

Avantages sociaux pour membres actifs

Résumé de la couverture offerte

2021



Table des matières

Introduction.....	3
Admissibilité et inscription.....	4
Quand la couverture pour membres actifs prend-elle fin?.....	6
Types d'assurances et de prestations.....	8
Résumé de l'assurance-vie.....	9
Résumé de l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels.....	10
Résumé de l'assurance pour soins médicaux.....	14
Résumé de l'assurance pour soins dentaires.....	22
Résumé du Programme de soutien au rétablissement.....	29
Résumé des prestations d'invalidité de longue durée (ILD).....	31
Comment présenter une réclamation.....	34
Coordonnées.....	36



Copyright © 2021
L'Église Unie du Canada
The United Church of Canada

Le contenu de cette ressource est autorisé en vertu de la **licence Creative Commons Attribution — Non commerciale — Pas de travaux dérivés**.

Pour consulter cette licence, voir le site <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.fr>.
Tout exemplaire de la présente ressource doit inclure l'avis de droit d'auteur de l'Église Unie du Canada et la licence Creative Commons.

united-church.ca

Introduction

Par le moyen des régimes d'assurance collective, l'Église Unie du Canada s'efforce de pourvoir, de façon raisonnable et adéquate, aux besoins de tous les membres du régime ainsi que de leur famille durant leurs années d'activité professionnelle.

La présente brochure décrit les principales caractéristiques des régimes d'assurance collective destinés aux membres actifs. La couverture offerte est exposée en détail dans le document de référence qui se trouve à Le Centre d'avantages de l'Église Unie au Bureau du Conseil général de l'Église Unie du Canada.

Régimes de l'Église Unie du Canada et régimes provinciaux

Les régimes d'assurance collective de l'Église Unie sont destinés à compléter les assurances et les prestations disponibles en vertu des régimes provinciaux. L'intention est de faire en sorte que les membres disposent d'une protection combinée similaire, où qu'ils vivent au Canada.

Coordonnées

Voir la quatrième de couverture (p. 36)

Admissibilité et inscription

La participation aux régimes d'assurance collective est obligatoire et est une condition d'emploi pour tous et toutes les employés-es de l'Église Unie du Canada* qui travaillent à temps plein ou à temps partiel, 14 heures ou plus par semaine (en moyenne).

Les membres du personnel ministériel deviennent admissibles le premier jour du mois qui coïncide avec leur date d'entrée en fonction ou qui suit cette date. Pour les autres membres, l'admissibilité commence soit le premier jour du mois suivant leur date d'entrée en fonction, soit le premier jour du quatrième mois suivant leur date d'entrée en fonction. (Il se peut que l'on modifie la date d'admissibilité pour que celle-ci coïncide avec la date à laquelle le service de paye a commencé à retenir les primes.)

Pour vous inscrire en vue de bénéficier de la couverture d'assurance collective, et pour fournir les renseignements requis sur votre bénéficiaire et vos personnes à charge, contactez simplement le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie au 1 866 859-5025. Si vous préférez, vous pouvez aussi vous inscrire en ligne à l'adresse <https://benefits.hewittcanada.com/ucc/Login.aspx?lan=F>. Dans les deux cas, assurez-vous d'avoir votre NIP à portée de main.

Vous êtes automatiquement inscrit à la couverture de base à compter de votre date d'admissibilité. Vous avez ensuite un délai de 60 jours à compter de la date à laquelle vous devenez admissible à un régime d'avantages sociaux collectif pour choisir une couverture facultative. Toute couverture facultative choisie entrerait en vigueur le premier jour du mois suivant. Si vous ne communiquez pas avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie dans ce délai de 60 jours, vous pourriez tout de même choisir l'assurance-vie et/ou l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) de façon prospective, sous réserve d'une preuve d'assurabilité satisfaisante et quel que soit le volume, même si le montant est inférieur au maximum sans preuve.

La couverture facultative dont le montant dépasse le maximum sans preuve (assurance-vie du membre 100 000 \$/assurance-vie du conjoint 10 000 \$) doit également être approuvée par Great-West Life et entrerait en vigueur à compter de la date d'approbation.

Membres admissibles de votre famille

Les membres de votre famille mentionnés ci-dessous remplissent les conditions requises pour être assurés selon ces régimes :

- **Votre conjoint-e selon la loi** en vertu d'un mariage religieux ou civil, ou d'une union de fait. Un-e conjoint-e cesse d'être un membre admissible de votre famille après un an de séparation, ou plus tôt dans le cas d'un jugement ou d'un divorce.

*La participation des employeurs affiliés participants aux régimes collectifs d'avantages sociaux est facultative. Ces employeurs peuvent couvrir les catégories d'employés de leur choix qui remplissent les conditions d'admissibilité (au moins 14 heures d'heures travaillées par semaine), avec la même période d'attente pour l'admissibilité.

- **Vos enfants non mariés** de moins de 18 ans, ou de moins de 25 ans s'ils sont encore aux études à plein temps (26 ans au Québec). Une preuve du statut d'étudiant est exigée, et le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie en fera la demande chaque année, trois mois avant l'anniversaire de votre enfant ou de vos enfants. Si vous ne fournissez pas de preuve de statut d'étudiant, la *couverture accordée à votre enfant prendra fin le jour de leur anniversaire*.
- **Vos enfants non mariés s'ils sont inaptes au travail** en raison d'un handicap mental ou physique (qui a commencé alors qu'ils étaient couverts en tant qu'enfants admissibles). Une preuve d'incapacité est exigée. Veuillez contacter le Centre d'avantages sociaux pour obtenir un formulaire de demande.

Exigence relative à la résidence au Canada

Pour être admissible à des prestations, vous devez être un résident du Canada et être assuré par un régime provincial. Si vous vous trouvez à l'extérieur du Canada plus de 90 jours consécutifs, ou plus de 180 jours durant toute période de 365 jours, vous n'êtes pas couvert-e par ce régime.

Si vous demeurez aux Bermudes, veuillez contacter le bureau du Conseil régional 15 (ucceast.ca) pour obtenir des renseignements sur les avantages sociaux qui s'appliquent à vous.

Changement de statut

Une fois que vous êtes inscrit-e au régime, vous ne pouvez pas modifier votre couverture, à moins de connaître un événement marquant. Les événements suivants sont considérés comme des événements marquants :

- nouveau mariage ou nouvelle union de fait avec un-e conjoint-e;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- perte du conjoint ou de la conjointe;
- perte d'un enfant, ou fin de l'admissibilité d'un enfant aux avantages sociaux;
- divorce ou séparation d'un an, ou exclusion du ou de la conjoint-e de fait qui n'est plus admissible;
- commencement ou perte de la couverture accordée en vertu d'un autre régime d'employeur;
- début d'un congé reconnu;
- retour après un congé reconnu lorsque la durée du congé dépasse 12 mois;
- augmentation ou diminution de 25 % de vos gains admissibles.

Quand la couverture pour membres actifs prend-elle fin?

Dans tous les cas, le fait de ne pas payer la prime d'assurance ou d'entreprendre un service actif dans les forces armées de toute organisation ou de tout État entraîne la résiliation de votre couverture.

