

Personnes à charge admissibles

Aux fins du programme Réalisation des avantages, les définitions suivantes s'appliquent :

- Un enfant à charge est tout enfant naturel ou adopté, pupille ou beau fils ou belle fille célibataire, qu'il soit sous votre garde et/ou celle de votre conjoint(e), qui est :
 - âgé de moins de 21 ans et travaille moins de 30 heures par semaine (à moins d'être un étudiant à temps plein);
 - âgé de moins de 26 ans et étudiant à temps plein;
 - incapable de subvenir à ses besoins, peu importe son âge, en raison d'un handicap physique ou d'un trouble mental (sous réserve que cet enfant ait été admissible avant l'âge de 21 ans ou, s'il étudiait à temps plein, avant 26 ans).

- Un(e) conjoint(e) est la personne de même sexe ou de sexe opposé :
 - o avec qui vous êtes marié(e);
 - o ou avec qui vous partagez une relation assimilable à une union conjugale :
- depuis au moins 12 mois;
- ou si vous vivez au Québec, depuis la naissance ou l'adoption d'un enfant, quand cela survient plus tôt.

L'admissibilité peut faire l'objet d'autres conditions. Pour en savoir plus au sujet des personnes pouvant être inscrites à titre d'enfant ou de conjoint à charge, veuillez communiquer avec J&D Benefits Inc., au 905 477 7088 (n° sans frais : 1 800 218 7018).

Participants du Québec

Si vous détenez la carte soleil délivrée par la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ), vous êtes tenu d'avoir une assurance-médicaments obtenue de l'une ou l'autre façon suivante :

- Un régime d'assurance collective.
- Le régime d'assurance-médicaments du Québec (seulement toutefois si vous n'êtes pas admissible à un régime d'assurance collective).

Ainsi, si vous obtenez :

- *la couverture Cuivre ou Bronze et que **personne n'est à votre charge*** – vous devez passer à la couverture Argent (pour obtenir l'assurance médicaments individuelle) ou ajouter la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour vous uniquement.
- *la couverture Cuivre ou Bronze et que **des personnes sont à votre charge*** – vous devez passer à la couverture Or ou Platine (pour obtenir l'assurance médicaments familiale) ou ajouter la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour vous et les personnes à votre charge.
- *la couverture Argent et que **des personnes sont à votre charge*** – vous devez passer à la couverture Or ou Platine (pour obtenir l'assurance médicaments familiale) ou ajouter la protection « assurance médicaments du Québec seulement » pour les personnes à votre charge admissibles.

Cela dit, vous n'êtes pas tenu de vous doter de la protection « assurance médicaments du Québec seulement » si vous fournissez à la Fiducie de santé et de bien être de la GCR la preuve que vous bénéficiez d'une assurance médicaments comparable ailleurs (p. ex., le régime du conjoint).

La protection « assurance médicaments du Québec seulement » rembourse 75 % des frais de médicaments d'ordonnance admissibles que vous ou les personnes à votre charge engagez, après paiement d'une franchise de 3 \$ par ordonnance.

La protection « assurance médicaments du Québec seulement » ne vous offre que si vous êtes un résident du Québec, conformément à la législation provinciale en vigueur.

réalisation des avantages



Compte de dépenses pour soins de santé

Si vous avez transféré de l'argent de votre réserve dollars à un compte de dépenses pour soins de santé (CDSS), veuillez garder à l'esprit le suivant :

- Votre CDSS peut servir à absorber le coût de la majorité des frais médicaux et dentaires qui ne vous sont pas remboursés, en tout ou en partie, dans le cadre de votre couverture.
- Vous pouvez utiliser votre CDSS pour régler des frais admissibles que vous et les personnes à votre charge engagez, et ce, même si vous n'avez pas de couverture familiale.
- La définition des personnes à charge est plus élastique quand il est question du CDSS. Elle peut comprendre un petit enfant, un parent, un grand parent, une tante, un oncle, une nièce ou un neveu qui dépend de vous pour sa subsistance, tout en étant un résident du Canada.
- Parce qu'aucun impôt n'est prélevé sur les sommes que vous transférez dans votre CDSS, votre pouvoir d'achat en est accru d'autant (les règles fiscales sont quelque peu différentes si vous vivez au Québec).
- Tout l'argent que vous déposez dans votre CDSS au début d'une année du régime donnée doit être dépensé avant la fin de l'année du régime suivante, sinon vous devrez y renoncer.

