

# Croix Bleue Santé<sup>MC</sup>

UN RÉGIME QUI VOUS CONVIENT



## *Guide des conseillers et conseillères*



# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>2. NOUS JOINDRE</b>	<b>5</b>
<b>3. NOUVELLES AFFAIRES – Traitement de la proposition et émission du contrat</b>	<b>7</b>
<b>3.1. Normes de service</b>	<b>7</b>
<b>3.2. Renseignements personnels</b>	<b>7</b>
<b>3.3. Signature électronique</b>	<b>8</b>
<b>3.4. Régimes</b>	<b>8</b>
3.4.1. Types de régimes	9
3.4.2. Définitions de la police	10
3.4.3. Services à valeur ajoutée	11
<b>3.5. Soumission d'une nouvelle demande d'adhésion</b>	<b>11</b>
3.5.1. Adhésion en ligne et signatures électroniques	11
3.5.2. Preuve de perte de couverture	12
3.5.3. Garantie Voyage optionnelle avec l'adhésion au régime Approbation garantie	12
<b>3.6. Date d'effet du contrat</b>	<b>13</b>
<b>3.7. Prime pour une nouvelle affaire</b>	<b>14</b>
<b>3.8. Remplacement interne d'un contrat existant</b>	<b>14</b>
<b>3.9. Documents transmis par l'assureur</b>	<b>15</b>
<b>3.10. Délai de réflexion</b>	<b>15</b>
<b>3.11. Fermeture de la demande d'adhésion</b>	<b>15</b>
<b>4. SÉLECTION DES RISQUES</b>	<b>16</b>
<b>4.1. Exigences de la sélection des risques</b>	<b>16</b>
4.1.1. Normes de sélection	16
<b>4.2. Validité de la demande d'adhésion</b>	<b>16</b>
<b>4.3. Terminologie de la sélection des risques</b>	<b>16</b>
<b>4.4. Liste des maladies entraînant un refus automatique</b>	<b>17</b>
<b>4.5. Suivi des contrats en sélection des risques</b>	<b>17</b>
<b>4.6. Scénarios des décisions de sélection des risques</b>	<b>18</b>
<b>4.7. Révision d'une exclusion</b>	<b>19</b>

<b>4.8.</b>	<b>Demande de modification avec sélection des risques</b> .....	<b>19</b>
4.8.1.	Ajout d'une garantie ou augmentation d'une couverture (régime Santé complète).....	19
4.8.2.	Ajout d'une personne à charge (régime Santé complète).....	20
<b>4.9.</b>	<b>Demande de modification sans sélection des risques</b> .....	<b>21</b>
4.9.1.	Modifications diverses .....	21
4.9.2.	Modifications à la suite d'un événement de vie.....	22
4.9.3.	Ajout ou bonification de la garantie Soins dentaires (régime Santé complète).....	23
4.9.4.	Bonification des garanties Soins de santé et Médicaments ou ajout de la garantie Accès assuré (régime Santé complète) .....	24
4.9.5.	Ajout des garanties Médicaments (65 ans et plus) et Voyage ou ajout d'une personne à charge (régime Approbation garantie).....	25
4.9.6.	Diminution de couverture, retrait d'une garantie ou retrait d'une personne à charge .....	25
<b>4.10.</b>	<b>Demande de modification spéciale, avec ou sans sélection des risques</b> .....	<b>26</b>
4.10.1.	Enfant à charge ne répondant plus à la définition .....	26
4.10.2.	Transfert d'un enfant sur son propre contrat .....	27
4.10.3.	Séparation de conjoints .....	27
4.10.4.	Personne à charge invalide .....	28
<b>5.</b>	<b>ADMINISTRATION DES CONTRATS</b> .....	<b>30</b>
5.1.	Annulation d'un contrat .....	30
5.2.	Demande de remise en vigueur.....	31
5.3.	Transfert interrégime.....	31
5.3.1.	Procédure .....	32
5.4.	Suspension de contrat de trois mois .....	32
5.5.	Activation du régime Accès assuré.....	33
5.6.	Renouvellement.....	33
5.7.	Relevés d'impôts .....	33
<b>6.</b>	<b>RÈGLEMENTS</b> .....	<b>34</b>
6.1.	Normes de service.....	34
6.2.	Soumettre une demande de réclamation .....	34
6.2.1.	Utilisation de l'application mobile ou du site de services aux membres (MSS) .....	34
6.2.2.	Information requise pour soumettre une demande de règlement .....	35
6.3.	Garantie Soins de santé.....	35
6.4.	Garantie Soins dentaires .....	36
6.5.	Garantie Médicaments .....	36
6.6.	Garantie Maladies graves (régime Santé complète) .....	37

6.7.	Garantie Indemnité hospitalière (régime Santé complète).....	38
6.8.	Garantie Voyage .....	39
<b>7.</b>	<b>ENTENTES ET COMMISSIONS.....</b>	<b>41</b>
7.1.	Normes de service.....	41
7.2.	Rôle du service Ententes et Commissions .....	41
7.3.	Soumettre une demande de distribution.....	42
7.3.1.	Exigences requises .....	42
7.4.	Certificats exigés .....	42
7.5.	Assurance responsabilité professionnelle .....	42
7.6.	Renouvellement du droit de distribution .....	43
7.7.	Modification au dossier.....	43
7.8.	Relevés d'impôts .....	44
7.9.	États de comptes .....	44
7.10.	Rapports .....	45

## 1. INTRODUCTION

Le présent guide vous présente les principales règles et procédures relatives au cycle administratif d'un contrat d'assurance Croix Bleue Santé<sup>MD</sup>. Il a pour but de contribuer à l'uniformisation de nos activités, assurant à vous et à vos clients un service de qualité et le respect de saines pratiques d'affaires.

Vous y trouverez entre autres des informations sur :

- La soumission d'une proposition;
- Le processus de sélection des risques;
- L'administration des contrats;
- La présentation d'une demande de règlements;
- La rémunération des conseillers.

Ce guide est divisé en plusieurs sections. Nous vous invitons à consulter la table des matières pour trouver facilement l'information que vous cherchez.



## 2. NOUS JOINDRE

### Ententes et commissions

<b>Téléphone</b>	514 286-2626 1 800 361-2538 (option 2, puis option 2)
<b>Courriel</b>	Ententes.commissions@qc.croixbleue.ca
<b>Transmission de documents</b>	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du site sécurisé de dépôt de documents en sélectionnant « Entente de distribution » comme type de demande : <a href="https://qc.croixbleue.ca/depot">https://qc.croixbleue.ca/depot</a>
<b>Heures d'ouverture</b>	Du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30 (à l'exception des jours fériés)
<b>Normes de service</b> Retour d'appels et de courriels	24 heures, du lundi au vendredi (à l'exception des jours fériés)

### Info-Partenaires santé

<b>Téléphone</b>	514 286-2626 1 800 361-2538 (option 2, puis option 1)
<b>Courriel</b>	info.partenaires.sante@qc.croixbleue.ca
<b>Transmission de documents</b>	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du site sécurisé de dépôt de documents en sélectionnant « Tout ce qui touche votre contrat » comme type de demande : <a href="https://qc.croixbleue.ca/depot">https://qc.croixbleue.ca/depot</a>
<b>Heures d'ouverture</b>	Du lundi au vendredi, de 8h30 à 16h30 (à l'exception des jours fériés)
<b>Normes de service</b> Retour d'appels et de courriels	24 heures, du lundi au vendredi (à l'exception des jours fériés)

### Règlements santé et dentaire (pour toute question à ce sujet, invitez le client à contacter le Centre relation client)

<b>Téléphone</b>	1 855 906-8993
<b>Courriel</b>	<a href="mailto:service@qc.croixbleue.ca">service@qc.croixbleue.ca</a>
<b>Transmission de documents</b>	Les documents contenant des renseignements personnels doivent être envoyés par le biais du site sécurisé de dépôt de documents en sélectionnant « Réclamation santé, médicaments ou dentaire » comme type de demande : <a href="https://qc.croixbleue.ca/depot">https://qc.croixbleue.ca/depot</a>
<b>Site du Service au membres ou Application mobile</b>	<a href="https://www.medaviebc.ca/fr/regimesquebec/adherents">https://www.medaviebc.ca/fr/regimesquebec/adherents</a> Ou télécharger l' <b>application mobile Croix Bleue</b> gratuite (Medavie, Ontario, Québec) à partir du <i>Apple app store</i> ou <i>Google Playstore</i>
<b>Business hours</b>	Du lundi au vendredi, de 8h30 à 17h00 (à l'exception des jours fériés)

## Adresse postale pour le service d'administration des contrats et le service de la sélection des risques

<p><b>Québec</b> 1981, avenue McGill College, bureau 105 Montréal (Québec) H3A 0H6</p>	<p><b>Ontario</b> Ontario Blue Cross C.P. 4433, succursale A Toronto (Ontario) M5W 3Y7</p>
--	--

## Adresse postale pour les demandes de règlement santé et dentaire

<p><b>Québec</b> C.P. 1630, succursale B Montréal (Québec) H3B 3L3</p>	<p><b>Ontario</b> Ontario Blue Cross C.P. 4433, succursale A Toronto (Ontario) M5W 3Y7</p>
--	--

### 3. NOUVELLES AFFAIRES – Traitement de la proposition et émission du contrat

#### 3.1. Normes de service

<b>Délais administratifs</b>	Deux jours ouvrables
<b>Délais de sélection des risques</b>	Deux jours ouvrables

#### 3.2. Renseignements personnels

La protection des renseignements personnels est une priorité.

Si les documents qui contiennent des renseignements personnels doivent être transmis au moyen du site sécurisé de dépôt de documents accessible sur le site clients : <https://qc.croixbleue.ca/depot>

<b>Exemples de renseignements personnels</b>	<p>Les renseignements personnels comprennent notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nom;</li><li>• Date de naissance;</li><li>• Information médicale;</li><li>• Adresse;</li><li>• Numéro de téléphone;</li><li>• Information de facturation;</li><li>• Numéros d'identification;</li><li>• État matrimonial et statut de personne à charge.</li></ul>
<b>Transmission de documents</b>	<p>Les documents suivants doivent être envoyés au moyen du site de dépôt de documents :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Accord de débits préautorisés (DPA);</li><li>• Demande de modification à un contrat existant (changement d'adresse, ajout d'informations bancaires, annulation du contrat, etc.);</li><li>• Documents de demande de règlement;</li><li>• Preuve de perte de couverture.</li></ul> <p>Tout document original envoyé doit être conservé par le conseiller pour la durée du contrat.</p>



### 3.3. Signature électronique

<b>Signatures électroniques acceptées</b>	<p>Voici les solutions de signatures électroniques acceptées si elles sont accompagnées d'un certificat d'authentification :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Adobe Sign</li><li>• Authentisign</li><li>• DocuSign*</li><li>• Dropbox Sign</li><li>• eZsign</li><li>• NexOne Sign</li><li>• OneSpan Sign</li><li>• Stylet*</li><li>• iGeny</li></ul> <p>* Les signatures électroniques DocuSign et Stylet ne requièrent pas de certificat d'authentification</p> <p><b>Important</b> : prendre note que nous n'acceptons pas le transfert de documents provenant de sources difficilement vérifiables (p. ex. : Adobe Creative Cloud, WeTransfer, Google Drive).</p>
---	---

### 3.4. Régimes

Pour être admissibles aux régimes Croix Bleue Santé, les adhérents doivent être des résidents du Québec ou de l'Ontario et être couverts par le régime gouvernemental d'assurance maladie (RAMQ ou OHIP).