Les membres du personnel ministériel qui cessent de travailler pour une charge pastorale ou un autre employeur participant sont présumés être « à la recherche d'un appel ». Ils peuvent continuer à bénéficier de la couverture d'avantages sociaux à leurs frais (charges de l'employeur comprises) pendant ce temps, sauf pour ce qui est du Programme de soutien au rétablissement et de l'indemnité de l'employeur. Une fois qu'il sera informé que vous êtes à la recherche d'un appel, le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie mettra fin à votre couverture et vous enverra un dossier décrivant en détail les choix qui s'offrent à vous. Si vous désirez continuer à bénéficier de la couverture d'avantages sociaux, vous devrez communiquer avec le Centre dans un délai de 60 jours après avoir reçu l'avis indiquant que vous remplissez les conditions pour que votre couverture soit réactivée.

La couverture accordée en vertu d'un régime d'avantages sociaux collectif prend fin à la date à laquelle vous cessez de participer au régime, comme suit :

Fin de la participation au régime avant 55 ans

- Toute couverture se termine à la fin du mois où a lieu la cessation d'emploi, sauf la couverture pour invalidité de longue durée, qui prend fin à votre dernier jour complet de travail actif. (Votre assurance-vie pourrait être transformée.*)

Fin de la participation au régime après 55 ans et choix d'une pension immédiate ou différée du régime de retraite de l'Église Unie

Les couvertures suivantes continuent :

- L'assurance-vie de base est réduite à 3 000 \$ (à la cessation d'emploi ou le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire). (La différence pourrait être transformée.*)
- Vous pouvez choisir de participer au régime d'avantages sociaux collectif pour retraités lorsque vous commencez à toucher votre pension.

Les couvertures suivantes prennent fin :

- L'assurance-vie facultative, toute assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels ainsi que l'assurance-vie pour les membres admissibles de votre famille se terminent (à la cessation d'emploi ou le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire). L'assurance-vie facultative pourrait être transformée.*
- La couverture et les primes pour invalidité de longue durée prennent fin lorsque vous atteignez l'âge de 64 ans et six mois ou à votre dernier jour complet de travail actif, selon la première de ces deux éventualités.

*Voir à la page 9 l'information sur le droit de transformation.

- La couverture pour soins médicaux et pour soins dentaires d'un membre actif prend fin.
- Toutes les autres couvertures prennent fin à la cessation d'emploi ou le premier jour du mois qui suit votre 65^e anniversaire.

Pour les membres âgés de plus de 64,5 ans qui sont en activité et ne touchent pas de pension de retraite :

Les couvertures suivantes prennent fin :

- La couverture et les primes pour invalidité de longue durée prennent fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 64 ans et six mois.
- L'assurance-vie facultative prend fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.
- La couverture de base et l'assurance en cas de décès et de mutilation accidentels prennent fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.
- L'assurance-vie pour un enfant cesse le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans ou qui suit la date à laquelle l'enfant cesse d'être un membre admissible de la famille, selon la première de ces deux éventualités.
- L'assurance-vie de votre conjoint-e/partenaire prend fin le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez 65 ans.

Les couvertures suivantes continuent :

- L'assurance-vie de base, réduite à 3 000 \$ le premier jour du mois qui suit la date à laquelle vous atteignez 65 ans.
- Le Programme de soutien au rétablissement; la couverture prend fin à la date à laquelle vous commencez à toucher votre pension.
- La couverture pour soins médicaux et dentaires (assurance de base et facultative) continue jusqu'au moment où vous commencez à toucher votre pension, lorsque vous pourriez choisir de participer au régime d'avantages sociaux collectif pour retraités.

Pour les membres qui travaillent au-delà du 1^{er} décembre l'année où ils atteignent l'âge de 71 ans :

- L'assurance-vie de base continuent à 3 000 \$.
- Tous les autres avantages sociaux pour membres actifs prennent fin.
- Vous devez commencer à toucher votre pension et vous pouvez choisir de participer au régime d'avantages sociaux collectifs pour retraités.

Remarque : Si vous ne payez pas les primes de votre régime d'avantages sociaux collectif, votre couverture cessera à la fin de la période pour laquelle les primes ont été versées.

Types d'assurances et de prestations

Couverture de base

Les avantages sociaux de base sont obligatoires si vous travaillez 14 heures ou plus par semaine (en moyenne) pour l'Église Unie. C'est la charge pastorale ou un autre employeur participant qui paie les primes pour les avantages sociaux de base, le Programme de soutien au rétablissement et l'indemnité de l'employeur. C'est vous qui payez les primes pour l'assurance invalidité de longue durée afin que ces prestations demeurent non imposables. La couverture de base comprend les couvertures suivantes :

1. Couverture d'avantages sociaux de base

- Assurance-vie du membre : prestation versée à votre bénéficiaire dans l'éventualité de votre décès.
- Assurance-vie des personnes à charge : prestation qui vous est versée dans l'éventualité du décès d'une personne à charge.
- Assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) : prestation qui vous est versée ou qui est versée à votre bénéficiaire au cas où un accident causerait votre mutilation ou votre décès.
- Assurance pour soins médicaux et dentaires : couverture de base pour soins médicaux et dentaires.
- Réseau Best Doctors par Teladoc : Services médicaux spécialisés pour les membres et leurs personnes à charge. Comprend un service de second avis médical et d'autres ressources.
- Couverture d'assistance voyage en cas d'urgence médicale : couverture offerte au membre et aux personnes à charge admissibles pour des soins médicaux d'urgence fournis au cours des six premières semaines qui suivent le départ du Canada.
- Programme d'aide aux employés (PAE) : programme dispensé par Shepell.fgi qui offre une relation thérapeutique immédiate, confidentielle et à court terme, et disponible 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

2. Programme de soutien au rétablissement (PSR) : prestation versée à la charge pastorale et au Bureau du Conseil général pour subvenir à vos besoins si vous tombez malade. (Une attestation ainsi qu'une approbation de la décision sont exigées.)

3. Indemnité de l'employeur : prestation versée à la charge pastorale pour subvenir aux besoins de la famille d'un membre du personnel ministériel qui meure alors qu'il travaille activement pour l'Église Unie (et est un participant du régime d'avantages sociaux pour membres actifs).

4. Assurance invalidité de longue durée (ILD) : prestation qui vous est versée en cas de maladie prolongée. (Une attestation est exigée, ainsi que l'approbation de l'assureur.)

Couverture facultative

Si vous désirez améliorer votre régime d'avantages sociaux, vous pouvez choisir des couvertures supplémentaires et payer les primes correspondantes. La couverture facultative comprend les assurances suivantes :

- Assurance-vie facultative : les primes dépendront du niveau de l'assurance-vie supplémentaire choisie et de votre âge, et varieront selon que vous fumez ou non.
- Assurance-vie facultative pour conjoint-e
- Assurance facultative en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA), célibataire ou famille
- Assurance facultative pour soins médicaux et dentaires (offerte seulement au moment de votre adhésion au régime ou en cas des événements marquants)

Les primes font l'objet d'une révision annuelle et peuvent changer. Communiquez avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie pour vous informer des primes en vigueur.

Résumé de l'assurance-vie

Type de protection	De base	Facultative
Assurance-vie pour membre actif jusqu'à 65 ans*	100 % des gains admissibles annuels	Unités de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 500 000 \$); maximum sans preuve de 100 000 \$
Assurance-vie pour membre actif de plus de 65 ans, ou pour membre qui prend sa retraite après 55 ans avec une pension immédiate ou différée	3 000 \$	Aucune couverture facultative n'est disponible.
Assurance-vie pour votre conjoint-e/partenaire avant que vous preniez votre retraite ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans (selon la première de ces deux éventualités)*	5 000 \$	Unités de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 150 000 \$); maximum sans preuve de 10 000 \$
Assurance-vie pour chaque enfant admissible	5 000 \$	Aucune couverture facultative n'est disponible.

