



COMPAGNIE DES CHEMINS DE FER NATIONAUX DU CANADA

RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

DES

**PRÉPOSÉS À L'ENTRETIEN DES VOIES
REPRÉSENTÉS PAR LE**

**SYNDICAT DES METALLOS UNIS
SECTION LOCAL 2004 (MU)**

En vigueur de 2019-2023

AVANT-PROPOS

Le présent document décrit le **Régime d'assurance-maladie complémentaire instauré à l'intention du personnel représenté par le Syndicat des Métallos Unis, section local 2004 (MU) et des personnes à leur charge**, à la suite des négociations entre la Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada et votre syndicat.

La Compagnie paie actuellement la totalité du coût du régime, qui offre une vaste gamme d'avantages médicaux et qu'administre Green Shield Canada.

Vous trouverez ci-après les principales caractéristiques du régime. Bien que l'on ait accordé une importance particulière à l'exactitude des renseignements que renferme le présent document, c'est le contrat **CNR-** qui fera autorité.

Par ailleurs, le régime entend être conforme à toutes les lois fédérales et provinciales en vigueur. En cas de divergence, ce sont ces dernières qui prévalent.

Veillez lire la présente brochure et la conserver. Le groupe d'Administration des avantages sociaux vous donnera des précisions au besoin. Vous pouvez le joindre au 1-800-363-6060 et ensuite suivre les instructions.

NOTA : Le Régime d'assurance-maladie complémentaire du personnel représenté par un agent négociateur au Canada est conforme aux lois en vigueur.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
ADMISSIBILITÉ	1
Personnes à charge admissibles	1
DISPOSITIONS DU RÉGIME.....	2
Franchise.....	2
Remboursement prévu par la garantie.....	2
Prestations maximales.....	3
Frais hospitaliers	5
Médicaments sur ordonnance.....	7
Soins de la vue	9
Frais médicaux extraordinaires	10
FRAIS NON COUVERTS.....	12
COORDINATION DES INDEMNITÉS.....	13
CESSATION DE LA GARANTIE.....	14
MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA GARANTIE.....	14
RÉTABLISSEMENT DE LA GARANTIE	15
PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT	15
REMBOURSEMENT DES PRIMES.....	18
LITIGES	18
CHEMIN DE FER ET SYNDICAT SIGNATAIRES	18

ADMISSIBILITÉ

Vous et les personnes à votre charge admissibles êtes couverts à compter du premier jour suivant votre embauche.

Une fois acquise votre admissibilité au régime, vous continuez de bénéficier de la garantie prévue pendant chaque mois où vous effectuez du service rémunéré, et ce, jusqu'à la cessation de la garantie dans les circonstances énoncées à la section *Cessation de la garantie* du présent document.

Une fois admissible, vous bénéficiez automatiquement du régime.

Personnes à charge admissibles

Sont considérées comme personnes à charge admissibles :

- votre conjoint ou conjointe (en cas de séparation, votre conjoint ou conjointe doit être à votre charge pour être réputé(e) admissible) ;
- vos enfants qui ne sont pas mariés (dont les enfants de votre conjoint ou conjointe ainsi que les enfants d'un mariage antérieur si vous divorcez ou vous vous remariez), qui sont à votre charge financièrement et qui sont:
 - âgés de moins de 21 ans et demeurent avec vous ou votre conjoint ou conjointe admissible (ou dont vous avez la garde partagée);
 - âgés de moins de 25 ans (moins de 26 ans s'ils résident au Québec) et fréquentent à temps plein une université ou un collège reconnu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada). Les enfants qui travaillent moins de 15 heures par semaine sont également considérés comme entièrement à votre charge financièrement.
- devenus handicapés avant l'âge de 21 ans, et qui :
 - sont incapables de subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité physique ou intellectuelle,
 - dépendent de vous financièrement et
 - ne sont pas mariés.

