine l'admissibilité de ces dépenses. Les crédits détenus dans le compte soins de santé peuvent être reportés à la *période d'assurance* suivante. Le retraité qui détient des crédits inutilisés au 31 décembre de la deuxième *période d'assurance* perd ces crédits. Note : résidents du Québec, consultez la [page 42](#) pour connaître le traitement fiscal du compte soins de santé.

Conjoint : La personne de même sexe ou de sexe opposé qui, à la date de votre départ en retraite :

- est mariée avec vous;
- habite avec vous depuis au moins un an en union libre et que vous présentez publiquement comme étant votre conjoint, ou qui a conclu une union civile avec vous en vertu des lois du Québec;

et qui :

- habite au Canada et est assuré en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie.

Un conjoint divorcé **n'est pas** admissible au programme. Une seule personne peut être considérée comme étant votre conjoint. De plus, une personne qui devient votre *conjoint après la date de votre départ en retraite* n'est pas admissible au programme. Résidents du Québec, voir la [page 61](#) pour plus de détails.

Coordination des prestations : Si vous êtes à la fois assuré en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités* et d'un autre régime collectif, ceux-ci peuvent se partager le remboursement des dépenses admissibles. Il y a toutefois des normes standard dans l'industrie pour la présentation des demandes avec plus d'un programme. Pour plus de détails, rendez-vous à la [page 14](#).

Crédits flexibles : Montant accordé aux retraités admissibles de RBC au début de chaque période d'assurance pour les aider à souscrire des garanties de soins de santé en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités*.

Date d'admissibilité au programme : Le début de votre plus récente période de service continu durant laquelle vous étiez admissible aux avantages sociaux des employés. Si vous étiez un employé intermittent, il s'agit de la date à laquelle vous avez pour la première fois satisfait à l'exigence de gains minimums ouvrant droit aux avantages sociaux.

Enfant à charge : Un enfant naturel ou adopté, un beau-fils ou une belle-fille de vous ou de votre conjoint, qui :

- est célibataire et à votre charge; et
- habite au Canada et est assuré en vertu d'un régime provincial d'assurance maladie;

et qui :

- est âgé de moins de 21 ans; ou
- est âgé de moins de 25 ans et fréquente à temps complet une institution d'enseignement de niveau postsecondaire, comme un collège ou une université (moins de 26 ans pour la garantie d'assurance-médicaments au Québec); ou
- peu importe l'âge, avec l'approbation de l'administrateur du régime, si l'enfant :
 - est célibataire, sans emploi et financièrement à votre charge en raison d'une invalidité mentale ou physique; et
 - est devenu invalide avant d'avoir atteint l'âge de 21 ans; et
 - était assurée en vertu d'un régime de RBC avant l'âge de 21 ans.

Si un enfant devient invalide alors qu'il est à votre charge, la limite d'âge susmentionnée n'est pas applicable, pourvu que vous ayez demandé un prolongement de la protection au-delà de la limite d'âge dans les 31 jours et que l'administrateur du régime ait approuvé cette demande.

Dans le cas d'un retraité divorcé ou ayant un conjoint de fait, seuls les enfants réellement à la charge du retraité sont considérés des enfants à charge.

Entreprise : Désigne toute entreprise canadienne qui est membre de RBC.

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

Période d'assurance : Dans le cas du programme *Avantages Flexibles des retraités*, la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Personne à charge admissible : Votre conjoint et vos enfants à charge.

Retraité : Vous serez considéré comme une personne retraitée admissible et comme ayant droit aux garanties du programme d'avantages sociaux des retraités si vous répondez à tous les critères suivants :

- avoir officiellement pris votre retraite de RBC (le ou après le 1^{er} janvier 2010);
- être âgé d'au moins 55 ans;
- être résident du Canada;
- avoir cinq années d'admissibilité aux prestations dans les 10 dernières années¹¹;

¹¹ **Admissibilité aux prestations** : votre plus récente période de service continu durant laquelle vous étiez admissible aux avantages sociaux des employés canadiens de RBC. Si vous étiez un employé intermittent, il s'agit de la période de service continu durant laquelle vous avez satisfait aux exigences de revenu minimum pour l'admissibilité.

- à la date de la retraite, avoir complété au moins 10 années de service ouvrant droit à pension depuis votre date d'embauche la plus récente chez RBC¹² OU complété au moins cinq années de service ouvrant droit à pension depuis votre date d'embauche la plus récente chez RBC si votre service total dans l'entreprise est de 25 ans ou plus¹³; et
- avoir accumulé des années de services validables³ dans l'un des régimes de retraite de RBC au Canada immédiatement avant votre retraite.

