



Guide de sélection du régime BC Avantages

CHOISIR LA COUVERTURE QUI VOUS CONVIENT.

Le régime BC Avantages est un programme d'avantages sociaux flexibles qui vous offre la possibilité de choisir les garanties qui répondent à vos besoins particuliers et à votre situation personnelle.

Tous les deux ans, vous avez l'occasion de mettre vos choix à jour pour faire en sorte que votre couverture continue de répondre à vos besoins.

COMMENT UTILISER CE GUIDE

Ce guide est conçu pour vous aider à prendre une décision éclairée à l'égard de la couverture dont vous aurez besoin au cours des deux prochaines années et à y intégrer aussi une certaine flexibilité pour les moments imprévus de la vie.

COMMENCEZ ICI ▼

Aperçu du régime
BC Avantages

2

Adhérer pour la
première fois, et
pendant la période
d'adhésion
bisannuelle

3

Choisir l'option de
soins de santé et de
soins dentaires qui
vous convient

5

La flexibilité offerte
par un Compte de
gestion des
dépenses santé
(CGDS)

9

Assurances
facultatives

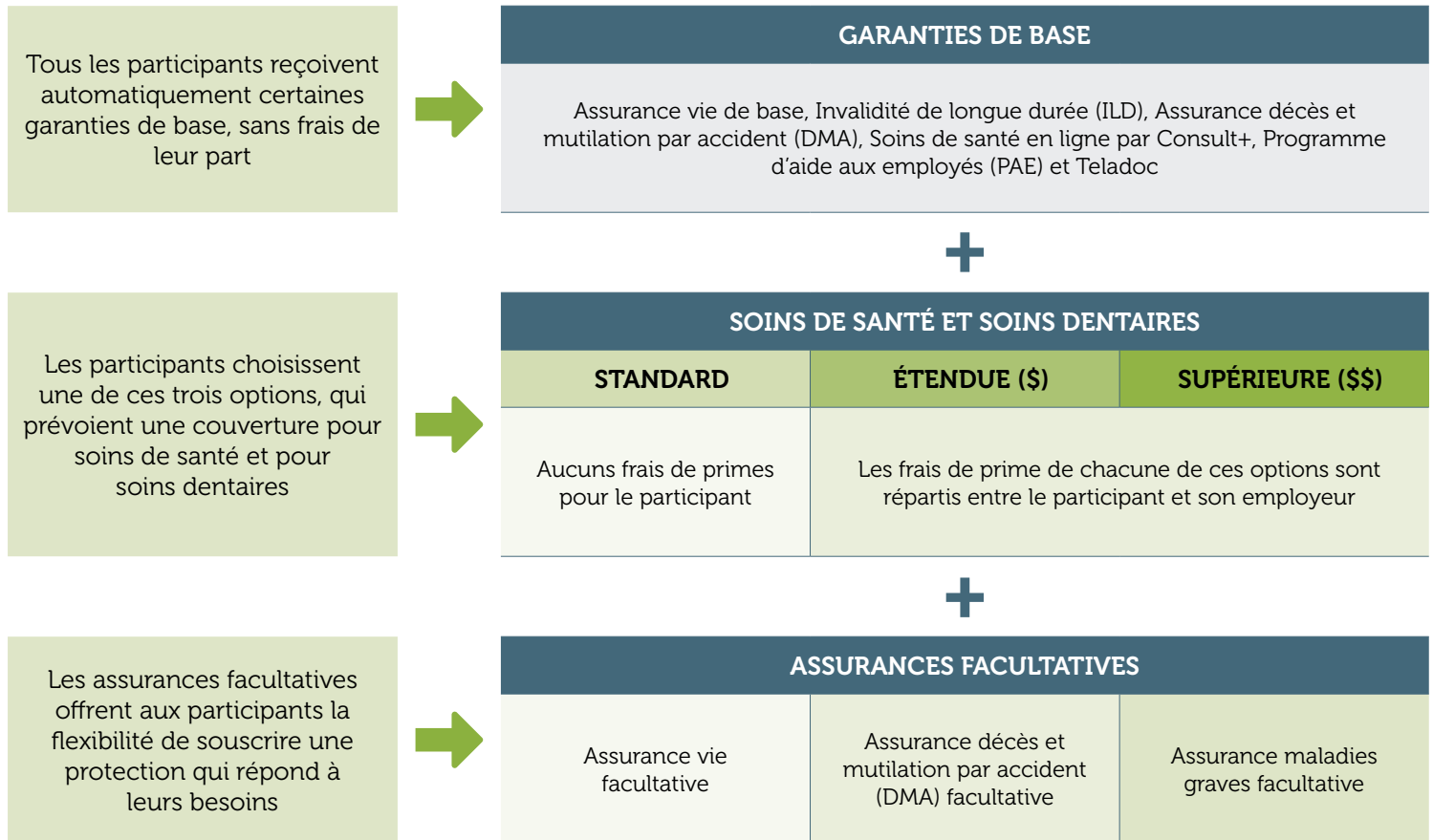
10

VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU DÉSIREZ OBTENIR DES RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS?

Consultez le [site Web du régime BC Avantages](http://www.cbbenefits.ca) chaque fois que vous avez des questions ou que vous désirez obtenir des renseignements additionnels au sujet du programme – www.cbbenefits.ca.

Sur la page [Contactez-nous](#), vous trouverez les renseignements nécessaires pour communiquer avec les personnes appropriées afin d'obtenir une réponse rapide à vos questions.

Aperçu du régime BC Avantages



DEUX TERMES IMPORTANTS

PÉRIODE D'ASSURANCE

Le programme d'avantages sociaux flexibles s'échelonne sur des cycles de deux ans, à compter du 1^{er} janvier de chaque année paire. Les choix que vous effectuez lors de votre adhésion — tels que les garanties pour soins de santé ou pour soins dentaires ou les assurances facultatives — restent en vigueur jusqu'à la période d'adhésion bisannuelle qui a lieu deux ans plus tard. Par exemple, si vous avez adhéré au régime le 10 juin 2024, vos choix demeureront en vigueur jusqu'au 1^{er} janvier 2026.

Vous pouvez seulement faire des choix en cours de cycle si vous vivez un événement admissible (ex. : mariage, séparation/divorce, naissance d'un enfant, début d'autonomie de votre dernier enfant ou changement majeur de votre revenu).