Nous vous rappelons que les adhérents doivent répondre à la définition d'adhérent, de conjoint ou d'enfant et qu'ils doivent compléter toutes les périodes d'attente applicables.

<b>Santé complète</b>	<p>Le régime Santé complète est un produit avec sélection permettant aux adhérents de choisir les garanties adaptées à leurs besoins et à leur budget et qui peuvent être modifiées pour évoluer au cours des différentes étapes de la vie.</p>
<b>Approbation garantie</b>	<p>Le régime Approbation garantie offre une protection de base pour les frais médicaux courants.</p> <p>Sans sélection, notre régime Approbation garantie couvre les conditions médicales préexistantes.</p> <p>Puisque la garantie Médicaments est obligatoire dans ce régime, les adhérents du Québec doivent être couverts par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ou avoir une assurance collective équivalente.</p>
<b>Accès assuré</b>	<p>Accès assuré permet d'adhérer à une assurance santé personnelle complète, sans sélection supplémentaire, dans le cas où votre client n'est plus admissible à un régime collectif.</p> <p>Accès assuré peut être souscrit en tant que module facultatif avec le régime Santé complète, ou en tant que régime indépendant.</p>

Exigences supplémentaires pour être admissible au régime Accès assuré indépendant :

- Détenir un contrat collectif qui inclut les couvertures soins de santé et médicaments;
- Fournir des preuves de santé;
- Être âgé de 64 ans ou moins.

### 3.4.1. Types de régimes

Régimes/ Garanties (modules)	Approbation garantie	Santé complète			Accès assuré (Régime indépendant)
		Entrée	Essentiel	Étendu	
<b>Garantie Soins de santé</b>	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	Obligatoire	s.o.
<b>Garantie DMA</b>	Inclus	s.o.	Inclus (64 ans et moins)	Inclus (64 ans et moins)	Inclus
<b>Garantie Soins dentaires</b>	Obligatoire	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle
<b>Garantie Voyage</b>	Optionnelle	s.o.	s.o.	Inclus (Optionnelle après 65 ans)	Optionnelle
<b>Garantie Médicaments *</b>	Obligatoire (Optionnelle après 65 ans)	s.o.	Optionnelle	Optionnelle	s.o.
<b>Garantie Maladies graves</b>	s.o.	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle
<b>Garantie Indemnité hospitalière</b>	s.o.	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle
<b>Garantie Accès Assuré</b>	s.o.	Optionnelle	Optionnelle	Optionnelle	s.o.

\* Prendre note que la garantie Médicaments dans le régime Santé complète ne comporte que 2 options de couverture : Essentiel et Étendu. L'une ou l'autre de ces options peut être choisie sur un régime Santé complète avec la garantie Soins de santé – Entrée.

Les guides des régimes Croix Bleue Santé sont disponibles sur l'espace conseillers :  
<https://qc.croixbleue.ca/espace-conseillers/produits>

### 3.4.2. Définitions de la police

<b>Adhérent ou personne à assurer</b>	La personne désignée dans la demande d'adhésion afin d'obtenir une couverture en vertu de la présente police et dont la demande d'adhésion a été acceptée par Croix Bleue.
<b>Conjoint</b>	<p>Une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui est résidente du Québec ou de l'Ontario;</li> <li>• qui est couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie (RAMQ ou OHIP); et,</li> <li>• qui satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ qui est mariée à l'adhérent;</li> <li>○ qui vit en union conjugale avec l'adhérent depuis au moins un an;</li> <li>○ qui demeure à la même adresse que l'adhérent, qui ne répond pas à la définition d'enfant en vertu de la police et qui est nommée dans une demande d'adhésion par l'adhérent.</li> </ul> </li> </ul> <p>Le conjoint doit être désigné par l'adhérent dans sa demande d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte comme conjoint.</p>
<b>Enfant</b>	<p>Une personne :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qui est résidente du Québec ou de l'Ontario;</li> <li>• qui est couverte en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie (RAMQ ou OHIP);</li> <li>• qui est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou du conjoint, ou un enfant pour lequel l'adhérent ou le conjoint a été désigné comme titulaire de l'autorité parentale;</li> <li>• qui est à la charge financière et sous les soins de l'adhérent ou du conjoint;</li> <li>• qui n'est pas mariée ou ne vit pas en union de fait; et,</li> <li>• qui satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. qui est âgée de moins de 21 ans;</li> <li>b. qui est âgée de moins de 26 ans et étudie à temps plein dans un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université;</li> <li>c. qui est devenue invalide mentalement ou physiquement pendant qu'elle était enfant conformément aux points a) ou b) et qui présente cette invalidité depuis lors sans interruption. Un enfant est réputé invalide mentalement ou physiquement s'il est incapable d'exercer une occupation effectivement rémunératrice et est à la charge financière et sous les soins de l'adhérent en raison de son invalidité (personne à charge spéciale).</li> </ul> </li> </ul> <p>Croix Bleue doit être informée de toute personne à charge âgée de 21 ans ou plus (jusqu'à son 26<sup>e</sup> anniversaire) inscrite à temps plein dans une école, une université ou un collège reconnu. Il incombe à l'adhérent d'informer Croix Bleue lorsque les personnes à charge ne sont plus visées par les définitions énoncées aux présentes.</p>
<b>Nouveau-né</b>	Enfant âgé d'au plus 31 jours.
<b>Personne à charge</b>	Le conjoint ou l'enfant d'un adhérent. Les personnes à charge doivent être désignées dans la demande d'adhésion ou dans toute demande d'adhésion subséquente acceptée par Croix Bleue.

Référez-vous à la police d'assurance pour les liste complète des définitions.

### 3.4.3. Services à valeur ajoutée

<b>Avantage Bleu<sup>MD</sup></b>	<p>Avantage Bleu<sup>MD</sup> permet aux clients de bénéficier de rabais exclusifs sur le coût total des produits et services des fournisseurs participants dans tout le Canada, que l'article soit couvert ou non par la police d'assurance.</p> <p>Offert avec tous les régimes : <a href="https://www.avantagebleu.ca">https://www.avantagebleu.ca</a></p>
<b>Médecin en ligne (Ontario seulement)</b>	<p>Le service Médecin en ligne permet d'accéder rapidement à un médecin à partir d'un ordinateur, d'un téléphone ou d'une tablette pour obtenir un diagnostic, des conseils médicaux et un traitement. L'offre comprend trois consultations par an et par famille et les services sont disponibles du lundi au vendredi, de 7h à minuit (17 heures par jour).</p> <p>Offert uniquement aux assurés du régime Santé complète en Ontario : <a href="https://www.getmaple.ca/fr/croix-bleue">https://www.getmaple.ca/fr/croix-bleue</a></p>
<b>Programme enÉquilibre</b>	<p>Le programme enÉquilibre est un service d'assistance confidentiel qui offre des conseils et un soutien par un réseau de conseillers et de consultants qualifiés par téléphone, en personne et en ligne, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Il offre 5 heures de conseil individuel et 5 heures de conseil de couple par an avec un professionnel qualifié.</p> <p>Offert avec tous les régimes : <a href="https://www.medaviebc.ca/fr/adherents/votre-couverture/enequilibre">https://www.medaviebc.ca/fr/adherents/votre-couverture/enequilibre</a></p>
<b>Portail mieux-être Ma Bonne Santé<sup>MD</sup></b>	<p>Ma Bonne Santé<sup>MD</sup> offre des conseils, des informations et des astuces aux clients sur la manière d'être et de rester en bonne santé. Il comprend également un outil interactif d'évaluation des risques pour la santé qui permet d'évaluer l'état de santé actuel, de fixer des objectifs personnels et d'en assurer le suivi.</p> <p>Offert avec tous les régimes : <a href="https://www.medaviebc.ca/fr/adherents/votre-couverture/ma-bonne-sante">https://www.medaviebc.ca/fr/adherents/votre-couverture/ma-bonne-sante</a></p>

## 3.5. Soumission d'une nouvelle demande d'adhésion

### 3.5.1. Adhésion en ligne et signatures électroniques

Toutes les demandes d'adhésion aux régimes Croix Bleue Santé doivent être soumises en ligne, via Salesforce. Il n'y a pas de demande papier disponible pour cette gamme de régimes.

Par conséquent, la demande d'adhésion doit être signée électroniquement par toutes les parties.

- Une adresse courriel est obligatoire pour chaque assuré (adhérent & conjoint) \*
- Une adresse courriel est obligatoire pour le payeur s'il est différent des personnes à assurer

\* Les adresses courriel de l'adhérent et du conjoint doivent être différentes. Il n'est pas possible d'utiliser la même adresse pour les assurés et/ou le payeur.

### 3.5.2. Preuve de perte de couverture

La période d'attente peut être retirée pour les demandes effectuées dans les 60 jours suivant la perte d'une assurance collective ou d'un régime individuel.

L'adhérent doit fournir une preuve de perte de couverture\* émise par l'ancienne compagnie d'assurance ou l'employeur, démontrant que la couverture précédente a pris fin dans les 60 jours suivant la demande d'adhésion au nouveau régimes Croix Bleue Santé (Approbation garantie ou Santé complète).

<b>Information requise sur l'ancien contrat</b>	<p>Le document fourni par le client doit être une lettre ou un courriel produit directement de l'ancienne compagnie d'assurance ou de l'employeur qui indique les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Date de terminaison**</li><li>• Garanties qui ont pris fin</li><li>• Personnes couvertes.</li></ul> <p>Un courriel écrit par le client ne sera pas accepté.</p>
<b>Le délai d'attente pourra être supprimé pour les couvertures suivantes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prothèses auditives</li><li>• Soins de la vue</li><li>• Soins dentaires</li><li>• Chambre d'hôpital semi-privée liée à une grossesse</li></ul>

\* Il n'y a pas de délai pour soumettre la preuve de perte de couverture. Le délai d'attente sera supprimé sur réception de la preuve si **la demande** a été faite **dans les 60 jours suivant la perte de la couverture**.

\*\* Le délai d'attente ne peut être supprimé que si **l'autre couverture est résiliée**. Dans le cas contraire, les deux régimes seront en vigueur et la coordination des prestations s'appliquera.

### 3.5.3. Garantie Voyage optionnelle avec l'adhésion au régime Approbation garantie

La garantie Voyage n'est actuellement pas offerte dans le processus d'adhésion en ligne au régime Approbation garantie.

<b>Processus d'adhésion à la garantie optionnelle Voyage</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se référer au <b>guide de taux</b> du régime Approbation garantie pour connaître le montant total de la prime incluant la garantie Voyage;</li><li>• Confirmer la prime mensuelle à l'adhérent;</li><li>• Compléter l'adhésion en ligne pour les autres garanties;</li><li>• Sur la page « Consentement de l'agent » dans Salesforce, utiliser la section des <b>commentaires</b> pour indiquer que le client souhaite souscrire la garantie optionnelle Voyage et qu'il a été informé du montant total de la prime mensuelle à payer.</li></ul>
--	--

### 3.6. Date d'effet du contrat

La date d'effet d'un contrat est toujours le 1<sup>er</sup> jour du mois.

