

Régime d'avantages sociaux du Groupe PHC

Avantages	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine
Vie et Mutilation Accidentelle (AD&D) <i>(membre seulement, sans couverture pour les personnes à charge)</i>					
Montant de la couverture	25 000 \$	25 000 \$	25 000 \$	25 000 \$	25 000 \$
Réduction	50 % à 65 ans	50 % à 65 ans	50 % à 65 ans	50 % à 65 ans	50 % à 65 ans
Fin de couverture	70 ans	70 ans	70 ans	70 ans	70 ans
Assurance Maladie Complémentaire <i>(Les limites annuelles sont par année civile et par personne assurée.)</i>					
Médicaments					
Remboursement	70%	70%	80%	80%	90%
Maximum par année	500 \$	1 000 \$	2 500 \$	5 000 \$	5 000 \$
Services paramédicaux <i>Acupuncteur, Audiologiste, Podiatre, Chiropraticien, Diététicien, Massothérapeute, Naturopathe, Ergothérapeute, Ostéopathe, Physiothérapeute, Psychologue/Psychothérapeute/Travailleur social, Orthophoniste</i>					
Remboursement	70%	70%	80%	80%	90%
Par praticien	250 \$ par an	300 \$ par an	400 \$ par an	500 \$ par an	600 \$ par an
Limite combinée	750 \$ par an	750 \$ par an	1 000 \$ par an	1 250 \$ par an	1 500 \$ par an
Équipement médical, services et fournitures <i>(Assujettis aux plafonds établis dans le livret d'avantages.)</i>					
Remboursement	70%	70%	80%	80%	90%
Hôpital					
Remboursement	Non couvert	Non couvert	Semi-privée	Semi-privée	Semi-privée
	N/A	N/A	100%	100%	100%
Soins médicaux d'urgence hors province <i>(Un maximum de 180 jours par voyage)</i>					
Remboursement	100%	100%	100%	100%	100%
Maximum à vie	5 000 000 \$	5 000 000 \$	5 000 000 \$	5 000 000 \$	5 000 000 \$
Annulation de voyage	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
Examens de la vue					
Remboursement	100%	100%	100%	100%	100%
Limite Par Examen	75 \$	75 \$	75 \$	75 \$	75 \$
Limite Par Adulte	1 chaque 24 mois	1 chaque 24 mois	1 chaque 24 mois	1 chaque 24 mois	1 chaque 24 mois
Limite Par Enfant	1 chaque 12 mois	1 chaque 12 mois	1 chaque 12 mois	1 chaque 12 mois	1 chaque 12 mois
Soins de la vue <i>(lunettes prescrites / lentilles cornéennes / chirurgie oculaire au laser)</i>					
Remboursement	Non couverts	Non couverts	100%	100%	100%
Limite	N/A	N/A	200 \$	250 \$	250 \$
Adulte	N/A	N/A	1 chaque 24 mois	1 chaque 24 mois	1 chaque 24 mois
Enfant à charge	N/A	N/A	1 chaque 12 mois	1 chaque 12 mois	1 chaque 12 mois
Soins dentaires <i>(Inclut parodontie et endodontie ; limites annuelles par année civile; fin de couverture à 75 ans)</i>					
Remboursement de base	70%	70%	80%	80%	90%
Remboursement majeur	Non couvert	Non couvert	Non couvert	50%	50%
Maximum par personne	500 \$ par an	750 \$ par an	1 000 \$ par an	1 250 \$ par an	1 500 \$ par an
Maximum par famille	1 500 \$ par an	2 250 \$ par an	3 000 \$ par an	3 750 \$ par an	4 500 \$ par an
Examens de rappel	Au 9 mois	Au 9 mois	Au 9 mois	Au 9 mois	Au 9 mois
Détartrage (unités/an)	8 unités	8 unités	8 unités	8 unités	8 unités

Régime d'avantages sociaux du Groupe PHC

Tarifs mensuels

Province	Couverture	Cuivre	Bronze	Argent	Or	Platine
Terre-Neuve-et-Labrador	Célibataire	70,49 \$	96,63 \$	139,15 \$	157,82 \$	192,93 \$
	Famille	176,79 \$	251,02 \$	367,58 \$	421,49 \$	519,16 \$
Provinces Atlantiques (NB, NE, ÎPÉ)	Célibataire	78,46 \$	107,84 \$	153,35 \$	172,99 \$	209,49 \$
	Famille	200,47 \$	284,24 \$	409,09 \$	465,47 \$	567,22 \$
Ontario	Célibataire	85,03 \$	117,09 \$	165,06 \$	185,51 \$	223,20 \$
	Famille	219,99 \$	311,62 \$	443,34 \$	501,78 \$	606,96 \$
Manitoba / Saskatchewan	Célibataire	64,98 \$	87,86 \$	122,77 \$	137,76 \$	165,52 \$
	Famille	161,88 \$	227,15 \$	322,96 \$	365,92 \$	443,34 \$
Alberta	Célibataire	83,60 \$	115,07 \$	162,50 \$	182,77 \$	220,19 \$
	Famille	215,74 \$	305,65 \$	435,86 \$	493,84 \$	598,25 \$
Colombie-Britannique	Célibataire	74,84 \$	101,54 \$	139,14 \$	154,78 \$	183,14 \$
	Famille	191,45 \$	268,07 \$	371,44 \$	415,79 \$	495,14 \$

Tous les tarifs incluent la couverture des garanties obligatoires (Assurance Vie, AD&D, Soins de santé complémentaires, Soins dentaires) et excluent les taxes applicables.

Régime d'avantages sociaux du Groupe PHC

Avantages Optionnels

Maladie Grave	
Montant de la couverture	10 000 \$
Nombre de Pathologies couvertes	31 pour les membres, 18 pour les conjoints
Limitation générale	Diagnostic postérieur à la date d'effet
Condition préexistante	Dans les 24 mois précédant la date d'effet
Fin de couverture	70 ans
Indemnité Hebdomadaire (<i>membre seulement, pas de couverture pour les personnes à charge</i>)	
Formule	66,67 % du revenu hebdomadaire
Maximum	1 200 \$
Maximum Sans preuve médicale	600 \$
Début des prestations	1er jour lors d'une blessure ou 8e jour lors d'une maladie
Durée	Maximum 17 semaines
Fin de couverture	70 ans
Invalidité de Long Terme (<i>membre seulement, pas de couverture pour les personnes à charge</i>)	
Formule	Non imposable 66,67 % des premiers 2 500 \$ / mois, 50 % des 4 000 \$ suivants, 40 % du reste. La prime doit être payée à 100 % par le membre pour que la prestation soit non imposable Ou Imposable 66,67 % du revenu mensuel
Maximum	7 500 \$
Maximum Sans preuve médicale	1 500 \$
Début des prestations	À partir du 120e jour suivant la blessure ou la maladie
Durée	Maximum de 5 ans, jusqu'à 65 ans
Définition d'invalidité	24 mois Propre Profession
Fin de couverture	65 ans moins 120 jours

	Maladie Grave	Indemnité Hebdomadaire	Invalidité Long Terme
Tarifs Mensuels	6,91 \$	0,67 \$ par 10 \$ de prestation	2,82 \$ par 100 \$ de prestation

Veillez noter:

- Les avantages optionnels sont choisis au niveau de l'entreprise : tous les membres doivent y souscrire.
- Les avantages optionnels sont les mêmes pour tous les niveaux de régime (Cuivre, Bronze, Argent, Or, et Platine).
- Une preuve médicale est requise pour les groupes de 1 à 2 personnes (pour adhésion au régime MPC et pour les avantages optionnels).