ANNÉE D'ASSURANCE DU RÉGIME BC AVANTAGES

L'année d'assurance du régime BC Avantages a cours du 1^{er} janvier au 31 décembre. Les taux de prime font l'objet d'un examen chaque année pour confirmer qu'ils reflètent adéquatement les coûts croissants des soins de santé, l'évolution des caractéristiques démographiques des participants et l'utilisation du régime. Cet examen contribue à faire en sorte que le régime BC Avantages demeure tant abordable que viable à long terme.

LES COÛTS DE LA COUVERTURE (AUSSI APPELÉS « PRIMES »)

Votre employeur cotise le même montant au régime BC Avantages, indépendamment de vos choix de garanties.

Vous pourriez être appelé à partager les frais de primes avec lui si vous choisissez l'option de soins de santé et de soins dentaires ÉTENDUE ou SUPÉRIEURE. Toutes les primes payables en vertu de ce partage des coûts et pour les assurances facultatives que vous souscrivez sont décrites (inclusion faite de la taxe de vente provinciale exigible) dans la [Fiche de taux](#) (accessible dans le site www.cbbenefits.ca). Celle-ci est mise à jour tous les ans, au besoin.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE : LE FORMULAIRE DU RÉGIME BC AVANTAGES

Un formulaire de médicaments désigne la liste de médicaments sur ordonnance qui sont couverts par un régime.

Le régime BC Avantages utilise le **Formulaire national**, qui fait l'objet d'un usage répandu et couvre environ 85 % des médicaments les plus souvent prescrits (de marque et génériques) au Canada.

Le Formulaire national est examiné et mis à jour régulièrement par une équipe de pharmaciens et d'experts médicaux d'un bout à l'autre du Canada. Bien que certains médicaments prescrits n'y figurent pas, son objectif consiste à faire en sorte que, dans la mesure du possible, le médicament le plus efficace pour un état de santé donné soit couvert, au coût le plus raisonnable.

Dites à votre médecin que le régime BC Avantages se base sur le Formulaire national. La majorité des médecins sont au courant des formulaires et sont susceptibles de prescrire un traitement médicamenteux admissible en vertu d'un formulaire si celui-ci représente la meilleure ligne de conduite pour vous. Vous pouvez aussi utiliser l'outil de recherche de la Canada Vie (accessible dans le site Web et dans l'appli Ma Canada Vie au travail) pour déterminer si un médicament prescrit fait partie du formulaire.