Sans couverture antérieure			
Date d'émission	Option de date	Date d'effet de la police	Particularités
1 <sup>er</sup> au 20 du mois inclusivement	Selon l'option sélectionnée	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 3 <sup>e</sup> mois suivant	s.o.
	Antidatage	1 <sup>er</sup> jour du mois courant	La demande doit être incluse dans la description de l'opportunité.
21 au 31 du mois inclusivement	Selon l'option sélectionnée	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 3 <sup>e</sup> mois suivant	s.o.
	Antidatage	Non permis	s.o.

Avec couverture antérieure			
Date d'émission	Option de date	Date d'effet de la police	Exigences et particularités
1 <sup>er</sup> au 20 du mois inclusivement	Selon l'option sélectionnée	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 3 <sup>e</sup> mois suivant	Sans preuve de perte de couverture.
	Antidatage	1 <sup>er</sup> jour du mois courant	Sans preuve de perte de couverture. La demande doit être incluse dans la description de l'opportunité.
		1 <sup>er</sup> jour du mois précédent	Avec preuve de perte de couverture. La demande doit être incluse dans la description de l'opportunité.
21 au 31 du mois inclusivement	Selon l'option sélectionnée	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois suivant 1 <sup>er</sup> jour du 3 <sup>e</sup> mois suivant	Sans preuve de perte de couverture
	Antidatage	1 <sup>er</sup> jour du mois courant	Avec preuve de perte de couverture. La demande doit être incluse dans la description de l'opportunité.
		1 <sup>er</sup> jour du mois précédent	Avec preuve de perte de couverture. La demande doit être incluse dans la description de l'opportunité.



### 3.7. Prime pour une nouvelle affaire

Les primes sont toujours prélevées le 1<sup>er</sup> de chaque mois par débit préautorisé ou par carte de crédit.

Avec ou sans couverture antérieure		
Date d'émission	Date d'effet de la police	Prélèvement de la 1 <sup>ère</sup> prime
1 <sup>er</sup> au 20 du mois inclusivement	1 <sup>er</sup> jour du mois précédent	3 primes, le 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant
	1 <sup>er</sup> jour du mois courant	2 primes, le 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant
	1 <sup>er</sup> jour d'un mois suivant	1 prime, le 1 <sup>er</sup> jour du mois de prise d'effet
21 au 31 du mois inclusivement	1 <sup>er</sup> jour du mois précédent	4 primes, le 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois d'effet
	1 <sup>er</sup> jour du mois courant	3 primes, le 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois d'effet
	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant	2 primes, le 1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> mois
	1 <sup>er</sup> jour du 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> mois suivant	1 prime, le 1 <sup>er</sup> jour du mois de prise d'effet

Notez que le montant de la première prime ainsi que la date du prélèvement sont indiqués dans le courriel de bienvenue envoyé à l'adhérent.

### 3.8. Remplacement interne d'un contrat existant

<b>Préavis de remplacement de contrat</b>	<p>Au Québec, un Préavis de remplacement de contrat est requis lorsqu'un client a l'intention de remplacer un contrat existant.</p> <p>Un Préavis de remplacement de contrat n'est pas une demande de résiliation du contrat existant. Le preneur doit soumettre une demande de résiliation pour le contrat existant.</p>
<b>Date d'effet</b>	<p>À la suite de l'acceptation d'un remplacement interne, la date de prise d'effet du nouveau contrat sera le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant pour éviter l'interruption de la couverture, et nous pourrons retirer les périodes d'attente lorsqu'applicable.</p>

### 3.9. Documents transmis par l'assureur

Le contrat est transmis comme suit :

		Destinataire	Copie conforme
Contrats	Contrat à émission simplifiée	Adhérent	Conseiller
	Offre de la sélection	Conseiller	s/o
	Contrat avec décision de sélection « Accepté standard »	Adhérent	Conseiller

### 3.10. Délai de réflexion

<b>Droit d'examen</b>	<p>L'adhérent dispose d'un délai de 10 jours (calendrier) à compter de la date de livraison du contrat pour le réviser.</p> <p>L'adhérent peut mettre fin au contrat par une demande écrite datée et signée. Le contrat est alors déclaré nul et sans effet depuis son entrée en vigueur et, si la prime a été acquittée, elle est remboursée intégralement.</p> <p>Si des demandes de règlement ont été présentées au cours de cette période, le contrat ne peut pas être résilié à la suite du délai de réflexion. Le conseiller en sera informé et il lui sera demandé de vérifier auprès du client s'il préfère que le contrat soit résilié le mois suivant ou nous rembourser pour les réclamations payées.</p>
-----------------------	--

### 3.11. Fermeture de la demande d'adhésion

<b>Fermeture de la demande d'adhésion</b>	<p>La demande d'adhésion sera fermée et annulée dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• À la demande de l'adhérent (le conseiller peut envoyer le courriel de demande de fermeture, à condition que l'adhérent soit en copie conforme);</li><li>• Si les exigences de sélection, d'émission ou de mise en vigueur ne sont pas reçues.</li></ul>
---	---

## 4. SÉLECTION DES RISQUES

### 4.1. Exigences de la sélection des risques

#### 4.1.1. Normes de sélection

<b>Normes de sélection</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'âge utilisé correspond à l'âge de la personne à assurer à la date de signature de l'adhésion.</li><li>• Le service de la sélection des risques peut demander à l'adhérent directement des exigences additionnelles dans certains cas.</li></ul>
----------------------------	---

### 4.2. Validité de la demande d'adhésion

Si le processus d'adhésion a débuté et que le dossier est mis en attente, la demande d'adhésion est valide pendant 90 jours. Au-delà de cette période, la demande ne peut plus être prise en compte par l'assureur et une nouvelle demande d'adhésion doit être soumise.

### 4.3. Terminologie de la sélection des risques

Les régimes Santé complète et Accès assuré sont soumis au processus de sélection médicale.

<b>Sélection simplifiée</b>	Selon les réponses fournies dans la déclaration de santé, la demande d'adhésion pourrait être admissible à une sélection simplifiée ce qui signifie que l'adhérent pourrait ne pas avoir à passer par un processus complet de sélection médicale.
<b>Sélection complète</b>	La demande d'adhésion peut être approuvée standard, approuvée avec exclusions, approuvée avec surprime, différée ou refusée (selon les conditions médicales ou l'IMC).
<b>Exclusions</b>	Toutes les exclusions sont permanentes. Toutefois, si la condition préexistante ne présente aucun symptôme ni traitement pendant 12 mois consécutifs suivant la date d'effet du contrat, l'assuré peut demander que l'exclusion soit réévaluée.

#### 4.4. Liste des maladies entraînant un refus automatique

La liste suivante de conditions élimine automatiquement la possibilité pour une personne de souscrire aux régimes Santé complète (garanties Soins de santé et Médicaments) et Accès assuré. Prendre note que cette liste n'est pas exhaustive. Elle est utilisée comme guide pour aider à faire la meilleure recommandation de régime.

- |  |  |
|--|--|
| • Acromégalie                              | • Greffe du rein                         |
| • Amiantose                                | • Hémophilie (tous types)                |
| • Angiome caverneux                        | • Insuffisance cardiaque                 |
| • Apraxie                                  | • Maladie d'Alzheimer                    |
| • Atrophie corticale postérieure           | • Maladie de Huntington                  |
| • Cholangite sclérosante primitive         | • Maladie de Kennedy                     |
| • Démence                                  | • Maladie de Parkinson                   |
| • Diabète insulino-dépendant               | • Maladie du foie (incluant la cirrhose) |
| • Dysautonomie primaire                    | • Maladie polykystique rénale            |
| • Dysautonomie pure                        | • Mastocytose                            |
| • Dyskinésie ciliaire primaire             | • Myélofibrose                           |
| • Dystrophie musculaire                    | • Neurofibromatose                       |
| • Épidermolyse bulleuse                    | • Ostéogenèse imparfaite                 |
| • Fibrose kystique                         | • Sclérose en plaques                    |
| • Glomérulonéphrite membrano-proliférative | • Sida/VIH                               |
| • Granulomatose de Wegener                 | • Syndrome de Bloom                      |
| • Greffe du cœur                           | • Syndrome de Bradbury-Eggleston         |
| • Greffe du foie                           | • Syndrome de Prader-Willi               |
| • Greffe du poumon                         | • Ventricule gauche à double entrée      |

#### 4.5. Suivi des contrats en sélection des risques

Toutes les demandes d'informations médicales complémentaires seront envoyées directement à l'adhérent par courriel.

## 4.6. Scénarios des décisions de sélection des risques

<b>Accepté standard</b>	<p>La demande d'adhésion sera traitée et le contrat sera émis et envoyé à l'adhérent.</p>
<b>Accepté avec exclusions</b>	<p>Le tarificateur enverra un courriel au conseiller pour l'informer de l'exclusion.</p> <p>Le conseiller communiquera la décision à son client afin de savoir s'il veut continuer le processus d'adhésion ou non.</p> <p>Le conseiller communiquera la réponse de l'adhérent (exclusion acceptée ou refusée) ainsi que le date d'effet, le cas échéant, en répondant au courriel du service de la sélection des risques et en copiant.</p> <p>L'opportunité sera fermée après 90 jours suivant la date de signature de l'adhérent si nous n'avons pas de réponse.</p>
<b>Accepté avec surprime</b>	<p>Ne s'applique qu'à la garantie Médicaments et la surprime peut aller jusqu'à 200 %.</p> <p>Le tarificateur enverra un courriel au conseiller pour l'informer de la surprime.</p> <p>Le conseiller communiquera la décision à son client afin de savoir s'il veut continuer le processus d'adhésion ou non.</p> <p>Le conseiller communiquera la réponse de l'adhérent (surprime acceptée ou refusée) ainsi que le date d'effet, le cas échéant, en répondant au courriel du service de la sélection des risques.</p> <p>L'opportunité sera fermée après 90 jours suivant la date de signature de l'adhérent si nous n'avons pas de réponse.</p>
<b>Différé</b>	<p>Le tarificateur enverra un courriel au conseiller pour l'informer de la décision différée et des exigences pour la reconsidération.</p> <p>Le conseiller communiquera la décision à son client.</p> <p>L'opportunité sera fermée après 90 jours suivant la date de signature de l'adhérent.</p> <p>Si la reconsidération est possible seulement après 6 mois de la date initiale d'adhésion, une nouvelle demande d'adhésion sera requise.</p>
<b>Refusé</b>	<p>Le tarificateur enverra un courriel au conseiller pour l'informer du refus.</p> <p>Le conseiller communiquera la décision à son client</p> <p>L'opportunité sera fermée.</p>

## 4.7. Révision d'une exclusion

Pour le régime Santé complète, le retrait d'une exclusion peut être considéré basé sur les critères suivants :

- Le contrat doit avoir été en vigueur pendant les 12 derniers mois consécutivement;
- La condition s'est complètement résorbée;
- L'assuré n'a présenté aucun symptôme et n'a reçu aucun traitement pendant une période de 12 mois consécutifs depuis la date d'effet du contrat;
- La demande de révision doit être faite pendant la période au cours de laquelle l'assuré n'a eu aucun symptôme et n'a reçu aucun traitement.