Remarque : Pour désigner votre bénéficiaire ou changer de bénéficiaire, veuillez contacter le Centre d'avantages sociaux.

* Assurance-vie — droit de transformation

Si votre couverture d'assurance-vie diminue ou prend fin, il sera peut-être possible de transformer intégralement ou en partie la couverture dont vous et votre conjoint-e assuré-e bénéficient en une police individuelle de Great-West Life.

À cette fin, vous devez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie et soumettre, à un représentant de la Great-West Life, un formulaire de demande rempli, dans un délai de 31 jours suivant la fin ou la réduction de votre couverture d'assurance-vie. Si vous le faites, aucun examen médical ni questionnaire de santé ne sera exigé, mais vos primes changeront; renseignez-vous auprès de l'assureur pour connaître les primes en vigueur.

Résumé de l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels

La couverture — de base et facultative — en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA) prend fin lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

Type de protection	De base	Facultative	Autres détails
Assurance DMA pour membre	100 % des gains admissibles annuels	Unités de 10 000 \$ (jusqu'à concurrence de 250 000 \$)	Limite totale de 10 000 000 \$ par accident pour toutes les personnes assurées
Assurance DMA facultative pour conjoint-e (sans enfants)	Aucune	60 % de la couverture DMA du membre payable au conjoint ou partenaire/à la conjointe ou partenaire	
Assurance en cas de décès et de mutilation accidentels DMA facultative (famille) pour conjoint-e et enfant(s) admissibles	Aucune	<i>Conjoint-e</i> : 50 % de la couverture pour assurance DMA du membre <i>Chaque enfant</i> : 15 % de la couverture pour assurance DMA du membre	
Assurance DMA facultative pour chaque enfant (pas de conjoint-e admissible)	Aucune	20 % de la couverture pour assurance DMA du membre	

Tableau des prestations d'assurance DMA

Perte	Pourcentage du capital assuré
Perte de la vie	100 %
Perte des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte de la vue totale des deux yeux	100 %
Perte d'une main ou d'un pied et perte de la vue totale d'un œil	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte d'une main ou d'un pied	75 %
Perte de la vue totale d'un œil	75 %
Perte du pouce et de l'index d'une même main	33 ¹ / ₃ %
Perte de quatre doigts de la même main	33 ¹ / ₃ %
Perte de quatre orteils d'un même pied	25 %
Perte de l'ouïe des deux oreilles et perte de la parole	100 %
Perte de la parole	75 %
Perte de l'ouïe des deux oreilles	75 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	33 ¹ / ₃ %
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100 %
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100 %
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75 %
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	75 %
Hémiplégie	200 %
Paraplégie	200 %
Quadriplégie	200 %

Pour plus de renseignements sur ce type de prestation, veuillez contacter le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie.

Aucune prestation ne sera versée à la suite d'une perte attribuable ou liée à un suicide ou à des blessures que la personne s'est délibérément infligées. La liste des exclusions est disponible auprès de l'Unité Ministères et emplois.

Couverture additionnelle d'assurance DMA

Couverture
Exposition et disparition
Prestation pour formation professionnelle (lors du décès accidentel du membre)
Prestation pour réadaptation (dans le cas d'une blessure subie par le membre ou par un membre admissible de sa famille)
Prestation pour le transport des membres de votre famille
Prestation pour rapatriement
Prestation pour études (lors du décès accidentel du membre)

Détails	Autres renseignements
Le régime couvre les pertes dues à une exposition inévitable aux éléments, y compris en cas de disparition, de naufrage ou d'accident.	Prestations versées pour les pertes couvertes
Dépenses raisonnables et habituelles relatives à une formation professionnelle spéciale suivie par votre conjoint-e dans un délai de 3 ans après votre accident	Maximum de 10 000 \$
Dépenses raisonnables et habituelles relatives à une formation spéciale que vous ou le membre de votre famille suivez afin de devenir apte à exercer un métier particulier que vous ou le membre de votre famille n'occuperiez pas si cette blessure n'était pas survenue	Maximum de 10 000 \$ pour un même accident
Si la blessure est subie à plus de 150 km du lieu de résidence habituel, dépenses liées au transport des membres de votre famille immédiate jusqu'à cet endroit et au séjour à l'hôtel	Maximum de 1 000 \$
Dépenses raisonnables et habituelles liées au rapatriement du corps de la personne assurée jusqu'à un endroit situé à proximité du lieu de résidence habituel (par ex. salon funéraire, cimetière)	Maximum de 10 000 \$
Pour chaque enfant inscrit à un programme d'études postsecondaires dans un délai de 365 jours suivant la date du décès; on verse une prestation pour chaque année où l'enfant demeure aux études à temps plein, jusqu'à concurrence de 4 années consécutives.	Dépenses raisonnables et habituelles effectivement engagées, ou le moindre de 5 % du capital assuré ou de 5 000 \$ par an. Il doit s'agir d'un programme d'études postsecondaires reconnu : université, collège, école de métiers, etc.

Résumé de l'assurance pour soins médicaux

L'assurance pour soins médicaux est assujettie à des limites « raisonnables et habituelles » et à une franchise, et elle ne couvre pas les frais d'exécution d'ordonnance. En ce qui concerne la couverture de base pour soins médicaux, la franchise est de 250 \$ par famille et par année civile et elle s'applique aux réclamations relatives aux médicaments et aux soins médicaux. En ce qui concerne la couverture facultative pour soins médicaux, la franchise est de 50 \$ par famille et par année civile et elle s'applique seulement aux réclamations pour soins médicaux.

Type de protection	Détails
Appareils auditifs	Le coût, l'installation et la réparation sont couverts pour un appareil standard par oreille par 36 mois consécutifs.
Appareils orthopédiques, plâtres, béquilles, attelles et bandages herniaires	Pour le dos, le cou, le bras ou la jambe
Bas de contention	2 paires par personne par année civile
Chaussures orthopédiques, sur mesure seulement	Limite de 2 paires par année civile
Équipement médical durable	Tel que fauteuils roulants, marchettes, etc. On recommande de demander une détermination préalable de la protection offerte.
Fournitures pour diabétiques	Par exemple : glycomètre et lancettes
Hôpital pour convalescents	Chambre et pension, et autres services et fournitures nécessaires
Médicaments : Seuls les médicaments qui exigent une ordonnance selon la loi et qui portent un numéro d'identification de médicament (DIN) pourront faire l'objet d'un remboursement.	Limite : provision de 100 jours par ordonnance. Une autorisation spéciale peut être exigée pour certains médicaments; il se pourrait que certains médicaments préparés en pharmacie ne soient pas couverts. Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec Green Shield Canada.

Détermination préalable de la protection offerte : Nous vous recommandons fortement de discuter avec votre praticien des coûts associés à tous les types de traitement ou à l'achat d'équipement. Si vous voyez que les coûts dépasseront ce que vous pouvez vous permettre, communiquez avec Green Shield afin que l'on puisse déterminer ce qui est couvert *avant* de commencer le traitement ou de commander l'équipement. Green Shield vous indiquera quelle partie de vos dépenses sera couverte par le régime.