Protections offertes à partir de 65 ans

Les participants âgés de 65 ans et plus sont admissibles à la couverture correspondant aux cotisations de producteur versées en leur nom. Leur couverture fait toutefois l'objet de certaines restrictions, notamment :

- La protection pour état pathologique critique prend fin à 65 ans.
- Aucune assurance-vie n'est fournie à partir de 80 ans.
- Les protections dentaires sont établies en fonction des cotisations de producteur jusqu'à 80 ans.
- Les protections médicales sont établies en fonction des cotisations de producteur jusqu'à 80 ans. À partir de 70 ans, un plafond de 25 000 \$ par année civile est appliqué aux protections médicales (à l'exclusion des soins d'urgence hors de la province ou du pays).
- Les dépenses engagées pour les soins d'urgence à l'étranger/hors de la province ne sont plus remboursées à partir de 75 ans. De 70 à 74 ans, les soins sont assurés durant les 60 premiers jours à l'étranger et un plafond viager de 1 000 000 \$ est imposé.
- Le service « *Best Doctors* » n'est plus offert à partir de 65 ans.

Assurance volontaire

Vous avez accès à diverses protections, que vous pouvez vous procurer à votre gré. Ces protections, conçues pour compléter votre couverture dans le cadre de la *Réalisation des avantages*, comprennent :

- Assurance vie complémentaire
- Assurance vie de conjoint
- Assurance invalidité de longue durée
- Assurance-voyage
- Assurance pour maladie grave
- Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident
- *Follow Me* – soins médicaux et dentaires
- Assurance pour les visiteurs au Canada

Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'assurance volontaire, veuillez contacter J&D Benefits Inc à 905-477-7088 ou 1-800-218-7018.

Information détaillée

Si vous avez des questions au sujet de la **réserve en dollars**, du **CDSS**, des **demandes de règlement**, des **personnes à charge** ou des **bénéficiaires**, communiquez avec J&D Benefits Inc., au 905-477-7088 (Grand Toronto) ou au 1-800-218-7018 (n° sans frais). Pour un service en anglais, demandez Mme Andrea Rappitt, poste 2229. Pour un service en français, demandez Mme Helen LeClaire, poste 2236. Vous pouvez aussi visiter le site Web de J&D Benefits à www.jdbenefits.com.

- Si vous avez des questions au sujet de votre **programme d'assistance au participant et à la famille**, communiquez avec Shepell•fgi au 1-800-361-5676 ou visitez le site Web à www.shepellfgi.com.
- Si vous avez des questions au sujet du service « **Best Doctors** », composez le 1-877-419-2378 ou visitez le site Web à www.bestdoctorscanada.com.
- Pour faire le **suivi de vos demandes de règlement**, obtenir des **formulaires de demande de règlement** ou trouver de **plus amples renseignements**, allez à www.greatwestlife.com, cliquez sur le lien « GroupNet pour les participants au régime » et accédez à votre compte de soins de santé. Pour parler à un représentant du service à la clientèle de La Great West, composez le 1 800 263 5742 (n° sans frais).
- Si vous êtes aux prises avec une **urgence médicale** à l'extérieur de la province ou du pays, communiquez avec le service Assistance médicale globale, au 410-453-6330 (appelez à frais virés de n'importe quel endroit au monde).