NOTA 1 : Le mot « conjoint » ou « conjointe » désigne :

- i) la personne qui est légalement mariée au membre du personnel et habite avec lui ou par laquelle ce dernier assure des moyens de subsistance, ou
- ii) en l'absence de conjoint ou conjointe admissible légalement marié, la personne qui habite avec le membre du personnel depuis au moins un an (avant si un enfant est issu de leur union), à condition que cette personne et le membre du personnel soient libres de se marier, ou
- iii) la personne qui habite avec le membre du personnel depuis au moins trois ans (avant si un enfant est issu de leur union) et qui, en raison de son mariage précédent ou de celui du membre du personnel, ne peut l'épouser.

NOTA 2 : Une personne couverte par le régime à titre de membre du personnel ne peut être considérée comme personne à charge admissible à moins que celui-ci ou celle-ci n'a plus sa propre couverture.

DISPOSITIONS DU RÉGIME

Le régime vous procure, à vous et à votre famille, une aide financière pour tous les frais médicaux nécessaires qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation de votre province ou de votre territoire.

Franchise

Vous pouvez prétendre au remboursement des frais médicaux et hospitaliers et des frais relatifs aux soins de la vue remboursables en vertu du régime, une fois que vous avez payé une franchise annuelle de 25 \$ par famille.

La franchise est le montant à payer chaque année et déduit des frais remboursables en vertu du régime.

Cette franchise ne s'applique pas aux frais hospitaliers ou vos frais de prescriptions dans votre province de résidence

Remboursement prévu par la garantie

Le régime rembourse 100 % des frais hospitaliers dans votre province de résidence et 80 % des frais couverts, après déduction de la franchise annuelle, pour les soins médicaux extraordinaires, les

médicaments sur ordonnance et les soins de la vue, jusqu'à concurrence du maximum des frais remboursables en vigueur.

Au Québec, le taux de remboursement est porté à 100% une fois que le déboursé maximal pour les médicaments sur ordonnance par personne par année est atteint.

Prestations maximales

Le montant maximal à vie pouvant vous être remboursé à vous ou à toute personne à votre charge s'établit à 75 000 \$. Cette disposition ne s'applique pas aux résidents du Québec lorsqu'il s'agit de médicaments sur ordonnance.

Compte de dépenses pour soins de santé (CDSS)

Contribution de l'employeur au CDSS

Un compte de dépenses pour soins de santé sera établi pour chaque membre du personnel actif.

Un montant fixe de 25 \$ sera versé chaque mois dans le CDSS de chaque membre du personnel admissible (tel que décrit ci-dessous), à la condition que le membre du personnel ait accumulé 11 jours de service cumulatif rémunéré (SCR) au cours d'un mois civil et sera déposé au début du mois suivant. En ce qui concerne les membres du personnel qui deviendront admissibles après le 1^{er} mars 2019, le montant mensuel fixe leur sera alloué à compter du premier du mois suivant leur admissibilité.

Les frais d'administration liés au CDSS seront payés par la Compagnie. Les taxes de vente au détail provinciales applicables seront imputées au CDSS.

Le CDSS est et sera assujetti aux dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu.

Admissibilité

Les membres du personnel en service actif sont admissibles au CDSS. Les membres du personnel absents du travail (absence autorisée ou non autorisée) ne seront pas admissibles au CDSS, sauf pour les exceptions suivantes :

- a) les membres du personnel qui reçoivent des prestations d'invalidité de courte ou longue durée en vertu d'un régime du CN ou d'un programme du gouvernement provincial;

- b) les membres du personnel qui reçoivent des prestations d'invalidité d'un organisme provincial versant des indemnités d'accident du travail;
- c) les membres du personnel en congé de maternité, congé parental, congé de compassion ou congé pour soins à un enfant gravement malade, selon la définition donnée par la Loi sur l'assurance-emploi ou le Régime québécois d'assurance parentale.

Les membres du personnel visés par les exceptions a) et b) ne pourront pas accumuler des sommes dans leur compte pendant leur congé, mais pourront utiliser les montants déjà accumulés. Si un membre du personnel satisfait aux conditions d'admissibilité susmentionnées, il sera autorisé à utiliser les montants accumulés dans son CDSS même s'il n'en accumule plus.