Si tous les critères sont rencontrés, l'adhérent doit remplir et signer le formulaire **Questionnaire sur les exclusions – Régime de soins de santé individuel**. Pour obtenir une copie de ce formulaire, veuillez communiquer avec Info-partenaires santé.

\*Les exclusions ne peuvent pas être retirées sur un régime Accès assuré puisque ces contrats sont « dormants » pendant que le client est couvert par un contrat collectif.

## 4.8. Demande de modification avec sélection des risques

### 4.8.1. Ajout d'une garantie ou augmentation d'une couverture (régime Santé complète)

Une demande d'adhésion complète et des preuves sont nécessaires si un adhérent souhaite ajouter les garanties suivantes à un régime Santé complète :

- Garantie Médicaments\*;
- Garantie Voyage pour les clients âgés de plus de 65 ans avec la garantie Soins de santé étendu;
- Garantie Maladies graves;
- Garantie Indemnité hospitalière
- Garantie Accès assuré\*\*

Pour **bonifier** les garanties Soins de santé et Médicaments, un formulaire **Demande d'adhésion – Santé complète** est requis, **sauf en cas d'une modification à la suite d'un événement de vie**.

\* Si la garantie Médicaments est ajoutée dans les 60 jours suivant l'émission du contrat, l'adhérent doit remplir un formulaire **Demande de modification – Santé complète** ainsi qu'une **Déclaration complémentaire de santé**.

\*\* Pour l'ajout de la garantie Accès assuré, il n'est pas nécessaire de procéder à une sélection médicale dans les 12 mois suivant l'émission du contrat si l'assuré est couvert en vertu de la garantie Médicaments.

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce. Pour obtenir la **Déclaration complémentaire de santé**, veuillez communiquer avec Info-partenaires santé.



## 4.8.2. Ajout d'une personne à charge (régime Santé complète)

<p><b>Nouveau-né</b></p>	<p>Si ajouté dans les 60 jours de la naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de sélection médicale;</li> <li>• Une lettre d'instructions signée par l'adhérent est requise, incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le nom du nouveau-né;</li> <li>○ La date de naissance du nouveau-né.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si ajouté après 60 jours de la naissance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection médicale complète avec un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète.</b></li> </ul>
<p><b>Adoption d'un enfant</b></p>	<p>Si ajouté dans les 60 jours de l'adoption :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de sélection médicale;</li> <li>• Une lettre d'instructions signée par l'adhérent est requise, incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le nom de l'enfant adopté;</li> <li>○ La date de naissance de l'enfant adopté;</li> <li>○ La copie des documents d'adoption.</li> </ul> </li> </ul> <p>Si ajouté après 60 jours de l'adoption :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection médicale complète avec un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète;</b></li> <li>• Copie des documents d'adoption.</li> </ul>
<p><b>Conjoint* par mariage</b></p>	<p>Si ajouté dans les 60 jours du mariage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de sélection médicale;</li> <li>• Une copie du certificat de mariage.</li> </ul> <p>Si ajouté après 60 jours du mariage :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection médicale complète avec un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète;</b></li> <li>• Copie du certificat de mariage.</li> </ul>
<p><b>Conjoint* de fait</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection médicale complète avec un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète;</b></li> <li>• Preuve de cohabitation</li> </ul>
<p><b>Enfant du conjoint</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection médicale complète avec un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète;</b></li> <li>• Preuve de cohabitation ou certificat de mariage</li> </ul>
<p><b>Colocataire</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection médicale complète avec un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète;</b></li> <li>• Preuve de cohabitation</li> </ul>
<p><b>Date d'effet de la modification</b></p>	<p>Tous les changements sont effectifs le 1er jour du mois. Un délai d'un mois est nécessaire à compter de la réception de la demande de modification.</p>

### \*Conjoint :

Le conjoint peut choisir de ne pas adhérer à la garantie Médicaments au moment de son ajout au contrat.

Le conjoint peut choisir de ne pas adhérer aux garanties Maladies graves et Indemnité hospitalière au moment de son ajout au contrat.

Les garanties Maladies graves et Indemnité hospitalière auront toujours de la sélection des risques, même si ajoutées au cours de la période de 60 jours.

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

## 4.9. Demande de modification sans sélection des risques

### 4.9.1. Modifications diverses

<b>Changement de la personne à assurer</b>	Sur réception de la section « Changement de la personne à assurer » signée et datée du formulaire <b>Demande de modification - Santé complète</b> ou <b>Approbation garantie</b> , ou d'une lettre d'instructions datée et signée de la personne assurée actuelle et de la nouvelle personne à assurer.
<b>Changement d'adresse</b>	Le changement peut être effectué par l'adhérent via le site de service aux membres ou l'application mobile, ou en envoyant une demande par courriel indiquant la nouvelle adresse.
<b>Changement d'informations bancaires</b>	Sur réception de la section « DPA » signée et datée du formulaire <b>Demande de modification - Santé complète</b> ou <b>Approbation garantie</b> , ou d'une lettre d'instructions datée et signée, incluant un chèque spécimen joint à l'un ou l'autre de ces deux documents.
<b>Changement d'information de carte de crédit</b>	Le changement ne peut être effectué que via le site de service aux membres ou l'application mobile.
<b>Changement de conseiller</b>	<p>Sur réception du formulaire <b>Demande de changement d'agent (AOR)</b> daté et signé. La demande sera traitée dans les 10 jours suivant sa réception.</p> <p>En acceptant d'être le nouveau conseiller attribué au contrat, aucune commission ne sera versée à moins qu'une nouvelle vente ne soit ajoutée au contrat et qu'elle génère une prime supplémentaire. De plus, le nouveau conseiller attribué sera responsable de tout remboursement de commission en cas d'annulation.</p>
<b>Correction de date de naissance</b>	<p>Sur réception d'une lettre d'instructions datée et signée incluant une preuve de la date de naissance réelle.</p> <p>La prime corrigée est fournie à l'adhérent, basée sur le guide des taux.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Si l'adhérent a payé plus cher qu'il n'aurait dû, les primes versées en trop seront créditées.</li><li>• Si l'adhérent a payé moins cher qu'il n'aurait dû, les primes dues seront prélevées lors du prochain paiement.</li></ul>

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

## 4.9.2. Modifications à la suite d'un événement de vie

Les garanties Soins de santé et Médicaments qui étaient déjà incluses dans le régime Santé complète peuvent être bonifiées, sans sélection des risques, dans les 60 jours suivants un événement de vie.

<b>Ajout d'un conjoint ou d'un enfant</b>	Les garanties Soins de santé et Médicaments peuvent être bonifiées lors de l'ajout d'un conjoint ou d'un enfant (famille grandissante) : <ul style="list-style-type: none"><li>• Conjoint par mariage (copie du certificat de mariage requis);</li><li>• Enfant né ou adopté (copie des documents d'adoption requis).</li></ul>
<b>Retrait d'un conjoint ou d'un enfant</b>	Les garanties Soins de santé et Médicaments peuvent être bonifiées lors du retrait d'un conjoint ou d'un enfant lorsqu'ils ne répondent plus à la définition de « personne à charge » : <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfant âgé de 21 à 25 ans qui ne fréquente plus un établissement scolaire à temps plein, ou âgé de 26 ans;</li><li>• Séparation de conjoints (demande signée);</li><li>• Décès d'un conjoint ou d'un enfant (copie du certificat de décès requis).</li></ul>
<b>Date d'effet de la modification</b>	Tous les changements sont effectifs le 1er jour du mois. Un délai d'un mois est nécessaire à compter de la réception de la demande de modification.

Pour bonifier la garanties Soins de santé et Médicaments **dans les 60 jours** suivants un événement de vie, l'adhérent doit remplir un formulaire **Demande de modification – Santé complète** ou envoyer une lettre d'instructions datée et signée avec l'information requise détaillée.

Pour bonifier la garanties Soins de santé et Médicaments **après 60 jours** suivant un événement de vie, un formulaire **Demande d'adhésion – Santé complète** ainsi qu'une **sélection des risques** seront requis.

**Les garanties peuvent être bonifiées seulement si elles étaient déjà incluses dans le contrat.**

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

### 4.9.3. Ajout ou bonification de la garantie Soins dentaires (régime Santé complète)

<b>Information requise</b>	<p>Formulaire <b>Demande de modification - Santé complète</b> ou lettre d'instructions datée et signée ou un courriel de l'assuré incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numéro d'identification;</li><li>• Numéro de police;</li><li>• Détail sur l'ajout ou la bonification;</li><li>• Date d'effet de l'ajout ou bonification (un préavis d'un mois est requis);</li><li>• Nouvelle prime pour la modification.</li></ul>
<b>Date d'effet de la modification</b>	<p>Tous les changements sont effectifs le 1er jour du mois. Un délai d'un mois est nécessaire à compter de la réception de la demande de modification.</p>
<b>Réadhésion à la garantie</b>	<p>Si l'adhérent annule la garantie Soins dentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Il peut réadhérer à tout moment;</li><li>• Les périodes d'attente s'appliqueront à nouveau même si la réadhésion se fait au cours de la même année civile;</li><li>• Les périodes d'attente pourront être retirées seulement si l'adhérent fournit la preuve d'une couverture pour soins dentaires en vertu d'un autre contrat d'assurance.</li></ul> <p>En cas de réadhésion au cours de la même année civile, les frais admissibles ne seront pas calculés à nouveau comme pour une nouvelle adhésion. Cela signifie que les frais antérieurs pour des services rendus au cours de cette même année civile seront pris en considération pour le reste de l'année.</p>

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

#### 4.9.4. Bonification des garanties Soins de santé et Médicaments ou ajout de la garantie Accès assuré (régime Santé complète)

Les garanties suivantes peuvent être modifiées sans sélection des risques :

<b>Garantie Médicaments</b>	Peut être bonifiée dans les 60 jours suivant l'émission du contrat.
<b>Garantie Soins de santé</b>	Peut être bonifiée dans les 60 jours suivant l'émission du contrat.
<b>Garantie Accès assuré</b>	Peut être ajoutée dans les 12 mois suivant l'émission du contrat si la garantie Médicament est incluse dans le contrat. Autrement, une sélection des risques sera applicable.
<b>Information requise</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Déclaration complémentaire de santé</b> (pour la bonification des garanties Soins de santé et Médicaments)</li><li>• <b>Demande de modification - Santé complète</b> ou une lettre d'instructions datée et signée ou un courriel de l'assuré incluant :<ul style="list-style-type: none"><li>○ Numéro d'identification;</li><li>○ Numéro de police;</li><li>○ Détail sur l'ajout ou la bonification;</li><li>○ Date d'effet de l'ajout ou bonification (un préavis d'un mois est requis);</li><li>○ Nouvelle prime pour la modification.</li></ul></li></ul>
<b>Date d'effet de la modification</b>	Tous les changements sont effectifs le 1er jour du mois. Un délai d'un mois est nécessaire à compter de la réception de la demande de modification.

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce. Pour obtenir la **Déclaration complémentaire de santé**, veuillez communiquer avec Info-partenaires santé.