Information générale

Pour obtenir des renseignements de nature générale sur le régime de Santé et de Bien être de la GCR, veuillez communiquer avec Suzanne Maunder, la coordinatrice du régime, en composant le 416 482 6640 (n° sans frais : 1 888 972 0098), poste 234. Vous pouvez aussi joindre Suzanne par courrier électronique, à l'adresse h&w@dgc.ca

Vous pouvez consulter une description détaillée du régime (document en ligne) et des réponses aux questions les plus fréquemment posées dans notre site Web, à l'adresse www.dgc.ca.

Le mot de la fin

Le présent dépliant offre un bref survol de la *Réalisation des avantages*, le régime de Santé et de Bien être de la GCR, et est distribué aux fins de l'adhésion seulement. Dans l'éventualité où il y avait incompatibilité entre le contenu de ce dépliant et les contrats ou documents officiels du régime, les dispositions des contrats et documents en question l'emportent. Les membres du conseil de fiducie, à titre d'administrateurs du régime, sont tenus de gérer celui-ci avec prudence. C'est pourquoi ils se réservent le droit de modifier ou de résilier le programme, en tout temps, à condition que la situation le justifie.

Réalisation des avantages

> LE RÉGIME DE SANTÉ ET DE BIEN ÊTRE DE LA GCR



Le régime en bref

1^{er} janvier au 31 décembre 2010

Numéro: 159947



Au sujet de la **Réalisation des avantages**

Le programme *Réalisation des avantages* est rendu possible grâce à la Fiducie de santé et de bien être de la Guilde canadienne des réalisateurs (GCR). Tous les membres de la GCR ont droit à une couverture aux termes de la *Réalisation des avantages*, à condition qu'ils soient :

- des membres actifs et en règle,
- des résidents du Canada,
- âgés de moins de 80 ans.

Les membres internationaux actifs et en règle ont droit à une assurance vie de 50 000 \$. Ils ne sont toutefois pas admissibles aux autres protections du programme *Réalisation des avantages*. Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec Suzanne Maunder, coordinatrice du régime de Santé et de Bien être, au 416 482 6640 (no sans frais : 1 888 972 0098), poste 234. Vous pouvez aussi joindre Suzanne par courrier électronique, à l'adresse h&w@dgc.ca.

Cotisations de producteur

La Fiducie de santé et de bien être est financée uniquement grâce aux cotisations de producteur et aux primes que versent les participants pour améliorer leur couverture.

Lorsque vous vous inscrivez à la *Réalisation des avantages*, vous obtenez automatiquement un niveau de couverture établi en fonction des cotisations de producteur versées en votre nom au cours des deux années précédentes (en ajoutant un an de décalage). C'est ce qu'on appelle votre « couverture automatique ».

Par exemple, pour l'année du régime comprise entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 décembre 2010, votre couverture automatique est établie en fonction des cotisations de producteur versées en votre nom pendant la période allant du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2008. Le tableau ci-dessous indique les montants de cotisations requis pour obtenir l'une ou l'autre couverture.