L'accumulation et l'utilisation des sommes acquises en vertu du CDSS seront suspendues immédiatement en cas de licenciement*, suspension*, grève* ou lockout*, ou lorsque le membre du personnel sera en congé autorisé*, sous réserve des exceptions énumérées ci-dessus.

* L'accumulation et l'utilisation des sommes acquises seront rétablies au moment du retour au travail.

L'accumulation et l'utilisation des sommes acquises en vertu du CDSS prendront fin et le solde accumulé sera éliminé lors d'une cessation d'emploi (volontaire ou non), un décès ou un départ à la retraite (y compris les rentes d'invalidité du régime de retraite).

Règle de report

En accordance avec les règles établies par l'Agence du revenu du Canada, le montant non utilisé au terme d'une année civile est reporté à l'année civile suivante. Par conséquent, tout montant alloué pour une année civile donnée doit être utilisé d'ici la fin de l'année civile suivante ou il sera perdu.

L'allocation du montant mensuel fixe commencera à compter du 1er mars 2019 et se poursuivra jusqu'au 31 décembre 2023. Les montants non utilisés ayant été alloués en 2022 pourront être reportés à l'année 2023.

Frais de soins médicaux et dentaires admissibles

La liste des dépenses admissibles est assujettie aux dispositions de la Loi de l'impôt sur le revenu. Les frais de soins médicaux ou dentaires admissibles sous le CDSS peuvent être remboursés pour vous-même ou pour vos personnes à charge.

En voici une liste partielle :

- Frais de soins médicaux ou dentaires, ou partie de ces frais, non remboursés en raison de l'application d'une franchise sous votre régime d'assurance collective.
- La partie des frais de soins médicaux ou dentaires que vous devez payer en raison d'un pourcentage de remboursement autre que 100 % ou d'un maximum remboursable sous votre régime d'assurance collective.
- Lunettes, examens de la vue et verres de contact.
- Services à temps plein d'un professionnel de la santé.
- Acquisition de matériel spécial pour une personne ayant une déficience visuelle.

Veillez consulter les guides de déclaration de revenus pour obtenir une liste plus complète des frais de soins médicaux et dentaires dont vous pouvez demander le remboursement au titre du CDSS. Vous pouvez aussi visiter les sites Web de l'Agence du revenu du Canada et du ministère du Revenu du Québec.

Frais hospitaliers

Dans votre province de résidence, le régime prévoit le remboursement :

- de 100 % des frais moyens, pour une chambre à deux lits, excédant le montant garanti par le régime gouvernemental. Il n'y a aucune limite à la durée du séjour.
- des frais pour les services hospitaliers assurés aux patients externes.

À l'extérieur de votre province de résidence, le régime prévoit le remboursement :

- de 80 % des frais qui, après déduction de la franchise, excèdent le montant garanti par le régime gouvernemental pour les services ci-après administrés en cas d'urgence, pendant un maximum de 180 jours par année civile :
 - hospitalisation dans une chambre à deux lits ;
 - services hospitaliers assurés aux patients externes.

À l'extérieur du Canada, pour les soins médicaux administrés en cas d'urgence afin de traiter une maladie contractée ou des blessures subies à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement :

- de 80 % des frais qui, après déduction de la franchise, excèdent le montant garanti par le régime gouvernemental pour les services ci-après administrés en cas d'urgence, pendant un maximum de 180 jours par année civile :
 - hospitalisation dans une chambre à deux lits ;
 - autres services hospitaliers ;
 - services hospitaliers assurés aux patients externes.

Un hôpital est un établissement reconnu dont le rôle principal est de fournir des services de diagnostics, services médicaux et chirurgicaux pour le traitement des personnes malades ou blessées qui sont hospitalisées, sous la supervision de médecins et d'infirmiers autorisés, ces derniers assurant des services 24 heures sur 24.

Selon cette définition, aucun des établissements ci-dessous n'est considéré comme étant un hôpital :

- maison de retraite ;
- maison de repos ou de soins infirmiers ;
- établissement assurant des soins psychiatriques ;
- établissement où sont traités les cas d'abus de drogues et d'alcool.