#### 4.9.5. Ajout des garanties Médicaments (65 ans et plus) et Voyage ou ajout d'une personne à charge (régime Approbation garantie)

<b>Information requise</b>	<p>Formulaire <b>Demande de modification – Approbation garantie</b> ou une lettre d'instructions datée et signée ou un courriel de l'assuré incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro d'identification;</li> <li>• Numéro de police;</li> <li>• Nom de la personne (pour ajout d'une personne à charge);</li> <li>• Date de naissance (pour ajout d'une personne à charge);</li> <li>• Détail de l'ajout;</li> <li>• Date d'effet de l'ajout (un préavis d'un mois est requis);</li> <li>• Nouvelle prime pour la modification.</li> </ul>
<b>Date d'effet de la modification</b>	<p>Tous les changements sont effectifs le 1<sup>er</sup> jour du mois. Un délai d'un mois est nécessaire à compter de la réception de la demande de modification.</p>
<b>Réadhésion à la garantie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantie Médicaments : Cette garantie est obligatoire dans le régime Approbation garantie et devient optionnelle à partir de 65 ans. Toutefois, si l'assuré annule la garantie Médicaments, celle-ci ne peut plus être ajoutée par la suite, sauf sur approbation de Croix Bleue.</li> <li>• Garantie Voyage : Une fois annulée, cette garantie ne peut pas être ajoutée à nouveau sur le contrat.</li> </ul>

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

#### 4.9.6. Diminution de couverture, retrait d'une garantie ou retrait d'une personne à charge

<b>Information requise</b>	<p>Formulaire <b>Demande de modification – Santé complète</b> ou <b>Approbation garantie</b> ou une lettre d'instructions datée et signée ou courriel de l'assuré incluant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro d'identification;</li> <li>• Numéro de police;</li> <li>• Nom de la personne (pour retrait d'une personne à charge);</li> <li>• Date de naissance (pour retrait d'une personne à charge);</li> <li>• Détail de la diminution ou du retrait;</li> <li>• Date d'effet de la diminution ou du retrait (un préavis d'un mois est requis);</li> <li>• Nouvelle prime pour la modification.</li> </ul>
<b>Date d'effet de la modification</b>	<p>Tous les changements sont effectifs le 1<sup>er</sup> jour du mois. Un délai d'un mois est nécessaire à compter de la réception de la demande de modification.</p>

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.



## 4.10. Demande de modification spéciale, avec ou sans sélection des risques

### 4.10.1. Enfant à charge ne répondant plus à la définition

Les adhérents recevront une lettre environ 60 jours avant la date de terminaison de couverture de l'enfant (avant le 21<sup>e</sup> anniversaire de naissance). Cette lettre indique les options possibles pour que l'enfant puisse continuer de bénéficier d'une couverture d'assurance.

- Enfant invalide\* (aussi désigné par « Personne à charge invalide »)
- Étudiant\*\*
- Transfert sur son propre contrat (considéré comme une nouvelle affaire et adhésion)

Statut	Régime	Exigences
Enfant invalide* ou Étudiant**	Approbation garantie	Si nous sommes informés dans les 60 jours suivant le 21 <sup>e</sup> anniversaire de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"><li>• L'enfant sera rajouté sans période d'attente.</li></ul> Si nous sommes informés après 60 jours suivant l'anniversaire de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"><li>• Les périodes d'attente applicables s'appliqueront pour l'enfant.</li></ul>
Enfant invalide* ou Étudiant**	Santé complète	Si nous sommes informés dans les 60 jours suivant le 21 <sup>e</sup> anniversaire de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"><li>• L'enfant sera rajouté sans sélection des risques</li></ul> Si nous sommes informés après 60 jours suivant l'anniversaire de l'enfant : <ul style="list-style-type: none"><li>• Une sélection des risques complète sera applicable.</li></ul>
Transfert sur son propre contrat	Santé complète	Si l'enfant n'est pas Invalide* ni Étudiant** : <ul style="list-style-type: none"><li>• Une nouvelle application doit être complétée dans Salesforce dans les 60 jours suivant le 21<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant afin d'éviter la sélection des risques. Le conseiller doit indiquer la raison pour laquelle il ne pose pas les questions médicales dans la case commentaire de la section Conseiller.</li></ul>

**\*Enfant invalide** : Un enfant est réputé invalide mentalement ou physiquement s'il est incapable d'exercer une occupation effectivement rémunératrice et est à la charge financière et sous les soins de l'adhérent en raison de son invalidité.

**\*\*Étudiant** : Une personne qui est âgée de moins de 26 ans et étudie à temps plein dans un établissement scolaire reconnu, un collège ou une université.

## 4.10.2. Transfert d'un enfant sur son propre contrat

Les enfants qui ne se qualifient plus comme des personnes à charge selon les définitions de la police par laquelle ils sont couverts (contrat des parents) peuvent être transférés à leur propre contrat individuel (même produit). Le transfert des enfants ne s'applique qu'aux régimes avec sélection des risques.

Pour être admissible à un transfert, la demande doit être effectuée dans les **60 jours suivant la terminaison** de la couverture et une nouvelle application doit être complétée dans Salesforce. Si la situation ne nécessite pas de sélection des risques, le conseiller doit indiquer la raison pour laquelle il ne pose pas les questions médicales dans la case commentaire de la section Conseiller.

<b>Ajout de la garantie Soins dentaires</b>	Si le contrat Santé complète du parent n'inclut pas la garantie Soins dentaires, celle-ci peut être ajoutée sans sélection des risques. Toutefois, les périodes d'attente s'appliqueront si la garantie n'est pas ajoutée dans les 60 jours suivant la résiliation.
<b>Bonification ou ajout de garantie</b>	Pour bonifier ou ajouter une couverture qui n'était pas incluse dans le contrat Santé complète des parents, une sélection des risques sera requise.  Exception : Si la <u>garantie Médicaments était incluse</u> dans le contrat des parents, l'enfant peut choisir n'importe quelle option de couverture pour les garanties Soins de santé, Médicaments ou les Soins dentaires.
<b>Diminution ou retrait de garantie</b>	L'enfant peut demander que les garanties soient diminuées ou retirées.
<b>Ajout de la garantie Accès assuré</b>	Si le contrat des parents n'inclut pas encore la garantie Accès assuré, celle-ci peut être ajoutée <u>dans les 12 mois</u> suivant la date du transfert, sans sélection des risques.
<b>Régime Accès assuré</b>	Si l'enfant est actuellement couvert par une assurance collective, il peut passer à un régime Accès Assuré dans les 60 jours suivant la terminaison du contrat (si le contrat avait une sélection des risques et qu'il bénéficie maintenant d'une assurance collective).

- Si les périodes d'attente applicables ont déjà été respectées, aucune nouvelle période d'attente ne sera appliquée.
- Les exclusions existantes sont maintenues.
- L'historique des réclamations, les maximums admissibles et les fréquences suivront l'enfant sur son nouveau contrat.

## 4.10.3. Séparation de conjoints

Un conjoint peut obtenir son propre contrat individuel (**même régime**). Cette situation est généralement due à un divorce ou à une séparation de conjoints de faits. Les séparations de contrats s'appliquent aux régimes Santé complète et Approbation garantie.

Pour bénéficier d'une séparation de contrats, la demande doit être faite **dans les 60 jours suivant la terminaison** de la couverture du conjoint et une nouvelle application doit être complétée dans Salesforce. Si la situation ne nécessite pas de sélection des risques, le conseiller doit indiquer la raison pour laquelle il ne pose pas les questions médicales dans la case commentaire de la section Conseiller.

<b>Bonification ou ajout de garantie</b>	Pour bonifier ou ajouter une garantie, une sélection des risques sera requise, sauf pour les Soins dentaires (les délais d'attente s'appliquent).
<b>Diminution ou retrait de garantie</b>	Le conjoint peut demander que les garanties soient diminuées ou retirées.

- Si les périodes d'attente applicables ont déjà été respectées, aucune nouvelle période d'attente ne sera appliquée.

- Les exclusions existantes sont maintenues.
- L'historique des réclamations, les maximums admissibles et les fréquences suivront l'assuré sur son nouveau contrat.

#### 4.10.4. Personne à charge invalide

Si un enfant invalide ne peut pas bénéficier d'une couverture médicale individuelle, il peut être considéré comme une personne à charge invalide. Croix Bleue peut exiger de l'adhérent un **Questionnaire pour personne à charge invalide** rempli par l'adhérent et le médecin traitant aussi souvent que cela est raisonnablement nécessaire. Cela signifie que si un enfant est approuvé en tant que personne à charge invalide, l'approbation peut être permanente ou temporaire avec une réévaluation future.

<p><b>La personne à charge fait déjà partie du contrat parental ou a été retirée du contrat parental au cours des 60 derniers jours</b></p>	<p>La personne à charge sera évaluée pour valider si elle remplit les conditions requises pour être considérée comme une personne à charge invalide.</p> <p>Documents requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Questionnaire pour personne à charge invalide.</b></li> </ul> <p>Décisions possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Approuvée comme personne à charge invalide, ou;</li> <li>○ Approuvée comme personne à charge régulière mais pas comme personne à charge invalide.</li> </ul>
<p><b>La personne à charge ne fait pas partie du contrat parental ou a soumis une application au-delà des 60 jours suivant la terminaison du contrat parental</b></p>	<p><u>Personne à charge de moins de 21 ans</u></p> <p>La personne à charge devra être soumise à une sélection médicale. Si la personne à charge remplit les conditions requises pour bénéficier de la couverture, une deuxième évaluation pourrait être faite, à la discrétion du tarificateur, afin d'obtenir le statut de personne à charge invalide.</p> <p>Documents requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulaire <b>Demande d'adhésion Santé complète;</b></li> <li>○ <b>Questionnaire pour personne à charge invalide</b>, à la demande du tarificateur.</li> </ul> <p>Décisions possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Approuvée comme personne à charge invalide, ou;</li> <li>○ Approuvée comme personne à charge régulière mais pas en tant que personne à charge invalide.</li> </ul> <p><u>Personne à charge entre 21 et 26 ans</u></p> <p>La personne à charge devra être soumise à une sélection médicale pour déterminer le statut d'étudiant. Si la personne à charge remplit les conditions requises pour bénéficier de la couverture en tant qu'étudiant, une deuxième évaluation pourrait être faite, à la discrétion du tarificateur, afin d'obtenir le statut de personne à charge invalide.</p> <p>Documents requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulaire <b>Demande d'adhésion Santé complète;</b></li> <li>○ <b>Questionnaire pour personne à charge invalide</b>, à la demande du tarificateur.</li> </ul>

Décisions possibles :

- Approuvée en tant que personne à charge invalide, ou;
- Approuvée en tant que personne à charge étudiante mais pas en tant que personne à charge invalide.

Personne à charge de plus de 26 ans

La personne à charge devra être soumise à une sélection médicale. Si la personne à charge remplit les conditions requises pour bénéficier de la couverture, une évaluation devra être faite afin d'obtenir le statut de personne à charge invalide.

Documents requis :

- Formulaire **Demande d'adhésion Santé complète**;
- **Questionnaire pour personne à charge invalide**.

