

GROUPE 96775

À l'intention du personnel retraité
de l'Université de Montréal

Nous sommes heureux de vous compter parmi notre clientèle.

L'**UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL** offre à ses retraités, par l'entremise de **CROIX BLEUE MEDAVIE**, une sécurité médicale et financière par le biais de cette assurance collective.

Votre brochure et votre carte d'assurance contiennent des renseignements importants.

Veuillez les conserver dans un endroit sûr.

À noter:

La forme masculine, utilisée dans le texte de la brochure pour plus de commodité, désigne tant les femmes que les hommes.

**POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATION, L'ASSURÉ PEUT S'ADRESSER AU SERVICE
À LA CLIENTÈLE DE L'ASSUREUR EN TÉLÉPHONANT AU 514-286-8430 ou 1-800-263-2538.**

Entrée en vigueur le 1^{er} juin 2000
(Révision : janvier 2018)

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
DÉFINITIONS	3
PARTICIPATION.....	4
COUVERTURE DES MÉDICAMENTS - CHOIX D'ADHÉSION POUR LES ASSURÉS DE 65 ANS ET PLUS.....	5
ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE.....	5
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE.....	6
FIN DE L'ASSURANCE.....	8
COORDINATION DES PRESTATIONS	9
LIMITATION DES PRESTATIONS	9
DROIT DE TRANSFORMATION	9
DEMANDES DE RÈGLEMENT	10
GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE	11
OBJET DE LA GARANTIE	11
A. FRAIS D'HOSPITALISATION	12
B. FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX, SOUMIS À LA FRANCHISE ET AUX FRAIS PARTAGÉS.....	13
EXCLUSIONS.....	17
GARANTIE D'ASSURANCE SOINS ET ASSISTANCE À DOMICILE	19
OBJET DE LA GARANTIE	19
DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES	19
CONDITIONS PARTICULIÈRES.....	21
COUVERTURE	21
SERVICE D'ASSISTANCE SANTÉ.....	23
EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DE LA GARANTIE.....	24
COMMENT EFFECTUER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT	25
AVIS IMPORTANT	28

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance accident/maladie	
A- FRAIS D'HOSPITALISATION	100 %, sans franchise
Frais d'hospitalisation (soins actifs)	Chambre semi-privée, sans limite quant à la durée de l'hospitalisation
Frais de séjour pour convalescence	Chambre semi-privée, 180 jours par période d'invalidité
B-FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX (incluant les médicaments et les examens de laboratoire aux fins de diagnostic. Voir le texte de la brochure pour une description complète des modalités de la garantie) :	Franchise annuelle de 50 \$ par adhérent, maximum de 100 \$ par famille
Professionnels de la santé :	80 % des frais admissibles, augmentant à 100 % lorsque les frais admissibles engagés excèdent 1 500 \$ par année civile, par assuré
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue, travailleur social ou psychothérapeute 	80 %, maximum de 1 000 \$ pour l'ensemble de ces services, par année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe et podiatre 	Maximum de 500 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes, par année civile,
<ul style="list-style-type: none"> • Radiographies (chiropraticien) 	30 \$ par radiographie, maximum de 4 radiographies par année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute, technicien en réadaptation physique (supervisé par un physiatre), thérapeute du sport ou kinésiologue. 	800 \$ pour l'ensemble de ces professionnels, par année civile
Vaccins préventifs	Maximum de 750 \$ par année civile
Injections sclérosantes pour varices	50 \$ par visite (maximum d'une visite par jour) et maximum de 500 \$ par année civile
Soins infirmiers	10 000 \$ par période d'invalidité
Stérilet	1 par 24 mois
Réflexomètre ou glucomètre	250 \$ par 60 mois
Bas de soutien	100 \$ par 12 mois
Orthèses podiatriques	200 \$ par année civile
Chaussures orthopédiques (faites sur mesure par un laboratoire spécialisé)	2 paires par année civile et 250 \$ par paire. Les premiers 100 \$ sont à la charge de l'assuré, remboursement maximum de 320 \$ par année civile
Appareil auditif	300 \$ par 36 mois
Prothèses capillaires (suite à une chimiothérapie)	Remboursement maximum de 250 \$ à vie
Transport par ambulance en cas d'urgence	Sous réserve d'une attestation médicale

Assurance soins et Assistance à domicile

Franchise	Aucune
• Infirmier auxiliaire licencié ou préposé d'une agence spécialisée	100 %, remboursement maximal de 50 \$ par jour
• Ami ou parent ne résidant pas sous le même toit que l'assuré	100 %, remboursement maximal de 25 \$ par jour
• Frais de transport afin de recevoir des soins pour assurer un suivi médical	80 %, maximum admissible de 50 \$ par jour (500 \$ par année civile)
• Frais pour fournitures médicales	80%, maximum admissible de 150 \$ par année civile

Voir le texte de la brochure pour une description complète des modalités de la garantie

Sauf si autrement mentionné, les montants indiqués dans le présent Sommaire sont des maximums de frais admissibles et sont applicables à chacun des assurés d'une même famille.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Adhérent

Une personne membre du personnel retraité de l'Université de Montréal, assurée en vertu du Régime.