Adhérer pour la première fois (et pendant la période d'adhésion bisannuelle)

1^{re} ÉTAPE : Lisez les renseignements relatifs au programme et préparez-vous à y adhérer (ou à renouveler votre adhésion)

Lisez la documentation et les ressources avant d'adhérer au programme pour la première fois, puis faites-le de nouveau vers la fin de la période d'assurance de deux ans afin de prendre en toute confiance des décisions au sujet de vos choix de couvertures.

Pour vous aider à prendre des décisions éclairées, examinez ces trois premiers documents ensemble.

Vous pouvez facilement le faire en ouvrant chacun d'entre eux dans une nouvelle fenêtre de navigation et en les conservant côte à côte afin de pouvoir les consulter au besoin....

- **Le régime en un coup d'œil** – Cet aperçu complet du programme fait état des pourcentages de remboursement, des paiements maximaux et de détails sur les assurances facultatives
- **Guide de sélection** – Ce document fait état des principaux facteurs à prendre en considération pour prendre des décisions éclairées au sujet des options de soins de santé et de soins dentaires, ainsi que des assurances facultatives que vous décidez de souscrire, le cas échéant
- **Fiche de taux** – Ce document fait état des taux de primes pour toutes les couvertures qui sont aux frais des participants
- **Guide détaillé sur les avantages sociaux** – Brochure de la Canada Vie qui renferme des renseignements détaillés sur les couvertures, dont les limites et les exclusions

1^{re} ÉTAPE (suite)

Formulaires requis ...

- **Formulaire de choix** – remplissez ce formulaire au moment d'adhérer au régime pour la première fois, et lors de la période d'adhésion bisannuelle
- **Formulaire de désignation de bénéficiaire**

Autres ressources utiles ...

- [BC Avantages : Votre guide pour la santé et le bien-être](#)
- [Votre situation a-t-elle changé? \(en anglais seulement\)](#)
- **Ma Canada Vie au travail**

Si vous adhérez au programme pour la première fois, votre compte ne sera pas encore établi auprès de la Canada Vie. Cela dit, si vous vous préparez en vue de la période d'adhésion bisannuelle, vous devriez accéder à votre compte dans [Ma Canada Vie au travail](#) et jetez un coup d'œil à l'historique de vos demandes de règlement pour les deux dernières années (constatez pourquoi à la [page 5](#)).

2^e ÉTAPE : Répondez aux cinq questions à la [page 5](#) et déterminez si la décision de renoncer aux couvertures pour soins de santé et soins dentaires est avisée dans votre cas

Si vous détenez une couverture comparable (par exemple, en vertu du régime de votre conjoint), vous pouvez renoncer à la couverture pour soins de santé et pour soins dentaires, pourvu que vous remplissiez la section 3, « Renonciation à la garantie de soins médicaux et de soins dentaires » du Formulaire de choix.

3^e ÉTAPE : Faites vos choix

Utilisez le *Formulaire de choix – Sélection des avantages sociaux* (formulaire d'adhésion).

Votre couverture et votre part des coûts applicables (si vous choisissez l'option de soins de santé et de soins dentaires **ÉTENDUE** ou **SUPÉRIEURE**) seront déterminées en fonction de la [situation de famille](#) que vous sélectionnez :

- Participant seulement = Vous
- Participant + 1 personne = Vous + votre conjoint ou un enfant à charge
- Participant + 2 personnes ou plus = Vous + votre conjoint et/ou vos enfants à charge

Ensuite, sélectionnez une option de soins de santé et de soins dentaires.

Enfin, indiquez les montants d'assurance facultative que vous désirez souscrire, le cas échéant :

Pour souscrire une assurance vie facultative ou une assurance maladies graves facultative, ouvrez une session dans votre compte de Ma Canada Vie au travail et adhérez à l'assurance voulue au moyen de l'outil d'adhésion en ligne du programme Liberté de choisir. Vous trouverez plus de détails à la [page 10](#).

Remplissez en entier le Formulaire de choix en ligne, en format PDF, signez et datez-le, puis envoyez-le par courriel à benefits@cbbenefits.ca.

4^e ÉTAPE : Désignez un ou des bénéficiaires.

Si vous adhérez au programme pour la première fois :

- Vous devrez désigner un ou des bénéficiaires pour votre assurance vie de base et votre assurance DMA de base.