Médicaments sur ordonnance

Si vous habitez dans une province où le gouvernement provincial offre un régime prévoyant le remboursement des médicaments sur ordonnance, les prestations versées dans le cadre du régime de la Compagnie sont coordonnées à celles du régime gouvernemental.

Vous avez la carte médicament de Green Shield Canada (GSC). Cette carte peut être utilisée pour l'achat de médicaments sur ordonnance. Vous n'avez qu'à présenter votre carte médicament GSC à votre pharmacien, et après avoir payé les frais non couverts par le régime, celui-ci fera une demande de paiement en ligne à GSC.

Quand vous utilisez votre carte médicament GSC lors du renouvellement de vos médicaments à la pharmacie, vous ne paierez que le 20% du montant admissible et 3.00 \$ par ordonnance exécutée. Le montant qui reste sera remboursé par GSC directement à votre pharmacien.

Si le pharmacien n'accepte pas la carte médicament de GSC, vous devrez payer le médicament, compléter un formulaire et le soumettre à GSC. Veuillez prendre note que le pharmacien pourrait vous facturer plus que le coût négocié. Dans ce cas, le régime d'assurance-maladie complémentaire ne paiera que le montant admissible sous la carte médicament

Substitution générique obligatoire

Si une version générique du médicament est disponible, le régime remboursera le prix du médicament générique le moins cher (après la franchise de 3.00 \$ par ordonnance exécutée), sauf si le médecin interdit la substitution sur l'ordonnance*.

**Si une personne souffre d'allergies ou d'une affection particulière, le médecin peut interdire toute substitution. En pareil cas, le médicament de marque sera remboursé sans frais supplémentaire (ce remboursement sera basé sur le prix du médicament de marque).*

Gestion des quantités

Afin de réduire le gaspillage associé aux premières ordonnances, le régime limitera la couverture à une provision de 30 jours pour les nouvelles ordonnances et une provision de 10 jours pour les nouvelles ordonnances de médicaments coûteux et d'opioïdes.

Si, après l'exécution initiale de l'ordonnance, il s'avère qu'un médicament d'entretien* est approprié, les membres du personnel devront se procurer une provision de trois mois de médicaments d'entretien afin de réduire les frais d'exécution d'ordonnance.

**Médicaments d'entretien* : Sont désignés habituellement sous ce nom les médicaments utilisés pour traiter des maladies chroniques ou permanentes, comme la cholestérolémie, le diabète, l'hypertension artérielle et les affections cardiovasculaires. Les médicaments utilisés comme traitement unique ou à court terme sont appelés « médicaments à action immédiate ».

Gestion de l'utilisation

Dans le cas de certains types de médicaments, la couverture est assujettie à l'autorisation préalable et/ou à un traitement par étapes. Un traitement par étapes exige l'utilisation d'un médicament de premier niveau moins coûteux avant que le coût d'un traitement de deuxième niveau plus cher ne soit couvert. La gestion de l'utilisation est nécessaire pour assurer la bonne utilisation du médicament ou le recours au médicament le plus économique dans le cadre du traitement du membre du personnel. Green Shield Canada pourrait donc exiger des renseignements médicaux supplémentaires à propos de ces médicaments.

Coordination de prestations

Les membres du personnel qui ont un(e) conjoint(e) qui travaille au CN seront éligibles à la coordination des prestations.

Frais remboursables

- Médicaments, sérums et vaccins nécessitant une ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, qui sont prescrits pour soigner une maladie et fournis par un(e) pharmacien(ne) autorisé(e)
- Articles nécessaires aux diabétiques.
- Articles nécessaires au traitement de la maladie de Parkinson et de la fibrose kystique.
- Articles requis à la suite d'une colostomie.
- Contraceptifs oraux.

- Médicaments pour cesser de fumer, y compris les substituts de nicotine, lorsque prescrits par écrit par un médecin..

Pour le personnel du Québec et les personnes à leur charge, toute disposition du présent régime qui ne respecte pas les exigences du Régime d'assurance-médicaments du Québec est rajustée automatiquement afin d'être conforme à ces exigences.