Services validables : Le nombre total de vos années de participation au Programme de retraite RBC, calculé au prorata si vous travaillez à temps partiel, jusqu'à concurrence de 35 années pour la participation combinée à l'option à prestations déterminées (PD) et à l'option à cotisations déterminées (CD).

¹² **Le service au sein de l'entreprise** sera compté comme des services validables (aux fins de l'admissibilité au programme Avantages Flexibles pour les retraités seulement et **NON** pour le droit à la pension) pendant la période durant laquelle votre service au sein de l'entreprise va au-delà des limites d'âge définies dans la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) pour accumuler des services validables.

¹³ **Services validables** : le total de vos années de participation au Programme de retraite de RBC, calculé au prorata si vous travaillez à temps partiel, avec un maximum de 35 années de participation à l'option à prestations déterminées (PD) et à l'option à cotisation déterminée (CD) combinées.

Information pour les résidents du Québec

Traitement fiscal des prestations

Les résidents du Québec sont assujettis à l'impôt provincial sur les garanties de soins de santé, de médicaments et de soins dentaires payés par l'employeur. Si vous êtes résident du Québec, les protections que vous achetez à l'aide des crédits flexibles du programme *Avantages Flexibles des retraités*, majorées des frais d'administration de la compagnie d'assurance et de la taxe de vente du Québec constituent un avantage imposable. Cela comprend :

- les soins médicaux complémentaires, les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires;
- les dépenses payées à l'aide de votre compte de soins santé.

En vertu des règles fiscales actuelles, vous ne payez pas d'impôt fédéral sur ces garanties, mais l'impôt provincial s'applique.

Règles de la RAMQ sur la protection de base d'assurance médicament

Retraite avant 65 ans

Les règlements de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) stipulent que les retraités de moins de 65 ans qui ont accès à une protection compatible avec celle de la RAMQ en vertu d'un régime privé d'assurance médicament sont tenus d'y participer. Par conséquent, si vous prenez votre retraite avant 65 ans, vous devez choisir la garantie *de base* ou la garantie *étendue* du programme *Avantages Flexibles des retraités*. Il s'agit d'un choix **unique** fait au moment de votre départ à la retraite; il restera en vigueur tout au long de votre retraite.

Si vous disposez d'une protection compatibles avec celle de la RAMQ en vertu d'un autre régime – par exemple, dans le cadre du régime de retraite de votre *conjoint* ou d'un autre employeur – vous pouvez choisir de ne pas participer au programme *Avantages Flexibles des retraités* ou choisir la protection en cas de catastrophe. Si vous perdez cette autre protection plus tard mais avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans, vous serez autorisé à adhérer à l'option *de base* du régime de médicaments sur ordonnance, incluant la protection pour votre conjoint et vos *enfants à charge*, le cas échéant.

Si vous choisissez l'option de garantie de base ou de garantie étendue et obtenez plus tard l'accès à une protection compatible avec celle de la RAMQ dans le cadre d'un autre régime, il ne vous sera pas possible de modifier votre protection du programme *Avantages Flexibles des retraités*.

Retraite à 65 ans ou plus tard et atteinte de l'âge de 65 ans

Vous êtes automatiquement inscrit au régime d'assurance médicament de la RAMQ dès que vous atteignez l'âge de 65 ans. Si vous prenez votre retraite à 65 ans ou plus tard, vous pouvez choisir de compléter votre protection de la RAMQ avec celle du programme *Avantages Flexibles des retraités*.

Vous pouvez également choisir de participer au programme *Avantages Flexibles des retraités* et vous retirer du régime de la RAMQ offert à partir de 65 ans. Si vous vous retirez du régime de la RAMQ, vous devrez payer une prime additionnelle pour votre protection du programme *Avantages Flexibles des retraités*. Vous pouvez également choisir de ne pas participer à la garantie de médicaments sur ordonnance du programme *Avantages Flexibles des retraités* et choisir la garantie d'assurance médicament de la RAMQ seulement. Ce faisant, ni vous ni votre *conjoint*, quel que soit son âge, ne serez couverts par le régime de soins de santé du programme *Avantages Flexibles des retraités*, qui comprend les soins médicaux complémentaires, les médicaments sur ordonnance et les soins dentaires.

Si vous avez à la fois la garantie de la RAMQ et celle du programme *Avantages Flexibles des retraités*, le paiement de vos médicaments peut faire l'objet d'une coordination en vertu des deux régimes. Vos dépenses de médicaments admissibles seront d'abord remboursées par la RAMQ, à titre de premier payeur. La partie non remboursée par la RAMQ peut ensuite être présentée au programme *Avantages Flexibles des retraités* pour considération et paiement possible.

