

Régime de soins de santé

Vous avez le choix entre trois modules de soins de santé, chacun offrant différents niveaux de couverture de soins médicaux et dentaires. Ainsi, vous pouvez choisir la couverture qui répond le mieux à vos besoins.

Module A : comprend la couverture médicale de base et une franchise annuelle de 1 000 \$ par personne (ne comprend aucune couverture dentaire). La cotisation est prise en charge par l'entreprise.

Modules B et C : assurance soins de santé complète sans franchise, y compris les soins de la vue, les services paramédicaux et les soins dentaires. Vous devez assumer une partie de la cotisation à cette assurance.

Le tableau à la page suivante fournit des précisions sur la couverture de chaque module.

Certains médicaments d'ordonnance soumis à une autorisation préalable

Pour limiter les coûts, notre régime de soins médicaux couvre le médicament d'ordonnance de remplacement le moins coûteux, très souvent un médicament générique. En outre, certains médicaments d'ordonnance coûteux nécessitent une autorisation préalable (préapprobation) avant que l'ordonnance puisse être exécutée. Cette étape de préapprobation vise certains médicaments et thérapies biologiques qui ont été sélectionnés en fonction du coût et des critères médicaux.

Si votre médecin recommande un médicament nécessitant une autorisation préalable, communiquez avec la Financière Sun Life et présentez un formulaire de demande d'autorisation préalable avant d'exécuter l'ordonnance. La Sun Life vous répondra par écrit dans les cinq jours ouvrables. Si votre demande est approuvée, les coûts du médicament seront remboursés selon les modalités de votre module de soins de santé. Si la Sun Life refuse votre demande, vous pourrez tout de même obtenir le médicament, mais il ne sera pas remboursé par le régime.

Une autorisation préalable est exigée pour certains médicaments (mais pas tous) utilisés pour traiter certaines maladies inflammatoires, l'asthme, des maladies du sang, le cancer (médicament oral), les anomalies du cholestérol, le diabète, les maladies du cœur, l'hépatite, le VIH, le lupus, la sclérose en plaques, les troubles musculaires et nerveux, l'ostéoporose, l'hypertension artérielle pulmonaire et certaines maladies rares. Les thérapies utilisées pour traiter des affections comme l'arthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn, le rhumatisme psoriasique, la spondylarthrite ankylosante et le psoriasis en plaques sont également soumises à une autorisation préalable.

Consultez la [liste des médicaments soumis à une autorisation préalable et les formulaires connexes](#).

Régime de soins de santé	Module A <i>AECOM prend en charge la totalité de la cotisation au régime</i>	Module B <i>Vous partagez la cotisation au régime avec AECOM</i>	Module C <i>Vous partagez la cotisation au régime avec AECOM</i>
Régime de soins médicaux			
Franchise (montant que vous devez déboursier avant que le régime ne contribue)	1 000 \$ par personne, par année (ne s'applique pas à l'assurance médicale d'urgence en dehors de la province ou du pays ni au service d'assistance voyage)	Aucune franchise	Aucune franchise
Médicaments d'ordonnance (substitution par des médicaments génériques obligatoire); jusqu'à concurrence d'une prestation maximale à vie de 10 000 \$ pour les médicaments pour traiter l'infertilité admissibles	Une fois la franchise payée : <ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 100 % • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 80 % • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$ • Contribution personnelle limitée à 10 000 \$ par famille et par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 90 % • Frais d'exécution d'ordonnance limités à 10 \$ • Contribution personnelle limitée à 10 000 \$ par famille et par année
Soins de la vue	Aucune couverture	Remboursement de 80 % des dépenses admissibles (lunettes, verres de contact, chirurgie), jusqu'à concurrence de 250 \$ par personne tous les 24 mois; remboursement de 80 % pour les verres de contact visant à traiter certaines affections médicales, jusqu'à concurrence d'une prestation maximale à vie de 150 \$ par personne	Remboursement de 90 % des dépenses admissibles (lunettes, verres de contact, chirurgie), jusqu'à concurrence de 350 \$ par personne tous les 24 mois; remboursement de 90 % pour les verres de contact visant à traiter certaines affections médicales, jusqu'à concurrence d'une prestation maximale à vie de 150 \$ par personne
Examens de la vue (si non couverts par votre régime provincial)	Une fois la franchise payée : Remboursement de 100 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 85 \$ par personne tous les deux ans
Prothèses auditives	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 450 \$ par personne tous les cinq ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 550 \$ par personne tous les cinq ans
Services paramédicaux*	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 500 \$ par praticien, par personne et par année, sauf pour les professionnels de la santé mentale (maximum de 1 000 \$)	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 700 \$ par praticien, par personne et par année, sauf pour les professionnels de la santé mentale (maximum de 1 500 \$)
Orthèses	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne tous les trois ans	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 400 \$ par personne tous les trois ans
Chaussures orthopédiques	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne et par année	Remboursement de 90 % jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne et par année
Hospitalisation	Une fois la franchise payée : <ul style="list-style-type: none"> • Chambre à deux lits • Remboursement de 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Chambre à deux lits • Remboursement de 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> • Chambre à deux lits • Remboursement de 100 %
Équipements médicaux et services d'ambulance	Une fois la franchise payée : Remboursement de 100 %	Remboursement de 80 %	Remboursement de 90 %
Aide médicale d'urgence hors province ou hors pays	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins • Prestation maximale à vie de 1 000 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins • Prestation maximale à vie de 1 000 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement de 100 % pour des voyages de 180 jours ou moins • Prestation maximale à vie de 1 000 000 \$
Régime de soins dentaires			
Soins de base (diagnostic, soins préventifs et de restauration, endodontie)	Aucune couverture	Remboursement de 80 % jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs	Remboursement de 100 % jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs
Soins majeurs (ponts, couronnes, dentiers, parodontie)	Aucune couverture	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs	Remboursement de 50 % jusqu'à concurrence de 2 500 \$ par personne et par année pour la combinaison des soins de base et majeurs
Orthodontie (pour les enfants de 19 ans ou moins)	Aucune couverture	Remboursement de 50 %; prestation maximale viagère de 2 000 \$ par personne	Remboursement de 50 %; prestation maximale viagère de 2 500 \$ par personne
Fréquence des examens de suivi	Aucune couverture	Tous les neuf mois pour les adultes et tous les six mois pour les enfants	Tous les six mois pour les enfants et les adultes
Comptes de dépenses			
Compte gestion-santé ou compte de dépenses personnel (la prestation peut être divisée entre les deux comptes)**	175 \$ par année (employé + 1 personne à charge ou employé + 2 personnes à charge ou plus) 150 \$ par année (employé seulement)	175 \$ par année (employé + 1 personne à charge ou employé + 2 personnes à charge ou plus) 150 \$ par année (employé seulement)	175 \$ par année (employé + 1 personne à charge ou employé + 2 personnes à charge ou plus) 150 \$ par année (employé seulement)