Régime de base	Régime facultatif	Autres renseignements
Couverture à 80 %		Une lettre de l'audiologiste ou du médecin est exigée. Les frais relatifs aux embouts auriculaires ne sont pas couverts.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée. Sous réserve de l'approbation de Green Shield, selon le degré de contention requis
Couverture à 50 %	Couverture à 80 %	Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée. Pour un usage de courte durée, seule la location est couverte. Il se peut qu'on préfère une réparation (lorsque celle-ci offre un bon rapport coût-efficacité) à un achat.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin peut être exigée.
Aucune couverture	31,00 \$ par jour pour un maximum de 180 jours par période d'invalidité	L'admission dans un hôpital pour convalescents doit avoir lieu dans un délai de 14 jours après le congé de l'hôpital.
80 % du coût des médicaments génériques (qu'ils aient été choisis ou non) ou 80 % du coût des médicaments de marque, selon la moins chère de ces deux options*	100 % du coût des médicaments génériques ou 90 % du coût des médicaments de marque*	Une lettre du médecin est exigée, déclarant qu'un médicament de marque est nécessaire pour des raisons médicales alors qu'il existe un médicament générique.

Type de protection	Détails
Médicaments contre l'infertilité	
Médicaments en vente libre	Pour pouvoir être remboursés, les médicaments en vente libre doivent être prescrits par votre médecin pour le traitement d'un problème de santé chronique qui met votre vie en danger, et être vendus par un pharmacien.
Membres et yeux artificiels	
Orthèses pour les pieds, sur mesure seulement	
Perruques et postiches	Rendus nécessaires à cause d'une perte de cheveux due à un problème de santé ou à un traitement médical
Praticiens paramédicaux	Les praticiens doivent être dûment qualifiés et autorisés, et exercer leur profession dans les limites de leur permis. On recommande de contacter Green Shield avant de recourir aux services d'un-e praticien-ne paramédical-e pour voir si des règles particulières en matière de décision s'appliquent à ce type de fournisseur de services.
Produits de désaccoutumance au tabac	
Prothèse mammaire	Raisons autres qu'esthétiques; à la suite d'une mastectomie
Séjour à l'hôpital	
Service d'ambulance dans les limites de la province de résidence	Transport terrestre, aérien ou ferroviaire du lieu où la blessure est subie jusqu'au premier hôpital traitant, ou de l'hôpital à un autre hôpital

* Si on vous prescrit un médicament de marque alors qu'il existe un équivalent générique (ou moins cher), la couverture est basée sur le médicament le moins cher, à moins que votre médecin ne précise que le médicament de marque est

Régime de base	Régime facultatif	Autres renseignements
Couverture à 80 % jusqu'à concurrence du maximum à vie de 3 500 \$ par personne		
80 % du coût des médicaments génériques ou 80 % du coût des médicaments de marque, selon la moins chère de ces deux options*	100 % du coût des médicaments génériques ou 90 % du coût des médicaments de marque*	Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 % 250 \$ par personne par année civile		Une lettre du médecin, du podologue ou du podiatre est exigée.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne par année, par praticien paramédical 45,50 \$ par handicap pour des examens de radiologie diagnostique	Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 750 \$ par personne par année, par praticien paramédical 45,50 \$ par handicap pour des examens de radiologie diagnostique	<i>Une lettre du médecin n'est pas exigée dans le cas des ostéopathes, des podiatres ou des podologues, des chiropraticiens et des naturopathes.</i> <i>Une lettre du médecin ou de l'infirmière praticienne est exigée chaque année dans le cas des orthophonistes, des physiothérapeutes, des massothérapeutes et des acuponcteurs.</i>
Maximum à vie de 500 \$ par personne		
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée.
Couverture fournie par le régime provincial	80 % du coût d'une chambre à deux lits ou privée	
Couverture à 80 %		

requis. Les différences de coût peuvent être importantes; par conséquent, discutez avec votre médecin des médicaments génériques qui pourraient remplacer le médicament de marque.

Type de protection	Détails
Services et fournitures d'hôpital pour patients externes	Certains frais facturés par l'hôpital pour l'examen ou la salle d'opération; pansements ou plâtres; anesthésie utilisée pendant les procédures
Services infirmiers à domicile	Service infirmier fourni par une infirmière ou par une infirmière auxiliaire
Soins de la vue	
Soutiens-gorges post-mastectomie	3 par personne par année civile
Traitement psychologique	Diagnostic, évaluation et traitement par un psychologue ou une personne détenant une maîtrise en service social. Ce-tte professionnel-le doit être pleinement qualifié-e, être agréé-e et exercer sa profession selon la loi.
Traitements dentaires	Réalisés par un dentiste afin de réparer des dents naturelles saines, à la suite d'une blessure accidentelle subie à l'extérieur de la bouche. Le traitement doit commencer dans un délai de 30 jours à compter de la date de l'accident et être complété dans un délai de 6 mois après la date de l'accident.

Somme maximum à déboursier : Une fois qu'un membre a payé les franchises et la coassurance, soit 1 000 \$, au cours d'une année civile, les dépenses admissibles sont intégralement remboursées sous réserve des maximums prévus par le régime.

Régime de base	Régime facultatif	Autres renseignements
Couverture à 80 %		
Couverture à 80 %. Protection maximum à vie de 25 000 \$ par personne.**		Une lettre du médecin est exigée. Les services ménagers ne sont pas couverts. L'infirmière ne doit pas résider normalement chez le membre du régime ni avoir avec cette personne des liens de parenté.
100 \$ maximum tous les 24 mois pour les examens des yeux.	100 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne par période de 24 mois à compter de la dernière réclamation. Comprend les examens de la vue, les fournitures et les services.	La franchise ne s'applique pas.
Couverture à 80 %		Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par personne par année civile	Couverture à 80 % jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne par année civile	Une lettre du médecin est exigée.
Couverture à 80 %		

** Une fois que le maximum à vie a été atteint, on vous remboursera vos dépenses jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par année civile. Les membres peuvent demander un rétablissement complet du maximum à vie, à condition de se procurer auprès d'un médecin un document attestant qu'ils sont en bonne santé. Veuillez contacter l'Unité Ministères et emplois au Bureau du Conseil général au 1-800-268-3781, poste 3161 pour plus de renseignements.

Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment) :

- les frais qui n'auraient pas été facturés s'il n'y avait pas eu d'assurance;
- les frais qui sont déjà couverts ou payés par tout régime d'État ou par tout autre régime d'employeur;
- les frais relatifs à des soins qui ne sont ni recommandés ni approuvés par le médecin traitant ou qui sont expérimentaux, ou les frais déraisonnables;
- les frais relatifs à des soins, des traitements, des services ou des fournitures facturés pour tout traitement, toute inoculation ou tout examen demandé par un groupe ou un employeur;
- les frais relatifs à des fournitures pour incontinents (les cathéters sont couverts);
- les frais relatifs aux piles ou aux batteries pour équipement médical durable ou pour appareils auditifs;
- les frais relatifs aux analyses de laboratoire et aux analyses sanguines.
- Vaccins
- Les protections interdites par la loi ne seront pas payées.

Les membres qui vivent temporairement à l'extérieur du pays devraient contacter le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie pour obtenir les détails complets de la couverture qui s'applique à leur situation particulière.