Frais non remboursables

- Médicaments que l'on peut obtenir sans ordonnance, comme les médicaments brevetés, les médicaments contre la toux et le rhume, les aliments et les mélanges lactés pour bébés, les minéraux, les vitamines, les aliments naturels et les traitements au collagène.
- Hormones de croissance.
- Tous frais inhérents à l'administration de sérums, vaccins et médicaments injectables.
- Traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments diététiques ou alimentaires, qu'ils soient prescrits ou non pour des motifs médicaux.

Soins de la vue

Frais remboursables

- Services d'un(e) ophtalmologiste ou d'un(e) optométriste autorisé, non couverts par l'assurance-maladie du gouvernement provincial. Remboursement maximal de 25 \$ par personne par période de deux années civiles consécutives.
- Achat de lentilles cornéennes ou de lunettes (y compris les montures, les verres incassables et solaires) et leur remplacement.

Est autorisée une demande de règlement par période de 12 mois dans le cas des personnes de moins de 18 ans ou par période de 24 mois pour toute autre personne.

Le remboursement maximal étant de 250 \$.

Ne sont remboursables que les articles faisant l'objet d'une ordonnance d'un(e) ophtalmologiste ou d'un(e) optométriste autorisé et fournis par ces spécialistes ou par un(e) opticien qualifié(e).

Frais non remboursables

Les frais engagés pour les lunettes portées seulement pour protéger les yeux, et non pour corriger la vue, ne sont pas remboursables.

Frais médicaux extraordinaires

Frais remboursables

- Ambulance

Services ambulanciers professionnels non remboursables par votre régime d'assurance-maladie gouvernemental pour le transport local, y compris les déplacements à destination et en provenance de l'hôpital le plus proche, pourvu que de l'avis d'un médecin, les soins qui y sont dispensés soient nécessaires au point de vue médical. Ces services comprennent également, en cas d'urgence, le transport aérien ou au moyen de tout autre véhicule normalement utilisé pour le transport public.

- Infirmier ou infirmière en service privé

Services à titres privés d'un(e) infirmier(ère) autorisé(e) qui n'est pas un proche parent, au domicile du patient ou de la patiente, pourvu que ces services soient nécessaires sur le plan médical et qu'ils soient approuvés au préalable par Green Shield. Un maximum à vie de 10 000 \$ par personne.

- Tests en laboratoire

Frais engagés pour des examens para-cliniques effectués dans un laboratoire commercial, à l'exclusion de ceux qui sont effectués dans les pharmacies. Un maximum de 500 \$ par personne par année calendrier.

- Physiothérapeute et chiropraticien

Soins prodigués par un physiothérapeute ou un chiropraticien autorisé. Le remboursement maximal combiné pour les deux services est de 2 000 \$ par personne et par année civile (à compter du 1^{er} février 2019).

- Psychologue et psychothérapeute

À compter du 1^{er} février 2019, les soins prodigués par un psychologue ou un psychothérapeute autorisé seront couverts. Le remboursement maximal combiné pour les deux services est de 500 \$ par personne et par année civile.

- Blessures accidentelles aux dents

Traitement par un dentiste des dents naturelles endommagées par des blessures accidentelles subie en cours de garantie. Le traitement doit être approuvé au préalable par Green Shield et être dispensé dans les six mois suivant l'accident.

- Fournitures à usage prolongé

Location ou si la Compagnie le décide, achat, pour usage thérapeutique, d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital, d'un poumon d'acier ou d'autres fournitures similaires. L'achat ou la location doivent être approuvés au préalable par Green Shield.

- Prothèses auditives

Prothèses auditives, non remboursables par un organisme d'indemnisation des accidents du travail, sur ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste. Le remboursement maximal est de 300 \$ par personne, ou de 500 \$ pour les enfants de moins de 18 ans, par période de cinq années civiles consécutives.

- Chaussures orthopédiques

Chaussures orthopédiques prescrites par un médecin, jusqu'à concurrence d'une paire par personne et par année civile.