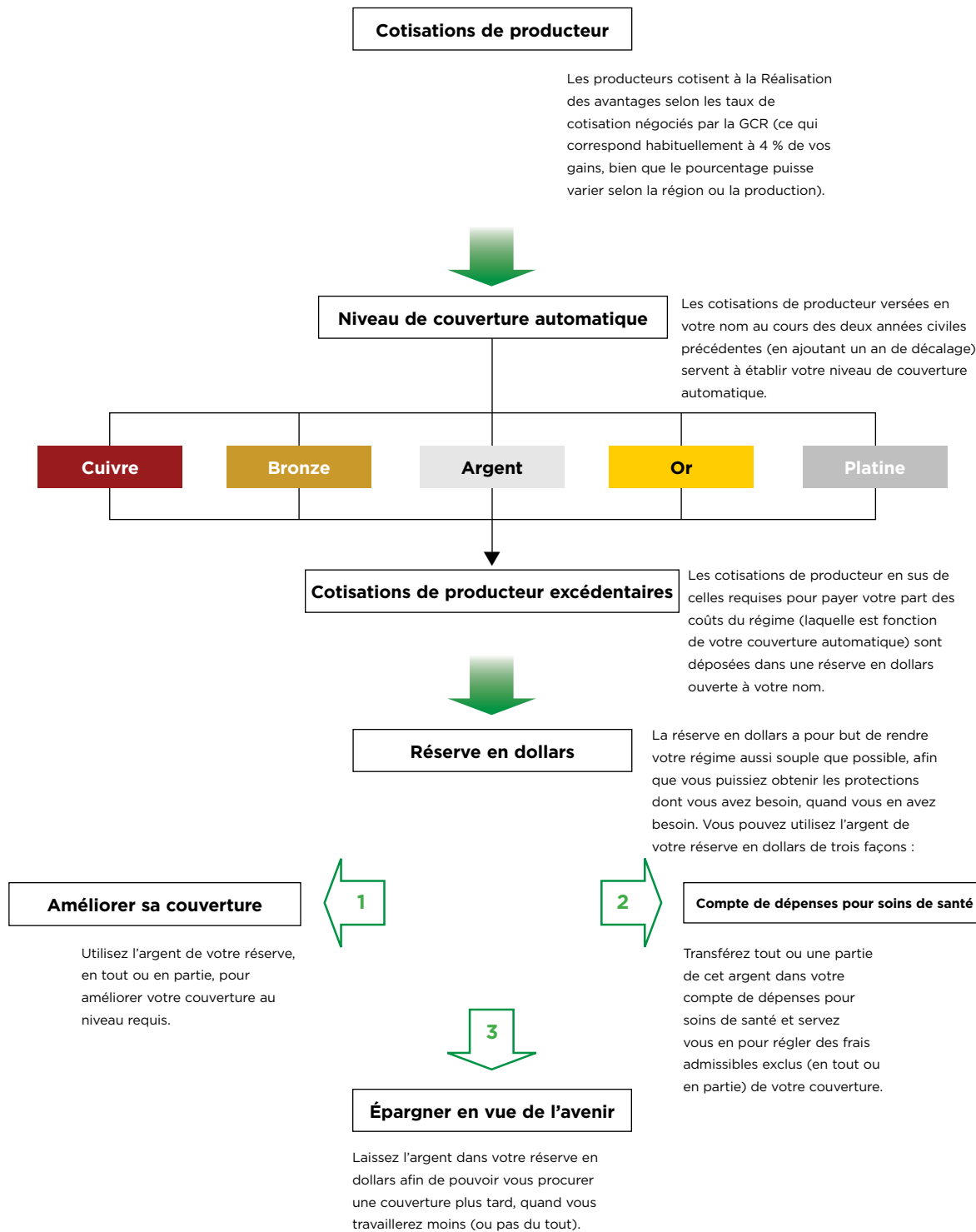
| Cotisations de producteur (versées entre le 1 ^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2008) | Niveau de couverture (en vigueur le 1 ^{er} janvier 2010) |
|---|--|
| 0 \$ à 199,99 \$ | Cuivre |
| 200,00 \$ à 999,99 \$ | Bronze |
| 1 000,00 \$ à 3 799,99 \$ | Argent |
| 3 800,00 \$ à 4 899,99 \$ | Or |
| 4 900,00 \$ ou plus | Platine |

Amélioration de couverture

Si votre couverture automatique ne répond pas à vos besoins, il vous est possible d'« acheter » l'écart pour passer à un niveau de couverture supérieur pendant la période annuelle d'inscription. Vous pouvez payer votre amélioration de couverture au moyen de l'argent détenu dans votre réserve en dollars de la *Réalisation des avantages* ou par chèque, avec une carte de crédit ou par l'entremise de services bancaires en ligne.