Assuré

L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admissibles.

Retraité

Un employé qui, immédiatement après la cessation de son emploi auprès de l'employeur, bénéficie d'une rente immédiate en vertu du Régime de retraite de l'Université de Montréal (ou qui en bénéficierait s'il avait été membre dudit régime à la date de cessation d'emploi).

Personnes à charge

Le conjoint de l'adhérent et ses enfants à charge admissibles.

i) conjoint

personne légalement mariée à un adhérent ou la personne désignée par l'adhérent comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins un an sans avoir été séparé de fait depuis plus de trois mois consécutifs, la période de cohabitation d'un an n'étant pas applicable si un enfant est issu de l'union. Le conjoint est celui désigné sur la demande d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être assurée en tant que conjoint de l'adhérent.

ii) enfant à charge

tout enfant de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent, qui n'a pas de conjoint, qui dépend pour son soutien financier de l'adhérent ou de son conjoint, et qui remplit au moins une des conditions suivantes:

- est âgé de moins de 21 ans;
- est âgé de moins de 26 ans et fréquente à plein temps, à titre d'étudiant dûment inscrit, une école secondaire, un collège ou une université;
- est domicilié chez l'adhérent et est devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge tel que stipulé ci-dessus.

Hôpital

Toute institution publique reconnue comme centre hospitalier au sens de la législation sur les services de santé et les services sociaux applicable dans la province de résidence de l'assuré, exception faite des centres d'hébergement et des centres de réadaptation ou de toute partie d'un centre hospitalier prodiguant de tels soins ou services.

Centre hospitalier de soins de longue durée

Toute institution publique reconnue comme centre hospitalier de soins de longue durée au sens de la législation applicable dans la province de résidence de l'assuré, ou toute partie d'hôpital prodiguant de tels soins.

Institution pour convalescence

Tout hôpital ou partie d'hôpital prodiguant des soins de convalescence.

Demande d'adhésion

Une demande de protection aux termes du Régime, que ce soit à l'égard de l'adhérent ou à l'égard de ses personnes à charge. Pour être considérée, cette demande doit être faite au moyen du formulaire d'adhésion adopté par le titulaire aux fins du Régime, ce formulaire devant être dûment rempli et, le cas échéant, assorti de toute pièce justificative exigible, eu égard à la situation en cause.

Cessation involontaire de la protection

Une cessation de protection aux termes d'une garantie qui résulte essentiellement d'une situation indépendante de la volonté de l'adhérent. La cessation d'admissibilité d'une personne à charge, de même que la résiliation du contrat sont considérés comme entraînant une cessation involontaire de la protection d'un assuré.

Titulaire

L'Université de Montréal.

PARTICIPATION

La participation au présent Régime est **facultative** pour tout retraité de 65 ans ou plus, qu'il s'agisse de sa propre protection ou de celle prévue à l'égard de ses personnes à charge. L'adhérent qui met fin à sa protection ne peut plus souscrire au Régime à une date ultérieure.

COUVERTURE DES MÉDICAMENTS - CHOIX D'ADHÉSION POUR LES ASSURÉS DE 65 ANS ET PLUS

En ce qui a trait à la couverture des médicaments, le retraité de 65 ans ou plus et son conjoint peuvent choisir d'adhérer au Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ou de demeurer assuré en vertu du présent contrat collectif. En vertu des dispositions du Régime général d'assurance médicaments, les personnes à charge de moins de 65 ans doivent également s'inscrire au Régime général à compter de la date où le retraité s'inscrit à ce Régime.

- 1) Si un tel assuré adhère au Régime général d'assurance médicaments de la RAMQ, son choix est irrévocable.

Un tel assuré se fait toutefois rembourser la différence entre les montants payables en vertu du présent Régime et les montants assumés par la RAMQ selon les paramètres en vigueur avant le 1^{er} juillet 2002.

- 2) Si un tel assuré décide de conserver l'entière couverture des médicaments auprès de l'assureur, il est tenu de payer la **surprime** applicable, telle que fixée par l'assureur.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

1) Adhérent

Un retraité âgé de 65 ans ou plus qui est assuré le 31 mai 2000 en vertu d'un des contrats antérieurs est admissible au présent Régime le 1^{er} juin 2000.

Un retraité âgé de 65 ans ou plus qui, en date du 31 mai 2000, bénéficie du droit d'exemption de l'un des contrats antérieurs est admissible au présent Régime à la date à laquelle il perd involontairement la protection du régime de son conjoint.

Un employé qui se qualifie à titre de retraité à ou après la date d'entrée en vigueur du présent Régime devient admissible au Régime à la date qui survient la dernière parmi les suivantes :

- la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans;
- la date à laquelle il se qualifie à titre de retraité;
- la date à laquelle prend fin une couverture similaire ayant donné lieu au droit d'exemption.

Un employé qui se qualifie à titre de retraité à ou après la date d'entrée en vigueur du présent Régime et qui bénéficie du droit d'exemption d'un des contrats liant le titulaire et l'assureur (contrats nos 96774, 96776 ou 96777) devient admissible au présent Régime à la date à laquelle il perd involontairement la protection du régime de son conjoint.