En vue de la période d'adhésion bisannuelle, c'est toujours une bonne idée d'examiner vos désignations de bénéficiaire sur le site Web de la Canada Vie afin de pouvoir y apporter les modifications nécessaires pendant cette période.

Remplissez toutes les sections applicables du [Formulaire de désignation de bénéficiaire](#), en prenant soin de le signer et de le dater une fois rempli.

Envoyez-le par courriel à benefits@cbbenefits.ca.

Choisir l'option de soins de santé et de soins dentaires qui vous convient

En général, les gens ont tendance à surestimer le montant d'assurance dont ils ont besoin. En fait, c'est possible de choisir une couverture trop élevée, surtout si vous coordonnez vos prestations avec le régime de votre conjoint.

Voici cinq questions à vous poser pour vous aider à déterminer vos besoins en matière de soins de santé et de soins dentaires au cours des deux prochaines années.

1) Combien d'argent est-ce que je consacre généralement aux dépenses de soins de santé et de soins dentaires?

Le fait de comprendre la somme que vous consacrez généralement aux médicaments sur ordonnance, aux lunettes, aux nettoyages des dents et autres peut vous aider à évaluer le montant de couverture requis.

Vous pouvez prendre connaissance de vos demandes de règlement de la dernière année sur le site Web de [Ma Canada Vie au travail](#); n'oubliez pas de compiler aussi celles de votre conjoint et/ou de vos enfants à charge.

2) Prévoyez-vous certaines dépenses importantes?

Est-ce que vous, ou un membre de votre famille, s'attendez à une dépense importante d'ici un an ou deux, en vue de laquelle vous devriez planifier? Parmi les exemples, citons des médicaments coûteux, un traitement médical particulier ou même des appareils orthodontiques. Vous pouvez ajouter ces montants aux demandes de règlement typiques énumérées à la première question pour mieux prédire vos dépenses.

3) Qu'arriverait-il advenant une dépense imprévue?

Certes, vous pouvez compiler les dépenses attendues, mais vous ne pouvez pas prédire l'avenir. Alors, demandez-vous : si vous étiez confronté à une grosse dépense imprévue et que vous aviez choisi une option de couverture moins élevée, seriez-vous en mesure de payer le reste de votre poche?

Si vous êtes prêt, financièrement, à affronter l'imprévu, vous pourriez être en mesure de choisir une couverture moins élevée. Si vous préférez réduire les risques, vous devriez sans doute choisir une protection supérieure.

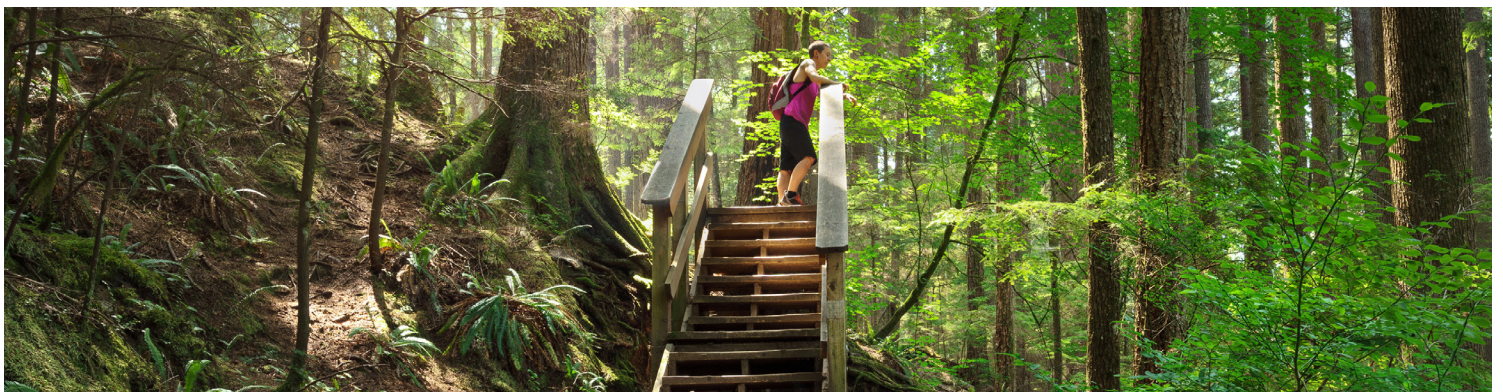
4) Qu'est-ce qui est important pour moi?