Si, à n'importe quel moment au cours de l'année du régime, votre situation personnelle change (p. ex., mariage, naissance d'un enfant ou perte de protections dans le régime de votre conjoint), vous pouvez passer à une couverture dotée de protections familiales et payer le coût supplémentaire que cela représente sans attendre pour la prochaine période d'inscription. Vous devez déposer votre demande auprès de la GCR dans les 31 jours suivant le changement de situation personnelle et fournir une preuve à cet égard, sinon, vous devrez attendre la prochaine période d'inscription.

Fonctionnement du programme **Réalisation des avantages**



Coup d'œil sur les couvertures

Vous trouverez dans le tableau suivant un aperçu des divers niveaux de couverture. Pour obtenir une description détaillée du régime, consultez le document accessible en ligne à www.dgc.ca.

| | Cuivre | Bronze | Argent | Or | Platine |
|---|-----------------------------------|---|---|---|--|
| Soins de santé | | | | | |
| Qui est assuré | Participant | Participant | Participant | Participant et famille | Participant et famille |
| Franchise | s.o. | 800 \$ par pers. (frais médicaux et de médicaments combinés) | Individuel : 25 \$ | Individuel : 25 \$ Famille : 50 \$ | \$0 |
| Remboursement | s.o. | 75 %; plafond de 50 000 \$ par pers. | 75 %; plafond de 50 000 \$ par pers. | 75 %; plafond de 50 000 \$ par pers. | 85 %; plafond annuel de 50 000 \$ par pers. |
| Médicaments d'ordonnance | s.o. | Carte-médicaments fournie; 75 % après franchise de 800 \$ par pers. (frais médicaux et de médicaments combinés) | Carte-médicaments fournie; 75 % après franchise de 3 \$ par ordonnance; 100 % après avoir payé 800 \$ par année par pers. | Carte-médicaments fournie; 75 % après franchise de 3 \$ par ordonnance; 100 % après avoir payé 800 \$ par année par pers. | Carte-médicaments fournie; 90 %; 100 % après avoir payé 800 \$ par année par pers. |
| Hôpital | s.o. | 75 % chambre à deux lits | 75 %; chambre à deux lits | 75 %; chambre à deux lits | 100 %; chambre à deux lits |
| Examens de la vue | s.o. | 40 \$ par pers. par 24 mois | 40 \$ par pers. par 24 mois | 40 \$ par pers. par 24 mois | 40 \$ par pers. par 24 mois |
| Soins de la vue | s.o. | s.o. | 100 %, jusqu'à 300 \$ par pers. par 24 mois | 100 %, jusqu'à 300 \$ par pers. par 24 mois | 100 %, jusqu'à 400 \$ par pers. par 24 mois |
| Services paramédicaux | s.o. | s.o. | 75 %; jusqu'à 500 \$ par pers. par spécialité par année | 75 %; jusqu'à 500 \$ par pers. par spécialité par année | 85 %; jusqu'à 500 \$ par pers. par spécialité par année |
| Soins dentaires | | | | | |
| Qui est assuré | Participant | Participant | Participant | Participant et famille | Participant et famille |
| Franchise | s.o. | s.o. | Individuel : 25 \$ | Individuel : 25 \$ Famille : 50 \$ | s.o. |
| Plafond annuel | s.o. | 0 \$ | 2 000 \$ par pers. par année (tous les services dentaires combinés) | 2 000 \$ par pers. par année (tous les services dentaires combinés) | 2 500 \$ par pers. par année (tous les services dentaires combinés) |
| Soins de base | s.o. | Un examen par année civile | 80 % | 80 % | 90 % |
| Restaurations majeures | s.o. | s.o. | 50 % | 50 % | 60 % |
| Traitements périodontiques | s.o. | s.o. | 50 % | 50 % | 60 % |
| Traitements endodontiques | s.o. | s.o. | 50 % | 50 % | 60 % |
| Traitements orthodontiques | s.o. | s.o. | s.o. | Enfants seulement; 50 %, sous réserve d'un plafond viager de 2 000 \$ par enfant | 60 %, sous réserve d'un plafond viager de 2 500 \$ par pers. |
| Autres protections | | | | | |
| Assurance vie | 50 000 \$ (participant seulement) | 50 000 \$ (participant seulement) | 50 000 \$ (participant seulement) | Participant : 75 000 \$ Conjoint(e) : 10 000 \$ Enfant : 5 000 \$ | Participant : 75 000 \$ Conjoint(e) : 20 000 \$ Enfant : 10 000 \$ |
| État pathologique critique | s.o. | s.o. | 25 000 \$ (participant seulement) | Participant : 50 000 \$ Conjoint(e) : 10 000 \$ Enfant : 5 000 \$ | Participant : 50 000 \$ Conjoint(e) : 10 000 \$ Enfant : 5 000 \$ |
| Soins d'urgence à l'étranger | s.o. | s.o. | 100 % jusqu'à 5 M \$ par personne; participant seulement | 100 % jusqu'à 5 M \$ par personne; famille | 100 % jusqu'à 5 M \$ par personne; famille |
| Service « Best Doctors » | oui | oui | oui | oui | oui |
| Programme d'assistance au participant et à la famille | oui | oui | oui | oui | oui |