Un employé invalide qui bénéficie de la clause de prolongation de la couverture d'un des contrats antérieurs devient admissible au présent Régime à la date à laquelle il cesse d'être assuré par ledit contrat uniquement à cause de son âge.

Un employé qui s'est qualifié comme retraité avant le 1^{er} juin 2000, qui n'est pas assuré à cette date par l'un des contrats antérieurs et qui ne s'est pas prévalu du droit d'exemption de ces contrats n'est pas admissible au présent Régime.

2) Personnes à charge

Les personnes à charge d'un adhérent deviennent admissibles à l'assurance à la date qui survient la dernière parmi les suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent devient admissible si, immédiatement avant qu'il se qualifie au présent Régime, il bénéficiait à leur égard d'une couverture en vertu de la garantie d'assurance accident/maladie d'un des contrats liant le titulaire et l'assureur (contrats nos 96774, 96776 et 96777) ou en vertu d'une garantie équivalente;
- b) la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge si à cette date, l'adhérent a une protection à l'égard des personnes à charge en vertu du présent Régime;
- c) la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge si, avant cette date, l'adhérent n'avait pas de personnes à charge;
- d) la date à laquelle l'adhérent est obligé, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, d'assurer ses personnes à charge.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

1) Adhérent

Un retraité âgé de 65 ans ou plus qui est assuré le 31 mai 2000 en vertu du contrat antérieur est automatiquement assuré à la date d'entrée en vigueur du présent Régime.

Un retraité qui est assuré en vertu de l'un des contrats liant le titulaire et l'assureur (contrats nos 96774, 96776 et 96777) est automatiquement assuré en vertu du présent Régime à la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans.

Dans le cas de l'adhérent de 65 ans ou plus qui se qualifie à titre de retraité après le 1^{er} juin 2000, la protection prend effet à la date de la retraite en autant que la demande d'adhésion soit reçue par l'employeur au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date de la retraite. Ce délai est de rigueur et, à défaut de le respecter, une telle personne n'est plus admissible au Régime.

Un retraité de 65 ans ou plus s'étant prévalu du droit d'exemption doit, pour être assuré à la date à laquelle il n'est plus couvert en vertu du régime de son conjoint, remettre sa demande d'adhésion dans les 31 jours suivant cette date pour être assuré en vertu du présent Régime. Ce délai est de rigueur et, à défaut de le respecter, une telle personne n'est plus admissible au Régime.

2) Personnes à charge

Les personnes à charge d'un retraité qui est assuré le 31 mai 2000 avec une protection à l'égard des personnes à charge pour la garantie d'assurance accident/maladie d'un des contrats antérieurs sont automatiquement assurées à la date d'entrée en vigueur du présent Régime.

La protection des personnes à charge des autres adhérents prend effet à la date qui survient la dernière parmi les suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent devient assuré en vertu du présent Régime s'il bénéficiait à leur égard d'une couverture à l'égard des personnes à charge en vertu de la garantie d'assurance accident/maladie d'un des contrats liant le titulaire et l'assureur (contrats nos 96774, 96776 et 96777) et si une demande à cet effet est reçue par l'employeur avant cette date;
- b) la date à laquelle elles deviennent admissibles pour la première fois si à cette date l'adhérent a une protection à l'égard des personnes à charge en vertu du présent Régime;
- c) la date à laquelle elles répondent à la définition de personne à charge si, avant cette date, l'adhérent n'avait pas de personnes à charge et si une demande à cet effet est reçue par le titulaire avant cette date;
- d) la date à laquelle le titulaire reçoit la demande, si cette demande est reçue dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne devient admissible à l'assurance. Ce délai est de rigueur et, à défaut de le respecter, une telle personne n'est plus admissible au Régime;
- e) la date où a pris fin une protection similaire ayant donné droit à une exemption à l'égard de la personne à charge, à la condition que la demande soit reçue par le titulaire dans les 31 jours qui suivent la date de la fin de cette protection similaire. Ce délai est de rigueur et, à défaut de le respecter, une telle personne n'est plus admissible au Régime.

FIN DE L'ASSURANCE

1. Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à la date qui survient la première parmi les suivantes:

- . la date à compter de laquelle les primes pour l'assurance d'un adhérent ne sont plus versées à l'assureur;
- . la date de résiliation du contrat;
- . le jour où, le cas échéant, l'adhérent commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur, sauf pour la protection exigée par la Loi sur l'assurance médicaments;
- . le cas échéant, la date du décès de l'adhérent;

2. Personnes à charge

L'assurance de toute personne à charge prend fin à la date qui survient la première parmi les suivantes:

- . la date à laquelle l'assuré cesse de répondre aux critères de la définition de « personnes à charge » contenue dans le présent chapitre;
- . la date à laquelle la protection de l'adhérent prend fin;
- . la date à laquelle l'adhérent demande la cessation de la protection à l'égard de ses personnes à charge;
- . la date de résiliation du contrat;
- . le jour où, le cas échéant, la personne à charge commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur, sauf pour la protection des médicaments;
- . la date à compter de laquelle les primes pour l'assurance d'une personne à charge ne sont plus versées à l'assureur;
- . la date du décès de la personne à charge.