Décisions possibles pour le statut de personne à charge invalide:

- Approuvée comme personne à charge invalide, ou;
- Refusée comme personne à charge invalide mais possibilité d'avoir son propre contrat séparé.

Remarque : nous **n'acceptons pas** les lettres du gouvernement indiquant que la personne est approuvée en tant que personne à charge invalide/handicapée à des fins fiscales. Les critères du gouvernement ne sont pas nécessairement les mêmes que les nôtres, et nous ne pouvons donc pas fonder notre décision sur leur lettre d'approbation.

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

## 5. ADMINISTRATION DES CONTRATS

### 5.1. Annulation d'un contrat

<b>Informations requises pour une demande d'annulation</b>	<p>Pour résilier un contrat, l'adhérent doit présenter une demande signée et datée. Les informations suivantes doivent être incluses dans la demande:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numéro d'identification;</li><li>• Numéro de police;</li><li>• Nom et prénom de l'adhérent;</li><li>• Raison de l'annulation (recommandé mais non obligatoire).</li></ul> <p>Ces demandes doivent être envoyées avant le 1er jour du mois afin d'être traitées pour la fin du mois / le 1er du mois suivant (préavis d'un mois civil).</p> <p>Lorsqu'une demande d'annulation est reçue directement de l'adhérent, une notification vous sera envoyée par courriel. Vous disposerez alors de 10 jours ouvrables pour récupérer votre client.</p> <p>Pour le régime Approbation garantie, une fois que l'adhérent a annulé son contrat, il n'est pas autorisé à adhérer à nouveau au régime Approbation garantie dans un délai de 24 mois, sauf s'il peut fournir la preuve qu'il a perdu sa couverture d'assurance collective.</p> <p><b>Applicable à tous nos produits :</b> Si l'adhérent annule son contrat, il a le droit de le remettre en vigueur dans les 30 jours suivant l'annulation sans avoir à remplir un questionnaire médical.</p>
<b>Annulation en cas de décès de l'assuré</b>	<p>Un certificat de décès doit être envoyé à l'assureur pour annuler le contrat d'un assuré décédé.</p> <p>Si applicable, nous rembourserons à la succession les primes payées depuis la date du décès.</p>
<b>Annulation par l'assureur pour défaut de paiement</b>	<p>Si un mois de prime n'est pas payé, le contrat tombe en déchéance et un double prélèvement sera effectué sur le compte du client au cours du mois suivant.</p> <p>Le client recevra une lettre de non-paiement et n'aura pas accès au site de service au membre ni à l'application mobile jusqu'à ce que la prime soit payée et que le contrat soit automatiquement remis en vigueur.</p> <p>Si une deuxième prime consécutive n'est pas payée, le contrat est automatiquement annulé.</p> <p>Une lettre de non-paiement est envoyée au client à la fin du deuxième mois, l'informant de l'annulation et lui donnant 30 jours pour faire une demande de remise en vigueur.</p> <p>Les primes en souffrance doivent être reçues avant la fin du 3<sup>e</sup> mois pour pouvoir faire une remise en vigueur sans preuve médicale (dans le cas du régime Santé complète).</p> <p>Le conseiller reçoit une copie des lettres de non-paiement envoyées au client, à l'exception de l'avis de facturation initiale, afin que vous puissiez assurer un suivi auprès de votre client pour éviter que le contrat ne soit annulé.</p>

## 5.2. Demande de remise en vigueur

Si un contrat est tombé en déchéance à la suite du non-paiement de la prime, il peut être remis en vigueur à la discrétion de l'assureur, selon les lignes directrices suivantes.

<b>Exigences générales</b>	Pour remettre un contrat en vigueur, nous demandons que toutes les primes impayées soient payées par carte de crédit ou services bancaires en ligne.
<b>Régime Santé complète</b>	Pour les régimes Santé complète, le contrat peut être remis en vigueur jusqu'à 60 jours après la date de déchéance sans preuve médicale.  Si le délai de 60 jours est dépassé, il ne s'agira plus d'une remise en vigueur. Cela sera considéré comme une nouvelle vente, c'est-à-dire que nous exigerons un formulaire <b>Demande d'adhésion – Santé complète</b> et qu'un <b>Questionnaire médical</b> complet soient remplis. Les périodes d'attente pour les prestations applicables s'appliqueront dans cette situation.
<b>Régime Approbation garantie</b>	Pour les régimes Approbation garantie, le contrat peut être remis en vigueur dans un délai de deux ans à compter de la date de déchéance, sur présentation d'une demande écrite satisfaisante pour Croix Bleue et moyennant le paiement de toutes les primes en souffrance.

Selon les dispositions de la police, l'assureur se réserve le droit de demander une preuve de l'état de santé de l'assuré lorsqu'il remplit un questionnaire médical.

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

## 5.3. Transfert interrégime

Cette procédure est proposée aux titulaires d'un contrat d'assurance individuelle Croix Bleue d'une autre province qui déménagent au Québec ou en Ontario et qui souhaitent continuer à bénéficier d'une assurance santé individuelle sans devoir passer par le processus de sélection des risques.

Deux scénarios sont possibles :

<b>Le client bénéficie d'une assurance avec sélection des risques</b>	Vous pouvez proposer à votre client un régime Santé complète sans le processus de sélection des risques et les périodes d'attente ne s'appliqueront pas.  Les exclusions du contrat précédent, le cas échéant, seront maintenues.
<b>Le client détient une assurance sans sélection des risques et désire souscrire un nouveau contrat sans interruption de couverture</b>	Vous pouvez proposer à votre client un régime Santé complète ou Approbation garantie et les périodes d'attente ne s'appliqueront pas.  Toutefois, le processus de sélection des risques sera requis pour le régime Santé complète.

Dans tous les cas, le conseiller doit proposer un régime similaire et le client doit vous contacter dans les 90 jours suivant la date de résiliation de l'autre contrat de santé de Croix Bleue.

### 5.3.1. Procédure

<b>1. Le conseiller appelle Info-partenaires santé</b>	<p>Validation préliminaire de l'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• L'adhérent doit avoir contacté la RAMQ ou OHIP pour entamer le processus d'obtention de la couverture médicale provinciale;</li><li>• L'adhérent a résilié son autre contrat Croix Bleue et peut fournir la date de résiliation du contrat;</li><li>• La demande doit être faite avant la date de résiliation de l'ancien contrat ou dans les 90 jours suivant la résiliation.</li></ul> <p>À l'aide du conseiller, Info-partenaires santé remplit le formulaire de transfert interrégime.</p>
<b>2. Info-Partenaires santé fait le suivi avec le conseiller</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Info-partenaires confirmera au conseiller l'éligibilité de l'adhérent;</li><li>• Le conseiller doit remplir la demande dans Salesforce et indiquer la raison pour laquelle il ne pose pas les questions médicales dans la boîte de commentaires de la section Agent.</li><li>• Info-partenaires santé joindra le formulaire de transfert interrégime à l'opportunité.</li></ul>

Veillez prendre note que le conseiller doit avoir un permis de pratiquer dans la province dans laquelle le transfert interrégime est effectué (Québec ou Ontario) et doit avoir une entente de distribution avec Croix Bleue du Québec ou Croix Bleue de l'Ontario.

## 5.4. Suspension de contrat de trois mois

Les adhérents peuvent demander une suspension de trois mois de leur contrat\* en envoyant une demande écrite datée et signée.

Les adhérents doivent répondre aux exigences suivantes pour être admissibles :

- Le contrat doit avoir été en vigueur pendant les 6 derniers mois consécutifs;
- Les primes doivent être payées à jour;
- Les demandes de règlements encourues pendant la période de suspension du contrat ne seront pas payées, ni pendant la période de suspension, ni à la suite de la réactivation;
- Aucune prolongation de la période de suspension ne sera autorisée;
- La suspension du contrat ne peut être appliquée qu'une seule fois à vie;
- Les périodes d'attente seront suspendues pendant la période de suspension du régime d'assurance.
- Les termes et conditions de la police, y compris les plafonds autorisés, les exclusions et les limitations, reprendront effet dès que le régime sera réactivé.

\*La suspension de contrat n'est pas offerte sur les régimes Accès assuré.

## 5.5. Activation du régime Accès assuré

Lors de l'activation du régime Accès assuré ou de la garantie Accès assuré du régime Santé complète, le client **doit nous aviser dans les 60 jours de la perte de sa couverture d'assurance collective\***.

Un formulaire **Demande de modification – Accès assuré** doit être complété et une preuve de perte de couverture d'assurance collective est requise.

**\*Si la notification n'est pas envoyée dans les 60 jours de la perte de couverture d'assurance collective, le régime Accès assuré sera annulé et le client ne pourra plus jamais l'activer.**

Pour obtenir une copie des formulaires, veuillez consulter les documents disponibles dans l'onglet « Bibliothèques » de Salesforce.

## 5.6. Renouvellement

<b>Avis de renouvellement</b>	Aucun avis de renouvellement n'est envoyé à l'adhérent. Le contrat demeure en vigueur tant que les primes sont payées ou jusqu'à ce que l'adhérent en décide autrement.
<b>Lettre d'ajustement de primes</b>	Une lettre d'ajustement des primes est envoyée à l'adhérent soixante (60) jours avant la date de renouvellement de son contrat. Si l'augmentation des primes est due à un changement d'âge, l'adhérent recevra une lettre d'ajustement des primes en raison de l'âge.
<b>Rapport mensuel sur les contrats à renouveler</b>	Un rapport indiquant les contrats encore en vigueur et qui seront renouvelés le mois suivant est disponible dans Salesforce sous l'onglet Rapports, dans la section intitulée « Rapport de renouvellement du mois suivant ».

## 5.7. Relevés d'impôts

<b>Relevé d'impôts</b>	Au plus tard le 28 février de chaque année, l'assureur produit un reçu fiscal pour les primes payées admissibles à la déduction fiscale pour frais médicaux. Ce document est accessible via le site de services aux membres (MSS).
------------------------	--



## 6. RÈGLEMENTS

### 6.1. Normes de service

<b>Délai de traitement</b>	Notre cible est de traiter 80 % des demandes reçues dans un délai de cinq jours ouvrables.
----------------------------	--

### 6.2. Soumettre une demande de réclamation

<b>Application mobile</b>	Télécharger l' <b>application mobile Croix Bleue</b> gratuite (Medavie, Ontario, Québec) à partir du <i>Apple app store</i> ou <i>Google Playstore</i> .
<b>Site de services aux membres (MSS)</b>	Les assurés peuvent se connecter au site de services aux membres au : <a href="https://www.medaviebc.ca/fr/regimesquebec/adherents">https://www.medaviebc.ca/fr/regimesquebec/adherents</a>
<b>ePay (Demandes en ligne des fournisseurs)</b>	Les fournisseurs de soins de santé qui sont inscrits à la facturation en ligne peuvent soumettre la demande de remboursement par voie électronique à Croix Bleue au nom du client. Le client ne paiera au fournisseur que la partie de la demande qui n'est pas couverte par la garantie.
<b>Transmission de documents en ligne</b>	Les assurés qui n'ont pas accès à l'application mobile ou au site de services aux membres peuvent soumettre leurs demandes de règlements par la poste ou par le biais du site sécurisé de transmission de documents au : <a href="https://qc.croixbleue.ca/depot">https://qc.croixbleue.ca/depot</a> .