Vous devez informer les Conseils RH Canada de tout changement à votre statut vis-à-vis la RAMQ pour que vos primes puissent être ajustées en conséquence.

Couverture de médicaments de la RAMQ

Les médicaments qui sont couverts par la RAMQ mais qui n'apparaissent pas sur la liste de médicaments de RBC seront remboursés au taux établi par la RAMQ.

Note : Conformément à la loi du Québec, si vous prenez un médicament d'origine inscrit au formulaire de la RAMQ (lorsqu'il existe un produit générique), le régime ne couvrira le prix de ce médicament que jusqu'au montant demandé pour l'équivalent générique (c'est-à-dire que le remboursement ne correspond plus au coût du médicament d'origine multiplié par le taux de remboursement de la RAMQ).

Mariage après la retraite

Si vous prenez votre retraite avant 65 ans et choisissez la garantie *de base* ou *étendue* et que vous vous mariez ou avez un nouveau *conjoint* après la retraite mais avant 65 ans, votre nouveau *conjoint* et vos *enfants à charge* admissibles, le cas échéant, devront être ajoutés à votre garantie de médicaments sur ordonnance, à moins que votre nouveau *conjoint* ne soit couvert en vertu d'un autre régime, comme l'exigent les lois du Québec. Votre prime mensuelle sera ajustée au niveau plus élevé de *Retraité + une personne à charge* ou de *Retraité + deux personnes à charge ou plus*, selon le cas.

Prestations aux survivants

Après votre décès, la protection du programme *Avantages Flexibles des retraités* est maintenue pour votre *conjoint*; cependant, si votre *conjoint* n'a pas la protection de la RAMQ, il doit immédiatement en faire la demande et le régime de médicaments sur ordonnance de RBC devient le second payeur.

La protection du conjoint prend fin à la rupture du mariage

La protection de votre conjoint en vertu du programme *Avantages Flexibles des retraités* – incluant la protection des régimes d'assurance vie facultative du conjoint et d'assurance DMA facultative du conjoint – prend fin à la rupture du mariage, c'est-à-dire dès que cette personne cesse d'être votre conjoint au sens des lois fiscales.

Pour plus d'information

Vous pouvez consulter le site Web de la RAMQ à www.ramq.gouv.qc.ca/fr. Vous pouvez également utiliser le service Carte-soleil parlante de la RAMQ, 24 heures par jour, sept jours par semaine, en composant :

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

Ressources – Renseignements

Pour plus de renseignements sur le programme *Avantages Flexibles des retraités*, vous pouvez :

- Consulter le site Web destiné aux retraités à <http://www.rbc.com/retraite> lequel renferme une foule de renseignements et de ressources spécialement conçus pour les retraités de RBC.
- Consulter le site Web de la Sun Life à <https://www.masunlife.ca> 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 retraités malentendants peuvent communiquer avec Conseils RH Canada par courriel. Ceux qui utilisent un téléimprimeur (TTY) peuvent utiliser un service de transmission des messages, accessible en composant le 711.
 - Le service est offert en français et en anglais de 8 h à 20 h, HNE.

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	14178	1 800-305-5905 https://www.masunlife.ca
Médicaments sur ordonnance	Financière Sun Life	14178	
Soins dentaires	Financière Sun Life	14178	
Soins d'urgence hors de la province/du pays	RBC Assurances/ Allianz Global Assistance	s.o.	Voir la carte de portefeuille ci-dessous
Assurance vie de base du retraité	RBC Assurances	800079	Conseils RH Canada 1 800-545-2555
Assurance vie facultative	RBC Assurances	800082	
Assurance DMA facultative	Financière Manuvie	39150	
Assurance voyage (après les 31 premiers jours)	RBC Assurances	s.o.	1 800-769-2528

Liens additionnels

Publication trimestrielle de RBC à l'intention des retraités – <i>Gardons le contact</i>	http://www.rbc.com/retraite
Carrefour-ressources Employés RBC	one.telushealth.com <ul style="list-style-type: none"> • Nom d'utilisateur : rbc • Mot de passe : rbccanada
Agence du revenu du Canada (ARC)	https://www.canada.ca/fr/agence-revenu.htmlcra
RBC Assurances	http://www.rbcassurances.com

Carte d'assistance voyage

Nous vous recommandons de conserver cette carte avec vous en tout temps lors d'un voyage. Vous devriez inscrire votre numéro de participant dans l'espace prévu à cet effet.

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