COORDINATION DES PRESTATIONS

1) Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ

Les assurés qui participent au Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ (ou à un autre régime étatique) se feront rembourser la différence entre les montants payables en vertu du présent Régime et les montants assumés par la RAMQ (ou par l'autre régime étatique), et ce, selon les paramètres en vigueur avant le 1^{er} juillet 2002.

2) Autres sources

Si, en vertu des garanties du présent Régime, un adhérent peut recevoir, pour une même demande de règlement, une prestation d'un autre régime collectif en plus de celle du présent Régime, les prestations provenant des deux régimes sont coordonnées de façon à ce que le paiement de toutes les sources ne dépasse pas les frais réellement engagés. L'ordre de détermination des prestations est le suivant :

- . priorité est donnée au régime qui ne comporte pas de clause de coordination; dans les autres cas, les frais que l'adhérent engage sont remboursés par le présent Régime;
- . les frais engagés par le conjoint couvert en vertu d'un autre régime sont remboursés par son régime, et puis par le présent Régime s'il y a un solde;
- . les frais engagés par les enfants couverts à titre de personnes à charge des deux parents sont remboursés d'abord par le régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année.

L'ensemble des remboursements ne peut pas excéder 100 % du total des frais supportés.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Pour l'application des garanties du Régime, tous les assurés sont considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de leur province de résidence et, en aucun cas, les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

DROIT DE TRANSFORMATION

Applicable à la Garantie d'assurance accident/maladie

Si, alors que la garantie mentionnée ci-dessus est en vigueur, une personne à charge assurée cesse d'être admissible à cette garantie d'assurance, elle a le droit de transformer sa protection en un contrat d'assurance individuelle tel qu'offert par l'assureur en pareils cas, en faisant une demande écrite dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance, sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin, sans être obligée de fournir une preuve d'assurabilité. La première prime entière, selon le mode de paiement des primes choisi par l'assuré et accepté par l'assureur, doit accompagner la demande de transformation.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les dépenses engagées peuvent être soumises à l'assureur au fur et à mesure qu'elles sont engagées. Toutefois, la demande de règlement complétée doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les factures originales doivent être annexées à un formulaire de demande de règlement dûment rempli.

GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE

La garantie d'assurance accident/maladie comprend:

- les frais d'hospitalisation; et
- les frais médicaux et paramédicaux.

OBJET DE LA GARANTIE

Sous réserve des dispositions de la présente garantie, lorsque vous-même ou l'une de vos personnes à charge engagez des frais à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, l'assureur vous rembourse les frais admissibles usuels et raisonnables selon les modalités de règlement et à la condition qu'ils soient jugés médicalement nécessaires par l'assureur compte tenu de la gravité de la maladie.

Les frais sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

Les maximums de prestations indiqués dans la présente garantie sont applicables à chacun des assurés d'une même famille, à moins d'indication contraire.

A. FRAIS D'HOSPITALISATION

REMBOURSÉS À 100 %, SANS FRANCHISE

a) Prestations d'hospitalisation (soins actifs)

Frais de séjour dans un hôpital situé dans la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence du prix qu'est en droit d'exiger un **hôpital public** pour une chambre semi-privée, sans limite quant à la durée de l'hospitalisation.

b) Frais de séjour dans une institution pour convalescence ou un centre hospitalier de soins de longue durée

Les frais de séjour dans une institution pour convalescence ou un centre hospitalier de soins de longue durée, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée et de 180 jours par période d'invalidité.

B. FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX, SOUMIS À LA FRANCHISE ET AUX FRAIS PARTAGÉS

Franchise :

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être défrayée par l'adhérent, ou par l'ensemble d'une même famille assurée, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. La franchise annuelle par adhérent est de 50 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum de 100 \$ par famille par année civile.

Les frais admissibles en vertu de ce contrat et du contrat antérieur, supportés au cours des trois derniers mois d'une année civile et qui n'ont pu être utilisés parce qu'insuffisants pour satisfaire la franchise non encore satisfaite pour cette année-là, peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais partagés :

Lorsque les frais admissibles dépassent le montant de la franchise, l'assureur rembourse l'excédent du montant admissible selon les pourcentages suivants :

Autres frais médicaux (incluant les médicaments) : 80 % des frais admissibles, augmentant à 100 % lorsque les frais admissibles engagés excèdent 1 500 \$ par année civile, par assuré.

Toutefois, lorsque l'adhérent a déboursé, en franchise et coassurance, pour ses personnes à charge la somme de 750 \$ pour des médicaments admissibles dans toute année civile, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour les médicaments admissibles de ses personnes à charge sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Les différents services professionnels énumérés ci-dessous sont payables seulement lorsque les soins sont fournis par des professionnels qui sont membres en règle de leur corporation professionnelle et qui exercent dans les limites de leur compétence au sens de la loi. Si, pour un professionnel donné, il n'existe aucune corporation, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et traitements dans les limites de sa compétence.