Couverture d'assistance voyage en cas d'urgence médicale pour les soins reçus en dehors de la province ou du pays

Disponible durant les six premières semaines qui suivent le départ de la province de résidence.

Urgence signifie un événement soudain et imprévu qui nécessite des soins médicaux immédiats et qu'on n'aurait pas pu raisonnablement prévoir compte tenu de l'état de santé antérieur du patient. Ces soins comprennent notamment un traitement (non facultatif) pour le soulagement immédiat de douleurs ou de souffrances aiguës ou d'une maladie grave, qui doit être administré sans attendre que vous ou la personne à votre charge soyez médicalement en état de retourner dans votre province de résidence.

Couverture offerte : 100 % des coûts admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum à vie de 500 000 \$*. Pour les membres du régime de base, le séjour à l'hôpital en salle commune est inclus; pour les membres du régime facultatif, le séjour en chambre à deux lits est inclus. Vous devez aviser l'assureur dans les 48 heures suivant la situation d'urgence, comme il est indiqué au verso de votre carte Green Shield.

* Une fois que le maximum à vie a été atteint, on vous remboursera vos dépenses jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile. Les membres peuvent demander un rétablissement complet du maximum à vie, à condition de se procurer auprès d'un médecin un document attestant qu'ils sont en bonne santé. Veuillez contacter Le Centre d'avantages de l'Église Unie au 1-855-647-8222 pour plus de renseignements.

Régime d'assistance voyage de Green Shield n° 4806

1-800-936-6226 au Canada/aux États-Unis

0-519-742-3556 à frais virés à partir d'autres pays

Les frais suivants sont admissibles :

- services médicaux;
- transport d'urgence;
- rapatriement de la personne décédée (jusqu'à concurrence de 5 000 \$);
- retour des enfants à charge;
- retard concernant le trajet de retour;
- retour du véhicule (jusqu'à concurrence de 500 \$);
- visite par un membre de la famille (si le membre du régime voyage seul et est confiné à l'hôpital plus de sept jours).

Réseau Best Doctors par Teladoc*

Le réseau Best Doctors par Teladoc vous offre des services médicaux uniques.

- **Opinion médical d'expert** : Obtenez une évaluation de votre diagnostic et de votre plan de traitement.
- **Services médicaux 360^{oMD}** : vous permet de prendre des décisions éclairées sur vos soins en vous aidant à naviguer dans le système de soins de santé ou à vous fournir des liens vers des informations et des ressources.
- **LeBonSpécialiste^{MC}** : accès au réseau d'experts de Teladoc lorsque vous avez besoin d'un spécialiste dans votre région.
- **SoinsHorsCanada^{MC}** : vous aide à trouver des spécialistes à l'extérieur du Canada grâce à une recherche dans la base de données mondiales de Teladoc regroupant plus de 50 000 médecins spécialistes qui travaillent dans plus de 450 spécialités et sous-spécialités.

Vous pouvez accéder au Réseau Best Doctors par Teladoc en composant le 1-877-419-2378 ou en consultant le site en ligne à bestdoctors.com/canada/start. On vous mettra en contact avec une représentante des membres, une infirmière qui évaluera vos besoins et vous dirigera vers des services conçus pour vous aider à aller de l'avant avec vos traitements en toute confiance.

Compte de dépenses de soins médicaux pour les transgenres

Les membres et les personnes à charge admissibles qui s'identifient en tant que transgenres peuvent être admissibles à un compte de dépenses de soins médicaux administré par Green Shield. Pour en savoir plus, appelez Le Centre d'avantages de l'Église Unie at 1-855-647-8222.

*À compter du 1^{er} janvier 2022, le Réseau Best Doctors s'appellera Teladoc Medical Experts.

Résumé de l'assurance pour soins dentaires

Il existe trois catégories de frais dentaires : services de prévention, services courants et services majeurs. Toutes ces catégories sont assujetties à la franchise et à la limite concernant les dépenses « raisonnables et habituelles ».

Les remboursements sont basés sur le guide courant des tarifs ou sur les frais correspondant aux normes de l'industrie pour les provinces qui n'ont pas de guide des tarifs. Le guide ne fixe pas les tarifs facturés par les spécialistes.

Prédétermination préalable de la protection offerte : Nous vous recommandons fortement de discuter avec votre praticien des coûts associés à tous les types de traitement ou à l'achat d'équipement. Si vous voyez que les coûts dépasseront ce que vous pouvez vous permettre, communiquez avec Green Shield afin que l'on puisse déterminer ce qui est couvert avant de commencer le traitement ou de commander l'équipement. Green Shield vous indiquera quelle partie de vos dépenses sera couverte par le régime.

Type de protection	Régime de base	Régime facultatif
<i>Catégorie 1 :</i> Services de prévention	Franchise de 75 \$ par unité familiale par année civile; couverture à 80 % des dépenses admissibles	Aucune franchise; couverture à 100 % des dépenses admissibles
<i>Catégorie 2 :</i> Services courants	Franchise de 250 \$ (catégories 2 et 3 combinées) par unité familiale par année civile; couverture à 80 % des dépenses admissibles	Franchise de 50 \$ (catégories 2 et 3 combinées) par unité familiale par année civile; couverture à 80 % des dépenses admissibles
<i>Catégorie 3 :</i> Services majeurs	Franchise comme ci-dessus; couverture à 50 % des dépenses admissibles	Franchise comme ci-dessus; couverture à 50 % des dépenses admissibles
Orthodontie	Aucune couverture	Aucune franchise; couverture à 50 % — 2 000 \$ par membre admissible de la famille, à vie
Maximums par année civile	Catégories 1, 2 et 3 combinées : 1 500 \$ pour chaque membre admissible de la famille	Catégories 1, 2 et 3 combinées : 3 500 \$ pour chaque membre admissible de la famille

Remarque : Pour tout travail relatif à une couronne ou à un pont effectué par votre dentiste, Green Shield se réserve le droit d'appliquer une protection de rechange, et pourrait rembourser les dépenses engagées seulement jusqu'à concurrence du coût d'un autre traitement qui aurait été approprié (par exemple, une restauration en surface). C'est là une autre raison pour laquelle on recommande une détermination préalable de la protection offerte.

Catégorie 1 : Services de prévention

Le régime rembourse un examen dentaire complet pour chaque période de 24 mois. Cet examen est plus détaillé qu'un examen de routine effectué tous les 9 mois. Pour vous assurer de recevoir un remboursement, veuillez confirmer auprès de votre dentiste, avant l'examen, quel service sera effectué.