* Les services paramédicaux comprennent la chiropractie, l'ostéopathie, l'orthophonie, la podiatrie, la massothérapie, la diététique, l'acupuncture, la naturopathie, la physiothérapie, les services de santé mentale (psychologie, travail social, psychothérapie, thérapie de couple et familiale, psychanalyse et conseil clinique). Les praticiens doivent être titulaires d'un permis de pratique provincial.

** Les sommes versées dans votre compte gestion-santé ou votre compte de dépenses personnel ne peuvent être transférées d'un compte à l'autre par la suite. Le montant du compte de dépenses est calculé au prorata à partir de la date d'embauche des nouveaux employés.

Choisir votre module de soins de santé

En choisissant votre module de soins de santé, tenez compte de ce qui suit :

Module A :

- AECOM assume la totalité des coûts.
- Le régime comprend l'aide médicale d'urgence hors pays pour des voyages de 180 jours ou moins.
- Il comprend l'hospitalisation dans une chambre à deux lits (une fois la franchise payée).
- Il prend en charge le coût des médicaments d'ordonnance et des examens de la vue seulement si vous avez payé la franchise annuelle de 1 000 \$.
- Il ne comprend aucune assurance dentaire.
- Ce module s'adresse aux personnes dont les frais de soins de santé sont habituellement peu élevés ou dont le conjoint possède une assurance collective qui leur donne accès à une couverture de soins de santé et leur permet de coordonner les prestations afin de réduire les coûts (voir la [page 4](#)).

Modules B et C :

- Vous partagez les coûts avec AECOM, qui en paie la majeure partie.
- Les deux modules couvrent un large éventail de frais médicaux et dentaires, y compris les soins de la vue et les services paramédicaux.
- Ces services ne comprennent aucune franchise.
- Le coût dépend du module que vous choisissez et de la couverture souhaitée (employé seulement, employé + 1 personne à charge, employé + 2 personnes à charge ou plus).
- Le module C est plus coûteux, car il offre une meilleure couverture pour de nombreux services, une limite de contribution moins élevée et d'autres améliorations.