- 1) Services à domicile d'un infirmier licencié, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 10 000 \$ par période d'invalidité et à la condition que la personne ne réside pas habituellement au domicile de l'adhérent ou ne soit pas membre de sa famille. Le médecin traitant doit attester par écrit que les soins sont médicalement nécessaires.

- 2) Services professionnels d'un acupuncteur, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un diététiste, d'un ergothérapeute, d'un naturopathe, d'un orthophoniste, d'un ostéopathe, d'un podiatre et d'un massothérapeute. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ par personne, par année civile, (maximum combiné pour l'ensemble de tous ces spécialistes).

Les frais de radiographies prises par un chiropraticien sont admissibles jusqu'à concurrence de 30 \$ par radiographie et de quatre radiographies par assuré, par année civile.

- 3) Frais de consultation d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un psychothérapeute (membre de l'Ordre des psychologues du Québec), admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces frais de consultation.
- 4) Frais pour les services d'un physiothérapeute, d'un technicien en réadaptation physique (T.R.P.) (sous la supervision d'un psychiatre), d'un thérapeute du sport ou d'un kinésiologue, sous réserve d'un maximum admissible par assuré de 800 \$ par année civile pour l'ensemble de ces services.
- 5) Les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur la liste suivante de médicaments :

Liste régulière : La liste de tous les médicaments essentiels au maintien de la vie, ainsi que la liste des médicaments admissibles qui ne peuvent légalement être obtenus que sur ordonnance.

Clause de substitution par un médicament moins coûteux

Croix Bleue Medavie rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

L'assuré peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue Medavie applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue Medavie peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

Loi sur l'assurance médicaments

Le contrat doit être administré conformément à la Loi sur l'assurance médicaments (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception et les services pharmaceutiques admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Sont également inclus :

- . Les vaccins préventifs sous réserve d'un maximum de 750 \$ par année civile.
 - . Les injections sclérosantes pour le traitement des varices sont admissibles jusqu'à concurrence de 50 \$ par visite (maximum d'une visite par jour), sous réserve d'un maximum admissible par personne de 500 \$ par année civile.
 - . Les injections de viscosuppléance.
- 6) Frais pour l'achat d'un stérilet, sur autorisation médicale, sous réserve d'un seul par période de 24 mois consécutifs.
- 7) Frais d'achat d'aiguilles, de seringues et d'indicateurs standard nécessaires dans les cas de diabète, sous réserve d'une attestation médicale.
- 8) Frais pour l'achat d'un réflectomètre (glucomètre) et de son étui, admissibles jusqu'à concurrence de 250 \$ par assuré, par période de 60 mois consécutifs et sous réserve d'une attestation médicale.
- 9) Frais admissibles engagés pour les services suivants, dispensés sous surveillance médicale :
- . traitements au radium et examens radiologiques;
 - . examens de laboratoire aux fins de diagnostic (incluant les tests d'imagerie par résonance magnétique, les tomographies par ordinateur (scanner) ainsi que les tests de grossesse si effectués dans un laboratoire commercial);
 - . Les frais accessoires ou administratifs reliés à de tels services ne sont pas remboursables par l'assureur. Pour toute information additionnelle concernant les modalités de remboursement, l'assuré peut s'adresser au service à la clientèle de l'assureur en téléphonant au 514-286-8430 ou 1-800-263-2538.
 - . frais d'oxygène, c'est-à-dire cylindre gazeux et concentrateur d'oxygène (et accessoires), l'oxygène liquide n'étant pas admissible, à moins d'indication médicale contraire;
 - . sang et plasma sanguin, exception faite de la conservation de son propre sang par mesure préventive;
 - . soins en clinique ou à l'hôpital à titre de patient externe, s'ils ne sont pas couverts par le régime gouvernemental.

- 10) En cas d'urgence, les frais admissibles de transport par ambulance dans la province de résidence de l'assuré, à destination ou en provenance d'un hôpital, ainsi que le transport aérien ou ferroviaire lorsque l'assuré ne peut être transporté autrement. Ces frais sont couverts sous réserve d'une attestation d'un médecin à l'effet que les services et le type de transport sont ou ont été médicalement nécessaires. Seuls les frais engagés par l'assuré sont admissibles.
- 11) Avec attestation médicale et approbation préalable de l'assureur, frais admissibles de location d'un fauteuil roulant (à condition qu'il soit de type manuel standard), d'un poumon d'acier, d'un lit de type hospitalier manuel standard et de tout équipement thérapeutique.
- 12) Frais admissibles d'achat d'appareils orthopédiques, d'orthèses (autres que podiatriques), de prothèses, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de corsets, d'écharpes, de bandages herniaires, de marchettes et de cannes, sous réserve d'une attestation médicale.
- 13) Frais pour l'achat d'orthèses podiatriques obtenues auprès d'un laboratoire licencié et reconnu à cet effet, sur recommandation d'un médecin ou d'un podiatre. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ par assuré, par année civile.
- 14) Frais de bas élastiques de soutien sur ordonnance médicale, admissibles jusqu'à concurrence de 100 \$ par assuré, par période de douze mois consécutifs.
- 15) Achat initial et coût de remplacement de chaussures orthopédiques faites sur mesure, fabriquées et vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé et recommandées par un médecin ou un podiatre.

Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence de deux paires par année civile et de 250 \$ par paire, sous réserve que les premiers 100 \$ de frais de l'année civile sont à la charge de l'assuré. Le maximum remboursable est de 320 \$ par année civile.
- 16) Services professionnels dispensés par un chirurgien dentiste pour réparer des dommages causés à des dents naturelles saines à la suite d'un accident survenu alors que l'adhérent ou ses personnes à charge étaient assurés en vertu de la présente garantie, à condition que ces services soient dispensés moins d'un an après la date de l'accident, et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 500 \$ par accident, par assuré.
- 17) Frais admissibles engagés à des fins esthétiques à la suite d'un accident survenu alors que l'adhérent ou ses personnes à charge étaient assurés en vertu de la présente garantie.
- 18) Frais pour l'achat d'un appareil auditif prescrit par un audiologiste, admissibles jusqu'à concurrence de 300 \$ par assuré, par période de 36 mois consécutifs.
- 19) Frais pour l'achat de prothèses capillaires par suite d'une chimiothérapie, sous réserve d'un remboursement maximal à vie de 250 \$ par assuré.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS RELATIVES AUX MÉDICAMENTS

Les frais pour les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- antihistaminiques;
- vitamines;
- médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
- produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels et alimentaires;
- médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile;
- stimulants pour la pousse des cheveux;
- lait de toute nature ou substituts de lait;
- hormones de croissance;
- savons, huiles, shampooings, crèmes et pastilles;
- services, traitements ou fournitures qui :
 - ne sont pas médicalement nécessaires;
 - sont donnés à des seules fins esthétiques;
 - sont facultatifs; ou
 - ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- procédures en lien avec des médicaments injectés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
- médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue Medavie, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture.

AUTRES EXCLUSIONS

- . Les frais engagés alors que la personne en cause n'est pas couverte par la garantie;
- . les frais remboursables en vertu de toute loi, autre que la Loi sur l'assurance médicaments, ou dans le cadre de tout autre régime gouvernemental;
- . les frais qui, selon l'assureur, sont engagés à des fins non curatives ou à des fins esthétiques, sauf ceux qui sont expressément inclus dans la liste des frais admissibles apparaissant ci-dessus;
- . toute intervention de type planning familial, y compris l'insémination artificielle, les frais de médicaments non inclus dans la liste de la R.A.M.Q. et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, que l'infertilité soit ou non considérée comme une maladie, ainsi que les contraceptifs autres que les contraceptifs oraux ou les stérilets;
- . en ce qui concerne les appareils thérapeutiques :
 - les articles qui ne sont pas primordialement de nature médicale ou qui sont destinés au confort et à la commodité (ex. les accessoires domestiques tels que bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature);
 - les appareils généralement utilisés par un médecin pour administrer son traitement ou établir son diagnostic (ex. stéthoscopes, sphygmomanomètres et autres appareils de même nature);
 - les articles de support de toute nature (ex. coussins « Obus form », ceintures, corsets).
- . frais engagés à la suite de la participation active à un acte criminel, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire;
- . tous frais pour lesquels le régime d'assurance-hospitalisation ou d'assurance-maladie de la province de résidence de l'adhérent interdit une assurance privée;
- . frais qui n'auraient pas été exigés si aucune garantie d'assurance n'avait existé.

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS ET ASSISTANCE À DOMICILE

OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie couvre les frais admissibles décrits ci-dessous, lorsqu'ils sont engagés par l'assuré, après une hospitalisation à la suite de laquelle l'assuré est incapable d'accomplir sans aide au moins deux activités de la vie quotidienne, tel que déterminé par Canassistance. Toutefois, la nécessité d'avoir subi une hospitalisation ne s'applique pas aux assurés atteints d'un cancer, ni aux assurés subissant une fracture. De même, la nécessité d'être incapable d'accomplir sans aide au moins deux activités de la vie quotidienne ne s'applique pas à la garantie décrite au point a) de la partie 2 (frais de transport).

DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

Activité de la vie quotidienne désigne se nourrir, s'habiller, utiliser les toilettes, se déplacer et faire sa toilette personnelle.

Se nourrir désigne

- . pour une personne autonome : préparer ses repas et se nourrir sans assistance
- . pour une personne assistée : avoir besoin d'aide pour préparer ses repas et se nourrir.

S'habiller désigne

- . pour une personne autonome : rassembler ses vêtements et s'habiller au complet sans aide
- . pour une personne assistée : rassembler ses vêtements et s'habiller avec l'aide de quelqu'un, par exemple pour attacher ses chaussures ou boutonner une chemise.

Utiliser les toilettes désigne

- . pour une personne autonome : utiliser seule les toilettes
- . pour une personne assistée : avoir besoin d'aide pour utiliser les toilettes ou devoir être surveillée.

Se déplacer (du lit au fauteuil) désigne

- . pour une personne autonome : se coucher et se lever du lit et s'asseoir et se lever d'un fauteuil sans aide (ou en utilisant une canne ou une marchette)
- . pour une personne assistée : avoir besoin d'aide pour se coucher et se lever du lit ou s'asseoir ou se lever d'un fauteuil.