#### 6.2.1. Utilisation de l'application mobile ou du site de services aux membres (MSS)

<b>Fonctionnalités et utilisation</b>	<p>L'application mobile et le site de services aux membres donnent accès à :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Visualiser l'historique des demandes de règlement;</li><li>• Soumettre une demande de règlement;</li><li>• Visualiser la protection;</li><li>• Visualiser l'utilisation des garanties;</li><li>• Visualiser la carte de membre électronique;</li><li>• Trouver un professionnel de la santé;</li><li>• Modifier les informations personnelles;</li><li>• Modifier les informations bancaires.</li></ul>
<b>Conditions pour la création d'un compte</b>	<p>Lors de la première visite, l'assuré devra créer son compte en saisissant les informations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Numéro d'identification inscrit sur sa carte d'identification électronique (aussi indiqué dans le courriel de bienvenue envoyé avec sa police);</li><li>• Numéro de police inscrit sur sa carte d'identification électronique (aussi indiqué dans le courriel de bienvenue envoyé avec sa police);</li><li>• Date de naissance;</li><li>• Adresse courriel.</li></ul>

## 6.2.2. Information requise pour soumettre une demande de règlement

ePay est le moyen le plus simple de soumettre des demandes de remboursement par le biais du fournisseur de services. Il peut être utilisé pour la plupart des frais couverts en vertu des garanties Soins de santé, Soins dentaires et Médicaments.

Toutefois, lorsque ePay n'est pas disponible et que l'assuré doit soumettre ses demandes par d'autres moyens, les reçus doivent comporter l'en-tête de la personne ou de la compagnie qui a fourni le service et indiquer clairement ce qui suit :

- Nom du patient (assuré);
- Date(s) de service;
- Description du service;
- Coût de chaque service rendu;
- Nom du professionnel;
- Type de professionnel;
- Numéro de licence ou d'enregistrement du professionnel.

## 6.3. Garantie Soins de santé

<b>Exemples de frais couverts</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certains services fournis par des professionnels de la santé;</li><li>• Lunettes et verres de contact;</li><li>• Équipements et fournitures médicaux.</li></ul> <p><b>Il est très important de se référer à la police d'assurance pour connaître les détails de la couverture, car celle-ci peut être sujette à changement.</b></p>
<b>Restrictions</b>	<p><b>Condition préexistante</b> Toute condition préexistante peut être exclue selon les termes de la police.</p> <p><b>Exclusion spécifique à l'assuré</b> Si le contrat prévoit une exclusion spécifique à l'assuré, les frais liés à cette exclusion ne sont pas admissibles. Toute condition préexistante peut être exclue selon les termes du contrat. Il est essentiel que toute condition suspectée ou diagnostiquée soit pleinement divulguée au moment de l'adhésion, faute de quoi le contrat pourrait être annulé à sa date d'effet pour une réclamation qui aurait par ailleurs été admissible.</p> <p><b>Frais de massothérapie</b> Pour être remboursée, une prescription signée d'un médecin est toujours requise et doit être renouvelée chaque année.</p> <p><b>Achat ou location d'équipements ou fournitures médicaux</b> Pour l'achat ou la location d'équipement médical, de prothèses, d'orthèses ou de toute autre fourniture médicale, une prescription signée d'un médecin est toujours requise et doit être soumise à l'approbation préalable de l'assureur.</p> <p><b>Date limite des demandes de règlement</b> Les demandes de règlement doivent être soumises dans les 12 mois suivant la date du service.</p>

## 6.4. Garantie Soins dentaires

<b>Couverture</b>	<p>Les frais admissibles sont remboursés selon :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tarifs de l'association dentaire provinciale mentionnés dans la police;</li> <li>• Le guide de l'année précédente pour l'année des services rendus ou le guide de l'année en cours;</li> <li>• L'option de couverture sélectionnée par l'assuré, le cas échéant.</li> </ul>
<b>Plan de traitement</b>	<p>Pour tout traitement dentaire, il est recommandé que l'assuré nous fasse parvenir un plan de traitement détaillé qui sera soumis à l'approbation préalable de l'assureur.</p> <p>Dès que le plan de traitement aura été analysé, nous enverrons à l'assuré une communication indiquant le montant remboursable.</p>
<b>Restrictions</b>	<p>Les frais admissibles sont remboursables jusqu'au montant maximum prévu dans la police d'assurance.</p> <p>Les services d'orthodontie sont limités aux assurés âgés de 18 ans et moins.</p> <p><b>Il est très important de se référer à la police d'assurance pour connaître les détails de la couverture.</b></p>

## 6.5. Garantie Médicaments

<b>Couverture</b>	<p>Le remboursement des frais admissibles est limité à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'option de couverture sélectionnée par l'assuré, le cas échéant;</li> <li>• Les montants, quantités et fréquences indiqués dans la police.</li> </ul> <p>La garantie Médicaments au Québec est complémentaire à l'assurance médicaments de la RAMQ ou à une couverture d'assurance collective équivalente.</p>
<b>Restrictions</b>	<p><b>Condition préexistante</b> Toute condition préexistante peut être exclue selon les termes de la police.</p> <p><b>Exclusion spécifique à l'assuré</b> Si le contrat prévoit une exclusion spécifique à l'assuré, les frais liés à cette exclusion ne sont pas admissibles. Toute condition préexistante peut être exclue selon les termes du contrat.</p> <p><b>Autorisation spéciale</b> Certains médicaments admissibles peuvent nécessiter une autorisation spéciale avant d'être couverts.</p> <p><b>Nombre de jours d'approvisionnement</b> Maximum 100 jours d'approvisionnement (un mois pour certains médicaments).</p> <p><b>Limite de fréquence des frais d'exécution d'ordonnance (Ontario seulement)</b> Lorsque Croix Bleue détermine qu'un médicament admissible est un médicament d'entretien qui peut raisonnablement être délivré par période de 3 mois, Croix Bleue paiera jusqu'à 5 frais d'exécution d'ordonnance par médicament d'entretien au cours d'une période de 12 mois. Si une personne assurée choisit de faire exécuter son ordonnance plus fréquemment, elle devra payer tous les frais d'exécution d'ordonnance supplémentaires pour le médicament d'entretien.</p>

## 6.6. Garantie Maladies graves (régime Santé complète)

<p><b>Couverture</b></p>	<p>Après l'apparition de la maladie couverte, la personne assurée doit survivre au moins 30 jours avant que la prestation ne soit payée.</p> <p>Montants de couverture :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adhérent                    25 000 \$</li> <li>• Conjoint                    25 000 \$</li> <li>• Enfant à charge        10 000 \$</li> </ul>
<p><b>Conditions couvertes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Brûlures</li> <li>• Cécité</li> <li>• Coma</li> <li>• Surdité</li> <li>• Cancer constituant un risque de décès</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Insuffisance majeure d'un organe</li> <li>• Insuffisance majeure d'un organe nécessitant une greffe</li> <li>• Maladie des motoneurones</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Paralysie</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Démence sénile</li> <li>• Crise cardiaque grave</li> <li>• Accident vasculaire cérébral grave</li> </ul> <p>Veillez vous référer à la police d'assurance pour la définition de chaque condition couverte.</p>
<p><b>Restrictions</b></p>	<p><b>Condition préexistante</b> Toute condition préexistante peut être exclue selon les termes de la police.</p> <p><b>Conditions couvertes</b> Toutes les maladies couvertes doivent découler d'une affection ou d'une maladie pour être admissible à la couverture, à l'exception des brûlures.</p> <p><b>Nouveau-nés</b> Un enfant doit être âgé d'au moins 15 jours pour être une personne assurée.</p> <p><b>Période d'attente</b> L'assuré doit être couvert par le contrat depuis au moins 90 jours pour être admissible à cette garantie.</p> <p><b>Montant maximal</b> Le montant est payable une fois à vie pour chacun des assurés.</p> <p><b>Fin de la couverture</b> Pour l'adhérent et le conjoint :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La fin du mois précédent le 65e anniversaire, ou;</li> <li>• � la date d'échéance du contrat;</li> <li>• Pour le conjoint, lorsqu'il ne répond plus à la définition de conjoint en vertu de la police.</li> </ul> <p>Pour un enfant à charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lorsque ni l'adhérent ni le conjoint de ce dernier, le cas échéant, ne sont couverts par le présent contrat, ou;</li> <li>• Lorsqu'il ne répond plus à la définition d'enfant en vertu de la police;</li> <li>• � la date d'échéance du contrat.</li> </ul>

## 6.7. Garantie Indemnité hospitalière (régime Santé complète)

<b>Couverture</b>	<p>Si une personne assurée couverte est hospitalisée dans un hôpital canadien afin de recevoir un traitement actif, Croix Bleue paiera :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Moins de 65 ans – 100 \$ par jour, maximum 100 jours consécutifs d'hospitalisation par année civile</li><li>• 65 ans ou plus – 100 \$ par jour, maximum 30 jours consécutifs d'hospitalisation par année civile</li></ul>
<b>Restrictions</b>	<p><b>Condition préexistante</b> Toute condition préexistante peut être exclue selon les termes de la police.</p> <p><b>Le versement de l'indemnité commence le :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation à la suite d'un accident</li><li>• 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation à la suite d'une maladie</li><li>• 8<sup>e</sup> jour d'hospitalisation pour tout évènement en lien avec une grossesse.</li></ul> <p>Le jour d'admission sera compté comme une journée, toutefois, le jour d'obtention du congé de l'hôpital ne sera pas compté à moins que ce soit aussi le jour d'admission.</p> <p><b>Nouveau-nés</b> Cette garantie ne s'appliquera pas au nouveau-né jusqu'à ce qu'il obtienne son congé après sa naissance.</p> <p><b>Fin de la couverture</b> Pour le conjoint et l'enfant à charge :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lorsqu'il ne répond plus à la définition de dépendant en vertu de la police;</li><li>• À la date d'échéance du contrat;</li><li>• Pour l'enfant à charge, lorsque ni l'adhérent ni le conjoint de ce dernier, le cas échéant, ne sont couverts par le présent contrat.</li></ul>

## 6.8. Garantie Voyage

La garantie Voyage est offerte comme suit :

- En garantie obligatoire dans le régime Santé complète avec les Soins de santé option étendu et devient facultative à l'âge de 65 ans;
- En garantie optionnelle avec le régime Approbation garantie;
- En garantie optionnelle avec le régime Accès assuré indépendant