- Bas de soutien

Bas de soutien élastique prescrit par un médecin. Le remboursement maximal est de 50 \$ par personne et par année civile.

- Prothèses mammaires

Prothèses mammaires exigées à la suite d'une intervention chirurgicale lorsqu'elles sont prescrites ou fournies par un médecin. Le remboursement maximal est de 200 \$ par personne et par année civile.

- Honoraires d'un médecin

Honoraires d'un médecin pour le traitement médical d'urgence d'une maladie contractée ou de blessures subies en dehors de votre province de résidence.

- Appareils prothétiques

Membres et yeux artificiels, y compris les appareils de rechange, pourvu qu'ils soient nécessaires sur le plan médical.

- Fournitures

Plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.

- Transfusions

Oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines ainsi que leur administration.

- Radiographies

Services de diagnostic et de radiographie.

- Hôpital de convalescence

Hospitalisation dans un hôpital de convalescence de votre province ou territoire. Cette hospitalisation doit être prescrite par un médecin, être précédée d'un séjour d'au moins cinq jours consécutifs dans un hôpital et avoir lieu dans les 14 jours de la sortie de l'hôpital. Elle doit avoir pour principal objet la réadaptation de la personne et non sa garde. Le remboursement maximal est de 20 \$ par jour pour chaque période d'invalidité, jusqu'à concurrence de 120 jours d'hospitalisation.

Un hôpital de convalescence est un établissement reconnu, bénéficiant des indemnités journalières du régime d'assurance-hospitalisation de la province où il est situé.

FRAIS NON COUVERTS

Frais non remboursables :

- Différence entre les frais hospitaliers en chambre à deux lits et en chambre à un lit.

- Traitements dispensés par les ostéopathes, les podiatres et les orthophonistes.
- Matelas orthopédiques, appareils de gymnastique, de climatisation ou de purification d'air ainsi que les bains tourbillons.
- Frais découlant de services ou de traitements expérimentaux ou de l'application de nouvelles méthodes ou de nouveaux traitements ne faisant pas partie des techniques courantes.
- Toute dépense excédant les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les soins sont donnés.
- Frais découlant d'une blessure que vous subissez en exerçant une activité rétribuée ou lucrative ailleurs qu'au CN.
- Frais découlant d'une blessure que subit une personne à votre charge en exerçant une activité rétribuée ou lucrative.
- Toute partie des frais médicaux couverte par un organisme d'indemnisation des accidents du travail ou tout autre organisme similaire.
- Services auxquels vous et une personne à votre charge avez droit gratuitement ou qui n'entraîneraient pas de frais si vous n'étiez pas couverts par le présent Régime d'assurance-maladie complémentaire.
- Totalité ou partie des soins dispensés dans le cadre d'un programme parrainé par le gouvernement.
- Service supprimé qui était dispensé dans le cadre d'un programme parrainé par le gouvernement.

COORDINATION DES INDEMNITÉS

Si vous et votre conjoint ou conjointe bénéficiez de la garantie d'un autre régime d'assurance-maladie complémentaire, l'ensemble des prestations versées en vertu des deux régimes ne doit pas excéder le montant des frais engagés. La coordination des prestations est faite de la façon suivante :

- Les frais engagés par votre conjoint ou conjointe sont d'abord remboursés par son régime. S'il en reste, ils sont remboursés par le Régime d'assurance-maladie complémentaire du CN.

- Les frais engagés pour les enfants admissibles sont d'abord remboursés par le régime auquel participe le parent dont l'anniversaire survient le plus tôt dans l'année.

CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie dont vous et les personnes à votre charge bénéficiez en vertu du Régime d'assurance-maladie complémentaire prend fin en cas de:

1. **démission ou de renvoi**, à la date de votre cessation d'emploi ;
2. **départ à la retraite**, à la fin du mois au cours duquel vous prenez votre retraite conformément au règlement du régime de retraite ;
3. **congé, de mise à pied ou de décès**, à la fin du mois au cours duquel s'est produit l'événement (sauf indication contraire à la section intitulée *Maintien en vigueur de la garantie*) ;
4. **grève ou de lock-out**, le dernier jour de travail (pour les résidents du Québec, plus 30 jours pour les médicaments sur ordonnance)

La garantie d'une personne à charge prend fin à la date de cessation de votre garantie (sauf en cas de **décès**, à la fin du mois où vous décédez) ou à la date où cette personne ne satisfait plus aux critères d'admissibilité énoncés à la section *Admissibilité* du présent document.