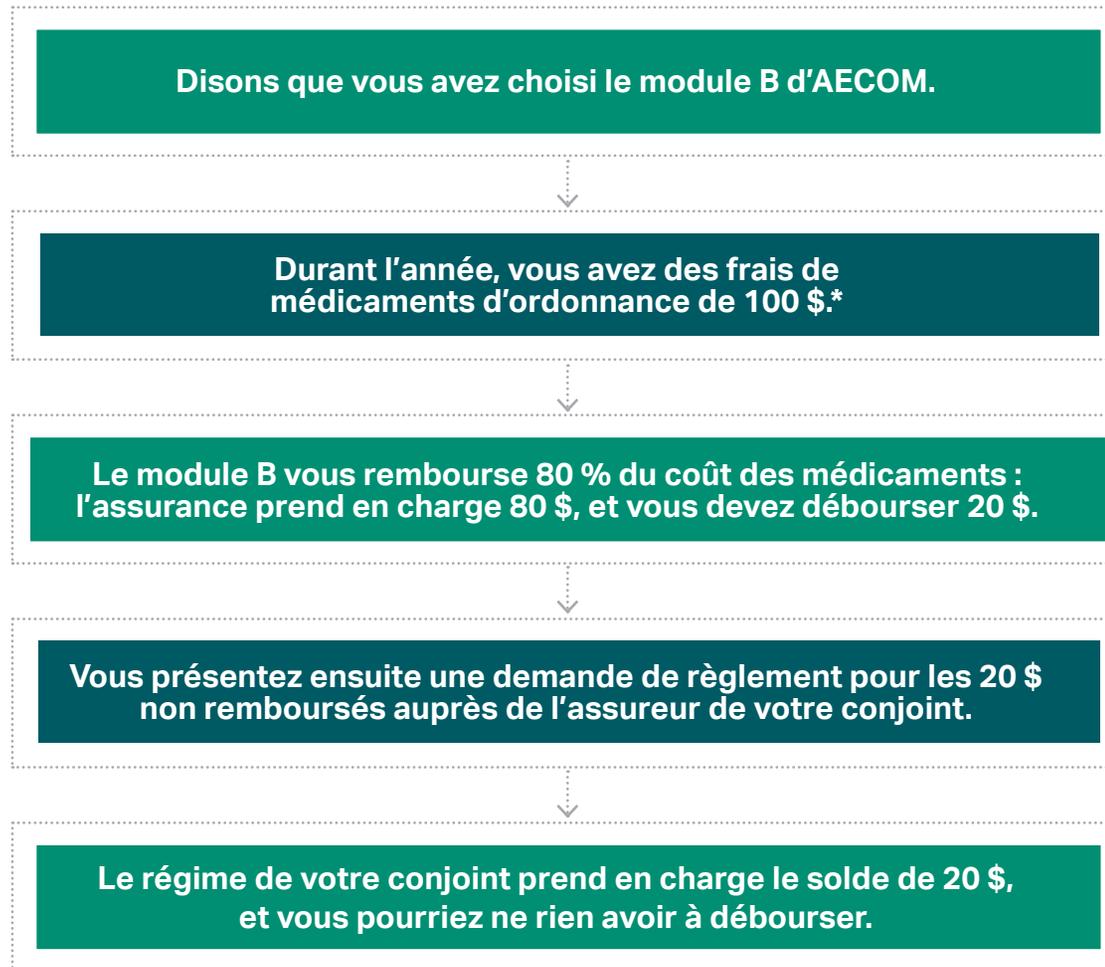
Cinq étapes pour prendre votre décision :

- 1. Calculez ce que vous déboursez pour des produits tels que les médicaments d'ordonnance, les services paramédicaux et les soins dentaires.** Vous pouvez consulter l'historique de vos demandes de règlement sur le site Web de la Sun Life, au [masunlife.ca/aecom](https://www.masunlife.ca/aecom).
- 2. Estimez vos dépenses pour l'année prochaine.** Quelques-unes de vos dépenses resteront stables d'une année à l'autre, mais il se peut que vous ayez aussi des dépenses ponctuelles. Vous pourriez, par exemple, avoir besoin de soins dentaires majeurs, ou l'un de vos enfants pourrait avoir besoin d'un appareil orthodontique. Seuls les modules B et C couvrent ces frais.
- 3. Examinez la couverture fournie par chacun des modules et déterminez la pertinence de conserver votre module actuel ou d'apporter des changements.** Quel module offre la meilleure couverture pour le genre de dépenses prévues?
- 4. Tenez compte du coût de chaque module.** Si vous hésitez entre les modules B et C, calculez s'il est avantageux de payer un peu plus, au moyen de retenues à la source, pour bénéficier de la couverture supplémentaire offerte par le module C.
- 5. Si vous bénéficiez d'une couverture en vertu du régime d'assurance collective de votre conjoint, tenez-en compte.** Examinez le type de couverture offert par ce régime, et son prix. Si la couverture est suffisante, vous pouvez envisager le module A, dont la cotisation est entièrement prise en charge par AECOM.

Une fois que vous aurez choisi votre régime d'assurance collective, celui-ci restera en vigueur toute l'année. Vous ne pourrez pas modifier vos choix avant la prochaine période d'adhésion à l'assurance collective, à moins qu'un événement marquant admissible change votre situation.

Coordination avec le régime de votre conjoint

La coordination de votre assurance collective avec le régime d'assurance maladie de votre conjoint est une excellente façon de tirer le maximum des deux régimes. En coordonnant vos prestations, vous et votre conjoint pourriez vous faire rembourser jusqu'à 100 % de vos dépenses admissibles sans recourir à votre CGS. Pour ce faire, vous devez tous les deux adhérer au régime d'assurance de l'autre, tout comme vos enfants à charge. Voici ce qu'il faut faire :



* Montant équivalant aux frais raisonnables et courants.

Si les dépenses concernent vos enfants à charge, envoyez la demande d'abord à l'assureur du conjoint dont le mois d'anniversaire vient en premier. Si les deux conjoints sont nés le même mois, la demande de règlement doit être envoyée par celui dont la date de naissance est la première. Ensuite, réclamez le solde auprès de l'assureur de l'autre conjoint.

Ouvrez une session à masunlife.ca/aecom pour consulter les lignes directrices et les exemples de coordination des garanties.