Type de protection	Détails	Régime de base	Régime facultatif
Examen oral complet	Plus détaillé qu'un examen de rappel : 1 examen dentaire complet par personne au cours d'une période de 24 mois consécutifs	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Examen oral (rappel)	Examen oral et diagnostic : 1 par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Nettoyage dentaire	Une unité de temps* par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Détartrage	Comprend le surfaçage radiculaire et l'équilibrage; limité à 5 unités de temps* par personne par année civile	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Traitement au fluorure	Application topique de fluorure de sodium ou de fluorure d'étain; personnes de moins de 18 ans seulement, tous les 9 mois	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Radiographies dentaires	Radiographie interproximale : une fois par personne au cours d'une période de 9 mois consécutifs; examen radiographique complet : une fois au cours d'une période de 12 mois consécutifs	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Enseignement de l'hygiène dentaire	Une fois tous les 9 mois	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %
Résines pour scellement des puits et fissures	Sur les molaires et prémolaires permanentes, personnes de moins de 18 ans seulement; une fois par dent au cours d'une période de 3 ans	Couverture à 80 %	Couverture à 100 %

* Une unité de temps = 15 minutes

Catégorie 2 : Services courants

Type de protection	Détails	Régime de base	Régime facultatif
Anesthésiques	Administrés dans le cadre d'une opération de chirurgie buccale ou d'autres soins dentaires couverts	Couverture à 80 %	
Appareils*	Attelles, plaques d'occlusion, etc. servant à corriger la dimension verticale, ou une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire (ATM) ou le bruxisme (grincement des dents)	Couverture à 80 %	
Prothèses dentaires	Réparation, rebasage et regarnissage	Couverture à 80 %	
Traitement endodontique	Comprend les traitements de canal	Couverture à 80 %	
Extractions et chirurgie buccale	Comprend l'excision des dents incluses	Couverture à 80 %	
Obturations	Comprend les obturations blanches sur les dents de devant	Couverture à 80 %	
Injections	Médicaments antibiotiques administrés par un dentiste	Couverture à 80 %	
Mainteneurs d'espace, couronnes en acier inoxydable	Personnes de moins de 18 ans; seulement lorsqu'il est impossible de restaurer une dent de lait à l'aide de matériaux de restauration usuels	Couverture à 80 %	
Traitement périodontique	Maladies parodontales et autres maladies des gencives et des tissus de la bouche	Couverture à 80 %	

* Exclut les appareils servant aux activités sportives (protège-dents) et les appareils orthodontiques (broches).

Catégorie 3 : Services majeurs

On recommande de demander à Green Shield une **détermination préalable de la protection offerte** avant d'engager cette catégorie de dépenses.

Type de protection	Détails
Couronnes, incrustations avec recouvrement, obturations en or et installation initiale de ponts fixes	Comprend les couronnes et les incrustations avec recouvrement servant à former des points d'appui; pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles
Réparation ou recimentation de couronnes, d'incrustations avec recouvrement ou de ponts	
Remplacement de couronnes existantes, d'incrustations ou d'incrustations avec recouvrement existantes et de ponts existants	Seulement si la restauration actuelle ne peut plus être entretenue
Prothèses dentaires : installation initiale de prothèses amovibles, partielles ou complètes	Pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles. Il se peut que les ajustements soient aussi couverts.
Prothèses dentaires : remplacement de prothèses amovibles partielles ou complètes existantes ou de ponts fixes existants	Si la prothèse ou le pont existants ont été installés au moins 5 ans auparavant et qu'on ne peut pas les rendre fonctionnels
Ajout de dents à une prothèse ou un pont existants	Pour remplacer des dents naturelles extraites après l'installation de la prothèse ou du pont existants
Implants	Les implants ne sont pas couverts; toutefois, les procédures liées au remplacement d'une dent peuvent être admissibles en vertu d'une couverture différente.
Orthodontie	Broches et dépenses connexes

Régime de base	Régime facultatif	Autres renseignements
	Couverture à 50 %	Couvertes seulement lorsque ces procédures sont employées pour rendre leur fonction normale à des dents naturelles lorsque cela ne peut pas se faire à l'aide d'obturations
	Couverture à 50 %	
	Couverture à 50 %	S'il est possible de restaurer une dent à l'aide d'amalgame d'argent, de silicate ou de matériaux synthétiques, les protections offertes sont basées sur le coût de cette restauration.
	Couverture à 50 %	Les frais distincts relatifs aux ajustements sont inclus seulement s'ils sont engagés plus de 3 mois après l'installation initiale. La personnalisation ou l'individualisation ne sont pas couvertes.
	Couverture à 50 %	Le remplacement d'un pont ou d'une prothèse temporaires dans un délai de 3 mois après leur installation est également couvert.
	Couverture à 50 %	Contactez Green Shield pour connaître les exigences additionnelles en matière d'admissibilité, par ex. le pont ou la prothèse doivent avoir au moins 5 ans.
	Aucune couverture.	Certaines dépenses liées au remplacement d'une dent pourraient être remboursées selon l'admissibilité à d'autres procédures; le paiement sera limité à un montant basé sur la procédure la moins coûteuse.
Aucune couverture	Aucune franchise, couverture à 50 %; maximum de 2 000 \$ à vie par personne	

Ce qui suit n'est pas couvert (en plus des exclusions notées précédemment) :

- les frais qui n'auraient pas été facturés s'il n'y avait pas eu d'assurance;
 - les frais qui sont déjà couverts ou payés par tout régime d'État ou par tout autre régime d'employeur;
 - les services et les fournitures relatifs à une reconstruction complète de la bouche, à une correction de la dimension verticale, ou au diagnostic ou à la correction d'une dysfonction de l'articulation temporomandibulaire (sauf les services et fournitures notés précédemment);
 - tous frais facturés par un hôpital relativement à une blessure ou une maladie qui affectent la dentition;
 - les prothèses (y compris les ponts et les couronnes) commandées pendant que la personne était assurée, mais installées ou livrées plus de 90 jours après la fin de la couverture;
 - le remplacement des prothèses perdues ou volées;
 - les services et les fournitures qui sont en partie ou entièrement de nature esthétique, sauf les dépenses couvertes nécessaires pour réparer une blessure accidentelle;
 - les frais facturés pour remplir des formulaires;
 - les frais facturés pour les rendez-vous manqués sans avertissement.
- Veillez prendre connaissance de la politique en vigueur à ce sujet au cabinet de votre dentiste.**

Résumé du Programme de soutien au rétablissement

Admissibilité	Le personnel ministériel des charges pastorales, les employés-es laïques des charges pastorales ainsi que les membres du personnel des bureaux du Conseil général et des synodes sont couverts par le Programme de soutien au rétablissement (RCP), s'ils travaillent activement et sont membres des régimes d'assurance collective de l'Église Unie.
Période d'attente (la période qui précède l'entrée en vigueur des prestations d'invalidité)	Deux semaines (pendant lesquelles le maintien du salaire est en vigueur)
Prestations d'invalidité payables	100 % du salaire (plus l'allocation de logement ou le presbytère, s'il y a lieu) durant six mois. Ces prestations sont considérées comme un revenu imposable.

Comment fonctionne le Programme de soutien au rétablissement

Si votre absence du travail, due à une maladie ou à une blessure, est attestée par dossier médical et approuvée par l'arbitre (initialement et de manière continue), vous avez droit d'être payé votre plein salaire par votre charge pastorale ou par un autre employeur (ainsi qu'à l'allocation de logement s'il y a lieu ou à l'usage du presbytère s'il y a lieu) durant une période de six mois. On rembourse à votre charge pastorale ou à votre employeur 85 % de votre salaire (ainsi que l'allocation de logement s'il y a lieu) dans le cadre de ce programme.

Retour au travail

Vous pouvez retourner au travail après une période d'invalidité...

- en fournissant une attestation médicale indiquant que vous êtes prêt-e à retourner au travail ou en collaborant avec l'arbitre chargé de votre réclamation afin de déterminer si vous êtes prêt-e à retourner au travail (ou les deux);
- en rencontrant le comité des relations pastorales du consistoire pour obtenir son autorisation de retourner au travail (s'il y a lieu); et
- en consultant le gestionnaire de cas et l'analyste en invalidité du Bureau du Conseil général concernant vos options en matière de programmes de réadaptation.