Faire sa toilette personnelle désigne

- . pour une personne autonome : ne pas avoir besoin d'aide pour entrer ou sortir du bain ou de la douche
- . pour une personne assistée : avoir besoin d'aide pour entrer ou sortir du bain ou de la douche.

Agence spécialisée de soins à domicile désigne une agence fournissant différents services de soins à domicile et ayant fait l'objet d'une incorporation.

Chirurgie désigne toute chirurgie couverte par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à l'exclusion d'une chirurgie à des fins esthétiques.

Hospitalisation désigne l'admission et le séjour dans un hôpital comme patient alité. La chirurgie d'un jour est considérée comme une hospitalisation aux fins de cette garantie.

Chirurgie d'un jour désigne une chirurgie effectuée dans un hôpital ou dans une clinique externe affiliée à un hôpital et nécessitant une anesthésie générale ou locale.

CONDITIONS PARTICULIÈRES

Condition de remboursement

Pour fins de remboursement, les frais admissibles décrits dans la présente garantie doivent être engagés avec l'autorisation préalable de Canassistance inc.

Attestations médicales

Le médecin traitant de l'assuré doit fournir les informations médicales indiquant le diagnostic donnant lieu à une chirurgie ou à une hospitalisation et la date à laquelle elle a été recommandée.

COUVERTURE

1) FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 100%, SANS FRANCHISE

(Les frais décrits aux points a) et b) ci-dessous ne peuvent être combinés)

a) **Infirmier auxiliaire licencié ou préposé d'une agence spécialisée**

Les frais relatifs aux services d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un préposé d'agence spécialisée en soins à domicile pour aider l'assuré à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne à la suite d'un cancer, d'une fracture ou d'une hospitalisation survenant pendant la période de couverture, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par jour.

b) **Ami ou parent**

Les frais relatifs aux services d'un ami ou parent ne résidant pas sous le même toit que l'assuré, pour aider l'assuré à accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne à la suite d'un cancer, d'une fracture ou d'une hospitalisation survenant pendant la période de couverture, sous réserve d'un maximum de 25 \$ par jour.

2) FRAIS ADMISSIBLES COUVERTS À 80%, SANS FRANCHISE

a) **Frais de transport**

Les frais relatifs au transport de l'assuré afin de recevoir des soins ou pour assurer un suivi médical à la suite d'un cancer, d'une fracture ou d'une hospitalisation survenant pendant la période de couverture. Ces frais sont de 0,25\$ du kilomètre pour le trajet en automobile privée ou le coût de la course en taxi, jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais admissibles par jour (incluant les frais de stationnement, s'il y a lieu) et d'un maximum remboursable de 500 \$ par année civile.

Pour les assurés atteints d'un cancer, les frais de transport peuvent être payés pendant une période maximale de trois mois, jusqu'à concurrence d'un maximum remboursable de 1 500 \$ par année civile.

b) Frais pour fournitures médicales

Les frais engagés pour l'achat de fournitures médicales, lorsque l'assuré reçoit les soins d'un infirmier licencié à son domicile, si nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 150 \$ par année civile.

Les frais mentionnés aux points a) et b) de l'alinéa 1) et les frais mentionnés au point a) de l'alinéa 2) sont assujettis au nombre de jours de couverture et à la période maximale mentionnés ci-dessous.

Durée de l'hospitalisation ou fracture	Nombre de Jours de couverture	Période maximale pour engager les frais
0 à 3 jours ou fracture sans hospitalisation	5 jours	7 jours de la sortie de l'hôpital ou de la fracture
4 à 7 jours	7 jours	14 jours de la sortie de l'hôpital
8 à 14 jours	14 jours	28 jours de la sortie de l'hôpital
plus de 14 jours	21 jours	35 jours de la sortie de l'hôpital

3) SERVICES DE CONVALESCENCE

(Les frais admissibles sont couverts à 100 %, sans franchise)

Les frais de séjour pour convalescence en chambre semi-privée dans un des établissements nommés ci-dessous, lesquels doivent détenir un permis du Ministère de la Santé et des Services sociaux et répondre aux critères d' « établissements au sens de la Loi ».

- un hôpital (CH) dont le tout ou une partie sont réservés aux soins de convalescence ;
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) dont une partie peut aussi être utilisée pour prodiguer des soins de convalescence.

Les frais de séjour pour convalescence en chambre semi-privée dans un centre de convalescence privé régi par les lois et règlements des villes et municipalités, à condition que le centre réponde à tous les critères suivants :

- qu'il soit conforme au Code national du bâtiment du Canada et à la réglementation émise par les autorités municipales et par la Régie du bâtiment du Québec en matière de sécurité et incendie ;
- qu'il ait une attestation de la ville ou de la municipalité concernant le respect des règlements municipaux ;
- qu'au moins un infirmier licencié fasse partie du personnel permanent et à temps plein.

L'assuré doit être admis moins de 14 jours après avoir obtenu son congé d'un hôpital (CH) dans lequel il avait été admis pendant la période de couverture pour y recevoir des soins de courte durée.