Points importants concernant les couvertures

Vous devez garder les points suivants à l'esprit relativement à la couverture qui vous est fournie dans le cadre du programme *Réalisation des avantages* :

- Les garanties maximales et les franchises liées aux protections médicales sont en vigueur durant une année civile, à l'exception des :
 - examens et soins de la vue (c. à d., verres correcteurs et lentilles cornéennes), qui suivent un cycle de 24 mois;
 - les soins d'urgence à l'étranger/hors de la province, qui font l'objet d'un plafond viager.
- Les garanties maximales et les franchises liées aux protections dentaires sont en vigueur durant une année civile (à l'exception des traitements orthodontiques, qui sont assujettis à un plafond viager).
- Si vous, ou n'importe quel membre de votre famille, atteignez la limite de votre déboursé annuel en ce qui concerne les médicaments d'ordonnance, vos frais de médicaments admissibles vous seront remboursés à 100 p. 100 pour le reste de l'année civile. Le déboursé maximal est actuellement de 800 \$ par personne dans les couvertures Argent, Or et Platine.
- Le régime rembourse les frais dentaires selon la grille tarifaire en vigueur dans la province où est donné le traitement. Les montants supérieurs à ceux indiqués dans la grille tarifaire ne sont pas remboursés.
- Avant de subir tout traitement dentaire d'importance, vous devriez demander à votre dentiste d'envoyer une évaluation à La Great West. De cette façon, vous saurez à l'avance quelle portion du coût, si cela s'applique, vous sera remboursée dans le cadre de la *Réalisation des avantages*.
- Les couvertures Cuivre, Bronze et Argent ne comportent pas de protections familiales. Vous pouvez passer à la couverture Or ou Platine pour la couverture familiale si vous avez un changement de votre situation personnelle si vous ne complétez pas votre amélioration de couverture tout de suite, vous devez attendre jusqu'à la prochaine période d'inscription.
- Seuls les membres de votre famille qui figurent sur la liste des personnes à votre charge au moment de votre inscription sont admissibles aux protections médicales et dentaires, aux soins d'urgence à l'étranger, à la protection pour état pathologique critique et à l'assurance vie, à moins qu'un changement ne touche votre situation personnelle.
- Si vous désignez un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, vous devez remplir le formulaire « Nomination de fiduciaire ». Vous pouvez vous procurer ce formulaire auprès de J&D Benefits, l'administrateur du régime. Composez le 905 477 7088 (n° sans frais : 1 800 218 7018) pour joindre J&D Benefits.
- Pour obtenir une description plus détaillée du programme *Réalisation des avantages* et des protections offertes, veuillez consulter le document beaucoup plus complet accessible en ligne à l'adresse www.dgc.ca.