Si vous êtes incapable de retourner au travail

Si votre absence se prolonge au-delà des six mois couverts par le Programme de soutien au rétablissement, l'arbitre chargé de votre réclamation et l'analyste en invalidité du Centre d'avantages sociaux vous aideront à présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée. Remarque : Si vous êtes membre du personnel ministériel, vous devrez alors discuter avec la charge pastorale, le consistoire et le personnel du synode afin d'évaluer vos besoins en matière de logement de remplacement si vous demeurez dans un presbytère.

Fin de la couverture

La couverture accordée prend fin :

- lorsque votre emploi prend fin,
- lorsque vous prenez votre retraite ou
- en décembre de l'année où vous atteignez l'âge de 71 ans, puisque vous devez alors commencer à toucher votre pension,

selon la première de ces éventualités.

Invalidité récurrente

Si vous retournez au travail dans votre charge pastorale ou chez votre employeur participant après une période approuvée pendant laquelle vous avez bénéficié du Programme de soutien au rétablissement, et que dans un délai de trois mois par la suite, l'arbitre atteste que vous êtes de nouveau incapable de travailler pour la même raison, vous avez droit au maintien du salaire dans le cadre du Programme...

- le temps qu'il vous faut pour retourner au travail, ou
- durant six mois couverts par le Programme moins la durée des prestations qui vous ont été versées pendant la période d'absence initiale,

selon la plus courte de ces deux éventualités.

Une absence subséquente pour cause d'invalidité, due à des raisons entièrement différentes et sans rapport avec les raisons initiales, et séparée de l'absence précédente par au moins une journée de travail actif, sera considérée comme un nouveau cas. Vous auriez donc droit à six mois de maintien du salaire dans le cadre du Programme de soutien au rétablissement.

Exclusions

On ne paiera aucune prestation relativement à une période d'invalidité...

- durant un congé (y compris un congé de maternité ou un congé parental);
- durant laquelle vous ne collaborez pas avec l'arbitre chargé de votre réclamation ou refusez de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par l'arbitre chargé de votre réclamation ou par le médecin traitant;
- durant laquelle vous travaillez contre rémunération autrement que dans le cadre d'un programme approuvé d'invalidité partielle de l'Église Unie;
- résultant de blessures que vous vous êtes infligées délibérément;
- résultant d'une dépendance à une drogue contrôlée, sauf si vous recevez un traitement actif conforme à des normes professionnelles;
- découlant de la participation volontaire à une guerre (déclarée ou non), une émeute ou une insurrection;
- durant toute période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement imposée par un tribunal;
- qui commence à la date ou après la date du début d'une grève ou d'une mise à pied (sauf dans les cas prévus par la loi).

Remarque : Si vous recevez des prestations d'autres sources (par exemple, indemnisation des accidents du travail ou assurance automobile provinciale) ne tenant pas compte du revenu de l'assurance-emploi pour le paiement des prestations, les sommes accordées dans le cadre du Programme de soutien au rétablissement seront réduites des montants qui correspondent aux prestations provenant de ces autres sources.

Résumé des prestations d'invalidité de longue durée (ILD)

Pendant les 24 premiers mois de prestations d'invalidité (après que la période d'attente de six mois s'est écoulée), l'arbitre doit vous juger incapable d'exercer votre profession pour cause de maladie ou de blessure accidentelle. Les prestations d'ILD continueront d'être versées après cette période de 24 mois uniquement si l'arbitre vous juge incapable d'occuper toute profession pour laquelle vous pourriez avoir la formation ou les compétences nécessaires.

Exclusions

Vous n'êtes pas assuré-e contre la perte de revenu si l'invalidité est le résultat...

- de la participation volontaire à une guerre (déclarée ou non), à une insurrection, à une rébellion ou à des troubles civils. Si votre travail pour l'Église vous amène à vous rendre dans une région où ce genre de situation est probable, vous devez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie avant votre départ;
- d'une dépendance à une substance contrôlée (drogue ou alcool), sauf si vous recevez un traitement actif conforme à des normes professionnelles. Si vous refusez de participer à un programme de réadaptation jugé approprié par la compagnie d'assurance ou par le médecin traitant, aucune prestation ne sera versée.

En outre, aucune prestation ne sera versée pour une période d'invalidité ...

- durant toute période où vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette exclusion ne s'applique pas aux 30 premiers jours d'absence ou au cas où Great-West Life a autorisé préalablement l'absence avant le départ;
- durant toute période d'incarcération, de détention ou d'emprisonnement imposée par un tribunal.

Versement des prestations

La période d'invalidité commence le jour où votre médecin et votre assureur attestent que vous êtes invalide. Si votre demande est approuvée, vous remplissez les conditions pour recevoir le premier versement de votre prestation d'invalidité de longue durée à la fin de la période d'attente de six mois.

La prestation d'invalidité de longue durée est de 60 % de vos gains admissibles mensuels d'avant l'invalidité, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par mois. C'est l'arbitre qui effectue les versements. Ces versements sont libres d'impôt, parce que vous payez la prime entière pour ce type de couverture; vous n'incluez donc pas les montants que vous recevez dans votre déclaration d'impôt.

Le versement des prestations se poursuit jusqu'au moment où...

- vous vous rétablissez;
- vous commencez à travailler (autrement que dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé);
- vous cessez d'être suivi-e par un médecin, votre état ne répond pas à la définition d'une invalidité telle qu'établie par l'arbitre, ou vous refusez d'être examiné-e par un médecin;
- le mois où vous atteignez l'âge de 65 ans se termine;
- vous décédez.

Rajustement de votre prestation d'invalidité de longue en fonction de revenus provenant d'autres

sources

Votre prestation d'invalidité de longue durée peut être rajustée ou annulée si les « autres revenus » que vous touchez représentent au total 85 % de vos gains admissibles d'avant l'invalidité.

Lorsque vous présentez une demande de prestation d'invalidité de longue durée, vous devez fournir des renseignements sur tous vos « autres revenus ». Vous devez également soumettre la preuve que vous avez présenté une demande d'« autres revenus » aux organismes compétents, le cas échéant. Nous vous encourageons à présenter une demande de prestation d'invalidité à la Régie des rentes du Québec ou au Régime de pensions du Canada dès que vous remplissez les conditions. Ces prestations sont également considérées comme « autres revenus » et sont rajustées à 70 % du montant de la RRQ ou du RPC.

Exonération de primes

Si vous répondez aux conditions requises et recevez des prestations d'invalidité de longue durée versées par le régime, la couverture dont vous disposez en vertu des régimes d'assurance collective et du régime de retraite en date du dernier jour de travail se poursuit jusqu'à ce que vous ne soyez plus invalide ou que vous atteigniez l'âge de 65 ans, sans que vous ayez à déboursier quoi que ce soit. Après 65 ans, la couverture accordée est réduite comme elle le serait si vous n'étiez pas invalide. Cette exonération s'applique seulement aux personnes qui reçoivent des prestations mensuelles d'invalidité de longue durée. Cette disposition ne s'applique pas aux personnes qui reçoivent un paiement forfaitaire à la suite du règlement d'un différend.