Les prestations sont versées sous réserve d'une période maximale de cinq jours par invalidité et jusqu'à concurrence du prix qu'est en droit d'exiger un centre hospitalier (CH) pour une chambre semi-privée, dans la province de résidence de l'assuré.

Le séjour pour convalescence doit être médicalement nécessaire et prescrit par le médecin traitant, ce dernier devant indiquer quelle est la condition médicale nécessitant la prescription.

Les frais admissibles sont limités aux frais excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par le régime gouvernemental.

SERVICES D'ASSISTANCE SANTÉ

Pendant la période de couverture, vous pouvez communiquer, 24 heures par jour et 7 jours par semaine avec le service d'Assistance Croix Bleue Medavie en composant le (514) 286-8327 ou sans frais le 1-888-594-8161 afin de bénéficier des services suivants :

- renseignements généraux et conseils pratiques sur la santé :
 - maladies
 - chirurgies
 - médicaments
 - vaccinations
 - examens

- coordonnées des organismes ou personnes-ressources offrant les services suivants :
 - soins infirmiers
 - services paramédicaux : acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, kinésologue, physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique ou un thérapeute du sport, ostéopathe, orthophoniste, podiatre et psychologue
 - pharmacies
 - laboratoires
 - cliniques de la vue
 - fournisseurs d'appareils auditifs, de prothèses et d'accessoires
 - dentistes
 - transport relatif aux soins de santé

- renseignements sur les soins à domicile en cas de chirurgie ou d'hospitalisation :
 - autorisation, planification et organisation des soins à domicile ;
 - coordination des ententes de paiement avec les fournisseurs pour les services planifiés par Canassistance ;
 - aide à la coordination et à l'organisation du transport ;
 - assistance pendant la période de convalescence pour entrer en contact avec le chirurgien ou le médecin traitant.

Ce service n'est pas un service médical d'urgence, mais un service d'information qui vise à l'amélioration de la qualité de vie en matière de santé. Il ne remplace aucunement les professionnels de la santé consultés habituellement par l'assuré.

EXCLUSIONS ET RÉDUCTIONS DE LA GARANTIE

Aucune prestation n'est payable pour les frais suivants, ni pour une blessure ou une maladie résultant des circonstances suivantes :

- les frais médicaux auxquels vous ou vos personnes à charge avez droit en vertu d'une autre assurance ou de toute loi fédérale ou provinciale ;
- l'abus de médicaments ou d'alcool, ou la consommation de stupéfiants ;
- la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.
- la participation active à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire ;
- les frais engagés hors du Canada ;
- les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement par les professionnels de la santé concernés ;
- les frais relatifs à des traitements expérimentaux ou attribuables à l'application de nouveaux procédés ou traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment ;
- les frais engagés à des fins esthétiques.

COMMENT EFFECTUER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Les dépenses engagées peuvent être soumises à l'assureur au fur et à mesure qu'elles sont engagées. Toutefois, la demande de règlement complétée doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Hospitalisation

Dans les hôpitaux de court séjour, il vous suffit de présenter votre carte médicaments.

Médicaments

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. MEDAVIE Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que votre franchise, s'il y a lieu, de même que votre coassurance.

Vous n'avez donc aucune demande de règlement à présenter à l'assureur.

Frais médicaux et paramédicaux Soins et assistance à domicile

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous);
- à l'un de nos bureaux Paiement express;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Comment soumettre une demande de règlement?

Croix Bleue Medavie offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement :

Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs

En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue Medavie, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue Medavie et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.

Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent

Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.

Application mobile

Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

Visitez ***www.medavie.croixbleue.ca/application*** pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

Paiement express®

Paiement express® est un service unique offert par Croix Bleue Medavie. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement. Vous serez immédiatement informé de la décision et recevrez votre remboursement sur place.

En fait, Paiement express vous offre l'occasion de discuter du traitement de votre demande de règlement, de la coordination des prestations, de la subrogation et de d'autres détails de votre régime collectif. Vous rencontrerez en personne un représentant qualifié du Service à la clientèle qui pourra répondre à vos questions.

Pour localiser le bureau de Croix Bleue Medavie ou de Paiement express le plus près de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à ***www.medavie.croixbleue.ca***.

Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue Medavie le plus près.

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime d'assurance collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie du Québec, ou de toute autre province, et en aucun cas les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demandes au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue Medavie;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification**;
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue Medavie au **www.medavie.croixbleue.ca**.

AVIS IMPORTANT

Les renseignements personnels qui nous seront transmis seront détenus dans votre dossier d'assurance auprès de Croix Bleue Medavie.

Ces renseignements serviront à traiter toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par Croix Bleue Medavie auront accès à ces informations dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Votre dossier sera détenu dans les bureaux de Croix Bleue Medavie. Sur demande écrite et avec un préavis de trente (30) jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la **Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé**, 1993, c. 7. Veuillez adresser votre demande à :

Responsable de l'accès à l'information
Croix Bleue Medavie
550, rue Sherbrooke Ouest
Montréal (Québec)
H3A 6T6