Si vous quittez une unité de négociation couverte par le présent régime et êtes l'objet d'une mutation, au sein de la Compagnie, à un autre poste auquel le régime ne s'applique pas, votre garantie prend fin le dernier jour du mois où vous cessez de travailler dans l'unité de négociation.

MAINTIEN EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

- 1) En cas de congé pour invalidité couvert par un organisme d'indemnisation des accidents du travail, votre garantie est maintenue en vigueur par le CN, sans frais pour vous, pendant toute la période où vous touchez des prestations de l'organisme susmentionné et recevez des soins et un traitement de réadaptation aux frais de cet organisme, mais pas au-delà de la fin du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 65 ans.

- 2) En cas d'un congé pour cause d'invalidité, de maladie ou de blessure non-couvert par un organisme d'indemnisation des accidents du travail, la garantie est maintenue en vigueur par le CN, sans frais pour vous, pendant toute la durée de l'absence à partir de la fin du mois au cours duquel la période d'invalidité débute, à condition que vous touchiez des prestations d'invalidité de courte durée ou des prestations d'assurance-emploi en cas de maladie.
- 3) Dans le cas d'un congé de maternité, de congé parental ou de congé pour compassion, votre garantie est maintenue en vigueur pendant toute la durée du congé.
- 4) En cas de mise à pied et dans tous les cas susmentionnés, si le membre du personnel prolonge son congé autorisé au-delà de la période d'admissibilité, il peut maintenir sa garantie en vigueur à ses propres frais en signant l'Entente de paiement des primes et en le retournant au CN dans les délais prescrits. Cette option est valable pendant une période de 12 mois suivant la fin du mois où a commencé le congé.

NOTA : Vous trouverez de l'information détaillée sur le paiement des primes à la section intitulée *Maintien des avantages sociaux durant un congé* de la présente brochure.

RÉTABLISSEMENT DE LA GARANTIE

Votre garantie est automatiquement rétablie à partir de la date de votre retour au travail à la suite d'un congé autorisé, d'une grève, d'une suspension ou d'un renvoi suivi d'une réintégration.

Si vous avez fait l'objet d'une mise à pied et si votre garantie a pris fin, vous bénéficiez à nouveau de la garantie à partir du premier du mois où vous retournez au travail.

PRÉSENTATION DES DEMANDES DE RÈGLEMENT

Marche à suivre pour faire une demande de règlement :

A. Frais hospitaliers

1. Mentionnez au personnel d'admission à l'hôpital que Green Shield Canda administre votre régime conformément à la police numéro CNR- . Donnez-lui également votre numéro de participant(e), soit votre matricule du CN).

2. L'hôpital peut envoyer la demande de règlement directement à Green Shield Canada ou vous facturer.

a) Si l'hôpital envoie la demande de règlement directement à Green Shield, vous recevrez un relevé où figurera le montant facturé et les frais remboursés par l'assureur. Prière de vérifier que tous les montants correspondent à des services réellement fournis.

b) Si l'hôpital ne veut pas ou ne peut pas envoyer la facture à Green Shield, vous devez présenter vous-même la demande de règlement à Green Shield conformément à la marche à suivre énoncée ci-dessous.

B. Frais liés à l'assurance-maladie complémentaire, aux soins de la vue et médicaments

1. Procurez-vous la demande de règlement dans le portail électronique du CN ou auprès de votre bureau administratif.

2. Remplissez toutes les sections pertinentes de la demande de règlement et joignez-y tous les reçus nécessaires.

3. Faites parvenir la demande dûment remplie à l'adresse appropriée de Green Shield indiquée au bas du formulaire.

Pour plus d'information sur l'envoi de vos réclamations, veuillez contacter Green Shield au numéro de téléphone sans frais 1-888-711-1119.