Invalidité partielle

Si votre invalidité n'est que partielle, vous pourriez quand même avoir droit aux prestations d'invalidité en vertu des dispositions relatives au soutien à la réadaptation.

Si votre demande est approuvée, vos prestations d'invalidité de longue durée seront réduites d'un montant correspondant à 50 % du revenu provenant de votre travail de réadaptation. Les prestations continueront d'être versées, et continueront d'être ajustées si votre niveau de revenu augmente, jusqu'à ce que votre revenu atteigne 80 % de vos gains admissibles d'avant l'invalidité et que les prestations d'invalidité de longue durée soient entièrement annulées.

Comment faire appel

Si votre demande de prestations d'invalidité de longue durée est refusée ou que ces prestations cessent de vous être versées, et que vous voulez faire appel de cette décision, vous devez soumettre à votre assureur un avis d'appel par écrit dans un délai de 60 jours, accompagné d'une documentation à l'appui, de nature médicale ou autre. (Vous pouvez soumettre ces documents d'appui jusqu'à six mois après l'avis d'appel, s'ils ne sont pas immédiatement disponibles.) Les dépenses engagées par le membre relativement à une procédure d'appel sont à sa charge.

Exigence relative à la résidence au Canada

Aucune prestation ne sera versée si vous résidez à l'extérieur du Canada alors que vous êtes invalide durant toute période de plus de 90 jours consécutifs, ou durant 180 jours au total au cours de toute période de 365 jours, sauf si...

- vous avez notifié votre assureur au préalable et reçu une approbation écrite de sa part;
- vous continuez d'être suivi-e régulièrement par un médecin autorisé que votre assureur considère comme approprié; *et*
- vous êtes en mesure de prouver que votre invalidité persiste en fournissant des preuves que votre assureur juge satisfaisantes, dans un délai de 30 jours suivant une demande à cet effet.

Comment faire une demande

Pour obtenir les formulaires requis afin de présenter une demande de prestations d'invalidité de longue durée, ou si vous avez des questions, veuillez contacter l'Unité Ministères et emplois (voir page 36).

Comment présenter une réclamation

Réclamation d'assurance-vie

Procurez-vous un formulaire de réclamation d'assurance-vie en contactant le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie. Les chèques relatifs à la réclamation seront envoyés directement au bénéficiaire ou à ses ayants cause. **On doit présenter toute réclamation dans un délai de six mois suivant la date du décès.**

Réclamations relatives aux médicaments et aux soins dentaires

Étape 1 : Carte d'identité Green Shield

Vous pouvez vous servir de votre carte d'identité pour payer vos médicaments à la pharmacie, et pour les visites chez le dentiste ou chez d'autres praticiens paramédicaux (s'ils sont inscrits auprès de Green Shield), car cela simplifie le paiement.

S'il ne vous est pas possible d'utiliser votre carte d'identité à votre pharmacie ou chez votre dentiste, vous devez soumettre un formulaire de réclamation à Green Shield, à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Inscrivez-vous dans le site Web de Green Shield (greenshield.ca/fr-ca) pour vous prévaloir de tous les services que cet assureur met à votre disposition, y compris le dépôt direct des remboursements.

Étape 2 : Formulaire de réclamation

Le formulaire de réclamation exige la signature du membre, ou du membre admissible de sa famille, qui présente la réclamation. On peut se procurer ce formulaire dans le site Web de Green Shield ou en contactant cet assureur, et on doit l'envoyer directement à Green Shield. **Dans tous les cas, il est prudent de faire des copies de tous les reçus que l'on envoie à Green Shield Canada.**

- **Faites des photocopies de tous les reçus et joignez les originaux au formulaire.** Dans les provinces qui exigent de soumettre les originaux au régime provincial d'assurance-médicaments, des copies sont acceptables.
- Joignez une lettre du médecin lorsque cela est exigé.
- Signez le formulaire.

On peut présenter une réclamation jusqu'à 12 mois après la date à laquelle le service a été reçu.

Pour toute question portant sur ce qui est couvert par votre assurance, pour vous informer sur l'état d'une réclamation pour soins médicaux ou dentaires, ou pour obtenir une détermination préalable de la protection offerte, contactez directement **Green Shield** à l'aide des coordonnées suivantes :

Green Shield Canada

téléphone : 1-888-711-1119

site Web : greenshield.ca/fr-ca

Étape 3 : Coordination de l'assurance pour soins médicaux et dentaires

Si vous disposez d'une couverture additionnelle parce que votre conjoint-e est membre d'un autre régime de soins médicaux et dentaires, il est possible de coordonner les protections offertes. Selon cette disposition, le régime de l'Église sera votre premier payeur, et vous pourrez présenter une réclamation pour toute somme admissible qui dépasse ce montant en vous servant de l'autre régime par lequel vous êtes couvert-e. Le remboursement provenant de la coordination des régimes ne pourra jamais dépasser 100 % des dépenses permises.

Pour coordonner vos réclamations, vous devez soumettre au second régime le relevé des remboursements que vous recevez du premier payeur (dans votre cas, il s'agit de Green Shield), ainsi qu'un formulaire de réclamation et les reçus correspondant à vos dépenses. Votre conjoint-e peut en faire autant, en soumettant à Green Shield un relevé des remboursements accompagné des reçus correspondant à ses dépenses.

Vous devriez soumettre les dépenses concernant vos enfants admissibles d'abord au régime du parent dont la date de naissance (mois et jour) arrive le plus tôt dans l'année.

Nous vous recommandons de toujours faire des copies de vos reçus avant de les envoyer à l'assureur.

Décès et mutilation accidentels

Pour les réclamations relatives à l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels, veuillez communiquer avec le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie.

Indemnité de l'employeur, Programme de soutien au rétablissement (PSR) ou invalidité de longue durée (ILD)

Pour les réclamations relatives à l'indemnité de l'employeur, au Programme de soutien au rétablissement ou à l'invalidité de longue durée, veuillez communiquer avec l'Unité Ministères et emplois, au 1-800-268-3781.

Coordonnées

Pour les demandes de renseignements portant sur l'état d'une réclamation autre que pour soins médicaux ou dentaires, veuillez contacter le Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie, administré par Aon Hewitt. Ayez votre NIP à portée de main lorsque vous contactez le Centre d'avantages sociaux.

Centre d'avantages sociaux de l'Église Unie

Téléphone : 1-866-859-5025, du lundi au vendredi
De 8 h 30 à 17 h (heure de l'Est)
Courriel: benefits@united-church.ca
Site Web : uccbenefits.ca

Pour les réclamations ou les demandes de renseignements relatives à la couverture pour soins médicaux et dentaires, veuillez contacter le Centre du service à la clientèle de Green Shield :

Green Shield Canada

Téléphone : 1-888-711-1119
Site Web : greenshield.ca/fr-ca

Pour avoir des renseignements sur les services du Réseau Best Doctors, veuillez vous adresser directement à :

Le Réseau Best Doctors par Teladoc

Téléphone : 1-877-419-2378
Site Web : bestdoctors.com/canada/start

Contactez l'Unité Ministères et emplois selon les instructions figurant dans le présent guide :

Ministères et emplois

Téléphone : 1-800-268-3781, poste 3161
Courriel : MinistryandEmployment@united-church.ca

L'Église Unie du Canada
Ministères et emplois
3250, rue Bloor Ouest, bureau 200
Toronto (Ontario) M8X 2Y4