<p><b>Couverture</b></p>	<p>Les prestations sont versées en cas d'accident ou de maladie inattendue ou soudaine survenant en dehors de la province de résidence de l'assuré.</p> <p>Les assurés sont couverts jusqu'à 5 millions de dollars par personne et par voyage.</p> <p>Ils sont également couverts pour un nombre spécifique de jours par voyage en fonction de leur régime :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime Santé complète – Soins de santé option étendu : <b>30 jours par voyage</b></li> <li>• Régime Approbation garantie : <b>17 jours par voyage</b></li> <li>• Régime Accès assuré indépendant : <b>30 jours par voyage</b></li> </ul>
<p><b>Exemples de frais couverts</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitalisation;</li> <li>• Médicaments et traitements;</li> <li>• Appareils médicaux;</li> <li>• Frais de transports;</li> <li>• Retour de la dépouille.</li> </ul> <p><b>Il est très important de se référer à la police d'assurance pour connaître les détails de la couverture.</b></p>
<p><b>Informations requises</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les 4 mois suivant la date du service, faute de quoi ils deviendront la responsabilité de l'assuré;</li> <li>• Pour les demandes de règlement pour lesquelles il n'y a pas eu d'appel au fournisseur d'assistance voyage, les reçus originaux détaillés et payés intégralement doivent être envoyés à Croix Bleue afin de permettre la coordination des prestations admissibles avec la couverture d'assurance maladie du gouvernement.</li> <li>• Toutes les demandes de règlement de frais médicaux doivent être accompagnées des documents originaux indiquant la date du service, le diagnostic et les détails des services rendus. Si les documents originaux ne sont pas disponibles, les copies doivent porter la mention « copie certifiée » et être signées par le représentant de l'établissement.</li> <li>• L'assuré doit indiquer son numéro de police et d'identification Croix Bleue sur sa demande de règlement.</li> </ul>
<p><b>Restrictions</b></p>	<p><b>Nombre de jours maximum par voyage</b></p> <p>L'assuré bénéficie d'une assurance voyage pour les soins médicaux d'urgence pour un nombre illimité de voyages jusqu'à un maximum de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 jours consécutifs par voyage pour le régime Santé complète – Soins de santé option étendu;</li> <li>• 17 jours consécutifs par voyage pour le régime Approbation garantie</li> <li>• 30 jours consécutifs par voyage pour le régime Accès assuré indépendant</li> </ul> <p>Pour une couverture supplémentaire aux jours consécutifs couverts, l'assuré doit communiquer avec son agent autorisé de Croix Bleue ou le bureau Croix Bleue le plus proche.</p>

### **Assistance voyage Croix Bleue**

En cas d'hospitalisation, l'assistance voyage de Croix Bleue doit être contactée avant l'admission. Le fait de ne pas contacter l'assistance voyage de Croix Bleue peut entraîner la non-admissibilité des frais médicaux de l'assuré, un retard dans le règlement de sa demande ou une réduction des prestations.

<b>Destination</b>	<b>Numéro de téléphone</b>
Canada / États-Unis	1 800 361-6068
Mexique	800 062 3174
République Dominicaine	1 800 203-9666
Ailleurs dans le monde	1 800 7328-7473
À frais virés	514 286-8411

L'assistance voyage de Croix Bleue se réserve le droit de diriger les participants nécessitant un traitement médical vers les hôpitaux et les médecins qui ont été sélectionnés pour fournir des services de soins de santé.

### **Condition préexistante**

Croix Bleue ne versera aucune prestation et n'acceptera aucune responsabilité pour les réclamations relatives à un état de santé, une maladie ou une blessure ou à un état de santé connexe, une maladie ou une blessure qui s'est détériorée ou pour laquelle un assuré a été diagnostiqué ou hospitalisé, a nécessité une consultation médicale (autre qu'un examen de routine) ou a subi un changement de médication à tout moment au cours des :

- a. 3 mois précédant immédiatement la date de départ de la province de résidence de l'assuré, s'il est âgé de moins de 65 ans;
- b. 6 mois précédant immédiatement la date de départ de la province de résidence de l'assuré, s'il est âgé de 65 ans ou plus.

## 7. ENTENTES ET COMMISSIONS

### 7.1. Normes de service

<b>Retour d'appels et réponse aux courriels généraux</b>	1 jour ouvrable
<b>Renouvellement de permis et assurance responsabilité</b>	3 jours ouvrables
<b>Mise sous contrat</b>	2 jours ouvrables sur réception de tous les documents requis et dûment complétés pour la demande de distribution et la mise sous contrat
<b>Transfert de portefeuille</b>	3 jours ouvrables sur réception de tous les documents requis et dûment complétés pour la demande de transfert

### 7.2. Rôle du service Ententes et Commissions

Le service ententes et commissions est responsable d'administrer nos ententes avec nos partenaires et conseillers, notamment pour :

- La création des dossiers partenaires;
- La modification ou fermeture de compte;
- La gestion des commissions et des comptes en souffrance;
- Le suivi du renouvellement des permis de nos partenaires;
- Le transfert de portefeuilles.

Pour devenir un partenaire, obtenir des informations sur votre entente avec nous ou y apporter des modifications, nous vous invitons à communiquer avec ce service. Les coordonnées se trouvent à la section « Nous joindre ».

Pour des raisons de confidentialité, le service ententes et commissions vous posera quelques questions lors de chaque communication pour vérifier votre identité.



## 7.3. Soumettre une demande de distribution

### 7.3.1. Exigences requises

<b>Documents requis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Copie du certificat du conseiller</li><li>• Copie de l'assurance responsabilité professionnelle du conseiller</li><li>• Spécimen de chèque</li><li>• Entente de représentant dûment remplie et signée</li><li>• Fiche du représentant autonome</li><li>• Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) lorsque personne morale</li></ul>
<b>Transmission de documents</b>	Les documents doivent être envoyés par le biais du site sécurisé de dépôt de documents, en sélectionnant le type de demande « Entente de distribution » : <a href="https://qc.croixbleue.ca/depot">https://qc.croixbleue.ca/depot</a> .

## 7.4. Certificats exigés

Pour pouvoir distribuer nos produits, vous devez détenir le certificat approprié selon votre province de courtage et votre type de courtage.

<b>Cabinet de courtage (Québec)</b>	Le certificat 1a – Assurance de personnes délivré par l'Autorité des marchés financiers.
<b>Conseiller indépendant (Québec)</b>	Le certificat 1a – Assurance de personnes délivré par l'Autorité des marchés financiers.
<b>Cabinet de courtage (Ontario)</b>	Le certificat Assurance de personnes délivré par la Commission des services financiers de l'Ontario.
<b>Conseiller indépendant (Ontario)</b>	Le certificat Assurance de personnes délivré par la Commission des services financiers de l'Ontario.
<b>Certificats non acceptés</b>	Les certificats en assurance de dommages ne sont pas acceptés.

## 7.5. Assurance responsabilité professionnelle

<b>Assurance responsabilité professionnelle</b>	<p>Preuve de couverture d'une assurance responsabilité professionnelle*.</p> <p>* Cette assurance couvre les risques liés aux fautes, aux erreurs aux négligences ou aux omissions commises par le conseiller dans le cadre de ses activités professionnelles. L'assurance responsabilité professionnelle est obligatoire, car elle protège à la fois les professionnels et leurs clients.</p>
---	--

## 7.6. Renouvellement du droit de distribution

<b>Renouvellement du droit de distribution</b>	<p>Le renouvellement du droit de distribution* est automatique.</p> <p>* Un distributeur qui ne soumet pas de nouvelles affaires et qui ne détient aucun contrat en vigueur depuis plus de 12 mois sera désactivé.</p>
<b>Certificat valide</b>	<p>Détenir un certificat valide et respecter les lois applicables de la province où le distributeur exerce ses activités.</p> <p>S'engager à remettre annuellement une preuve de validité des permis, des certificats ou des inscriptions exigés*.</p> <p>* Le fait de ne pas présenter ces documents dans les délais requis pourrait entraîner un retard de versement des rémunérations.</p>
<b>Assurance responsabilité professionnelle</b>	<p>Détenir une assurance responsabilité valide et s'engager à remettre annuellement une preuve de couverture de l'assurance responsabilité professionnelle exigée.</p>

## 7.7. Modification au dossier

<b>Changement de coordonnées</b>	<p>Pour effectuer un changement d'adresse, de numéro de téléphone ou d'adresse courriel, faites parvenir un courriel à l'adresse <a href="mailto:ententes.commissions@qc.croixbleue.ca">ententes.commissions@qc.croixbleue.ca</a>.</p>
<b>Changement de compte bancaire</b>	<p>Faites votre demande de changement de compte bancaire par le biais du site sécurisé de dépôt de documents en sélectionnant « Entente de distribution » comme type de demande : <a href="https://qc.croixbleue.ca/depot">https://qc.croixbleue.ca/depot</a>.</p> <p>Veuillez vous assurer de joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Le formulaire <b>Changement de compte bancaire</b> dûment rempli et signé;</li><li>• Un spécimen de chèque du nouveau compte bancaire;</li><li>• Votre numéro de distributeur.</li></ul>

Pour obtenir le formulaire Changement de compte bancaire, veuillez communiquer avec Info-partenaires santé.

## 7.8. Relevés d'impôts

<b>Admissibilité</b>	<p>Seuls les conseillers indépendants ayant touché des commissions durant l'année concernée recevront un feuillet T4-A ou un Relevé 1 (Québec).</p> <p>* Le seuil minimal est de 500 \$.</p>
<b>Non-admissibilité</b>	<p>Aucun feuillet T4-A ni Relevé 1 n'est produit pour les distributeurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entreprises incorporées;</li> <li>• Entreprises limitées;</li> <li>• Sociétés en nom collectif;</li> <li>• Entreprises;</li> <li>• Conseillers dont les commissions sont versées à une entité morale ayant préalablement signé une entente avec Croix Bleue.</li> </ul>
<b>Émission</b>	<p>Comme prescrit par la loi, le reçu est délivré au titulaire du compte bancaire au plus tard le 28 février.</p>

## 7.9. États de comptes

<b>Accès aux rapports</b>	<p>Les états de comptes sont disponibles dans Salesforce. Les conseillers peuvent se connecter et sélectionner l'onglet Rapports pour consulter leur bloc d'affaires, les commissions payées, les annulations de contrats, etc.</p>
<b>Taux de commissions et fréquence de paiement</b>	<p>Les taux de commissions ainsi que la fréquence de paiement sont stipulés dans votre Entente de distribution. Ces taux dépendent entre autres du produit vendu et varient avec l'âge du contrat.</p>
<b>Paiement des commissions</b>	<p>Les commissions payables sont versées directement dans le compte bancaire.</p> <p>Dans le cas d'un solde négatif, vous pouvez acquitter la somme due par chèque dans les 60 jours suivants la date de votre état de compte à l'adresse suivante :</p> <p style="text-align: center;">Croix Bleue du Québec a/s de Ententes et Commissions 1981 Av. McGill College, bureau 105 Montréal (QC) H3A 0H6</p>

## 7.10. Rapports

<b>Onglet Commissions</b>	<p>Des relevés individuels de commissions, de paiement ainsi que de notes de débit sont disponibles dans Salesforce sous l'onglet <b>Commissions</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les relevés débutant par <i>1-FS</i> sont des Relevés de commissions (pour un compte/contrat);</li><li>• Les relevés débutant par <i>5-FS</i> sont des Notes de débit (reprise de commission pour un compte/contrat);</li><li>• Les relevés débutant par <i>6-00</i> sont des Avis de paiement (dépôt direct).</li></ul>
<b>Onglet Rapports</b>	<p>Des rapports détaillés, personnalisables par dates sont disponibles sous l'onglet <b>Rapports</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Rapport sur les relevés de commissions et les notes de débit;</li><li>• Rapport sur les avis de paiement;</li><li>• Rapport sur les annulations de première année;</li><li>• Rapport sur les renouvellements du mois prochain;</li><li>• Détail sur le bloc d'affaires.</li></ul>