C. Compte de dépenses pour soins de santé (CDSS)

1. Procurez-vous la demande de règlement général ou celle du CDSS dans le portail électronique du CN ou auprès de votre bureau administratif.

a) Si vous désirez coordonner vos dépenses d'assurance-maladie complémentaire avec votre CDSS, veuillez indiquer votre intention en cochant la case sous la question cinq de la section 2 de la demande de règlement générale.

b) Si vous désirez utiliser votre CDSS pour le remboursement de toutes autres dépenses (incluant dentaires), veuillez compléter la demande de règlement de CDSS.

Veillez prendre note que vous pouvez obtenir la balance de votre CDSS en tout temps du site de Green Shield, une fois que vous avez complété votre adhésion en ligne.

Pour des demandes de règlement additionnelles, vous pouvez les contacter sans frais au 1-888-711-1119.

NOTA: Green Shield Canada doit recevoir votre demande de règlement au plus tard 90 jours après la fin de l'année civile au cours de laquelle vous avez engagé les frais.

Vous ne devez présenter une demande de règlement qu'après avoir accumulé des reçus pour des frais dont le total dépasse le montant de la franchise annuelle.

Le remboursement des frais engagés pour des médicaments sur ordonnance, des soins de la vue et des soins médicaux extraordinaires vous sera envoyé directement ou fera l'objet d'un virement automatique.

Le remboursement des frais hospitaliers sera envoyé directement à l'hôpital ou à vous-même, selon les dispositions que vous avez prises avec l'hôpital.

Pour bénéficier du virement automatique ou des autres services offerts aux participants du régime, vous devez vous inscrire sur le site Web de Green Shield Canada (www.greenshield.ca) pour toute votre couverture.

Pour de plus amples renseignements sur la couverture médicaments sur ordonnance, veuillez communiquer avec Green Shield Canada par téléphone au 1 888 711-1119.

Traitement rapide de votre demande de règlement

Avez-vous répondu à toutes les questions figurant sur la demande de règlement?

Avez-vous signé la demande de règlement?

Avez-vous annexé tous les reçus nécessaires?

Dans l'affirmative, vous aiderez Green Shield Canada à accélérer le traitement de votre demande ainsi que l'envoi de votre remboursement.

REMBOURSEMENT DES PRIMES

Si vous êtes l'objet d'une mise à pied ou si vous prenez un congé au cours duquel la Compagnie ne maintient pas en vigueur votre garantie en exonération des primes, vous pouvez la maintenir en signant et en retournant l'*Entente de paiement des primes* disponible dans la brochure *Maintien des avantages sociaux durant un congé*.

Vous pouvez vous procurer cette brochure auprès de votre groupe Gestion de la main-d'oeuvre au numéro 1 800 220-2745 ou sur le portail électronique du CN.

LITIGES

Vous devez remplir les demandes de règlement et fournir la preuve des frais engagés selon les exigences de Green Shield Canada.

Si une demande de règlement vous est entièrement ou partiellement refusée, on vous communiquera par écrit les motifs du rejet et des précisions sur les documents complémentaires requis à l'appui de votre demande.

Vous disposez de 60 jours civils à partir de la date du refus pour le contester.

Si l'objet du refus concerne des frais particuliers, vous devez faire parvenir les documents nécessaires au Bureau des règlements de Green Shield pour étude.

Si l'objet du refus est l'admissibilité à l'assurance, veuillez communiquer avec le groupe d'Administration des avantages sociaux au numéro 1 800 363-6060, et suivez les instructions.

S'ils ne peuvent résoudre la question dans un délai de 60 jours, vous pouvez demander que la Compagnie et les dirigeants syndicaux soumettent votre cas au Comité administratif des avantages sociaux du CN pour étude.

CHEMIN DE FER ET SYNDICAT SIGNATAIRES

Chemin de fer signataire

Compagnie des chemins de fer nationaux du Canada

Syndicat signataire

Syndicat des Métallos Unis, section local 2004 (MU)