Chaque option de soins de santé et de soins dentaires comporte des niveaux de remboursement différents et couvre des garanties et des services différents. De plus, une d'entre elles (SUPÉRIEURE) n'offre pas la flexibilité d'un Compte de gestion des dépenses santé (CGDS), (puisque'un CGDS vous aiderait à régler des dépenses qui ne sont pas couvertes en vertu de l'option choisie).

Par exemple, si vous utilisez rarement des médicaments sur ordonnance et n'avez pas besoin de lunettes, mais que vous obtenez régulièrement des massages, vous pourriez choisir une option moins élevée pour les soins de santé et les soins dentaires et utiliser le CGDS pour vous aider à régler les coûts des massages additionnels, au-delà du maximum couvert en vertu de l'option en question.

5) Puis-je coordonner les prestations avec mon conjoint?

Si vous et votre conjoint détenez chacun un régime d'avantages sociaux, vous pouvez soumettre des demandes de règlement aux deux régimes. Cela pourrait vous permettre de choisir une option moins élevée; après tout, vous pouvez seulement obtenir un remboursement maximal de 100 % pour votre dépense, sans plus.



Voici quelques renseignements et exemples pour vous aider à mieux comprendre les options de soins de santé et de soins dentaires.

Assurez-vous de consulter le document *Le régime en un coup d'œil* (accessible dans le site www.cbbenefits.ca) pour comparer de façon détaillée la couverture offerte en vertu de chaque option.

STANDARD	
Description sommaire	Niveau de couverture qui offre aussi une certaine flexibilité au moyen d'un Compte de gestion des dépenses santé (CGDS); votre employeur paie entièrement les coûts applicables à cette couverture.
Points saillants	- Les médicaments figurant sur le formulaire national sont remboursés dans une proportion de 75 %. - Couverture standard des services paramédicaux, sous réserve des remboursements maximaux pour chaque praticien, ainsi que d'un maximum combiné pour tous les services. - Couverture pour soins dentaires de base. - Un montant est versé chaque année au CGDS en fonction de la situation de famille que vous avez choisie, ce qui vous offre, ainsi qu'à votre famille, la flexibilité nécessaire pour régler les frais liés à des services additionnels que vous prenez, ainsi que des dépenses admissibles qui ne sont pas autrement couvertes en vertu de l'option STANDARD.
Cette option pourrait vous convenir si...	- Vous avez des besoins négligeables, ou relativement faibles, en matière de soins de santé et de soins dentaires, ne vous attendez à aucune dépense importante au cours des deux prochaines années et n'êtes pas assuré en vertu d'un autre régime. - En tant que couple ou que famille, vous détenez deux régimes (par exemple, le régime de votre conjoint). - Vous recherchez la flexibilité nécessaire pour choisir un plus grand nombre des services qui vous importent et pour obtenir le remboursement (au moins partiel) de ces dépenses (cette option ne vous coûte rien).
Demandez-vous...	- Est-ce que l'option STANDARD m'offrira la couverture requise pour réduire au minimum le nombre de dépenses (et le montant) que je devrai payer de ma poche? - Puis-je faire appel au CGDS pour régler des dépenses qui dépassent les remboursements maximaux pour les dépenses qui ne sont pas couvertes en vertu de cette option, plutôt que de choisir une couverture plus élevée – comme l'option ÉTENDUE ou SUPÉRIEURE – et de devoir payer des primes mensuelles supérieures? - Est-ce que cette option me fournira (ainsi qu'à ma famille) une couverture suffisante en cas d'imprévu?

Exemple : Martine est mariée et a deux enfants; son conjoint détient un régime d'avantages sociaux d'employeur, lequel rembourse les dépenses couvertes dans une proportion de 80 % (ils doivent donc en payer 20 % de leur poche).

Au cours des deux prochaines années, Martine et son conjoint auront besoin de nouvelles lunettes d'ordonnance. De plus, Martine utilise régulièrement les services d'un massothérapeute agréé pour gérer son stress et se sentir bien et en santé.

Choix d'option : STANDARD, Participant + 2 ou plus

- Grâce à un dépôt annuel de 750 \$ dans son CGDS, Martine dispose de la flexibilité nécessaire pour payer la part de 20 % des dépenses de soins de la vue qui ne sont pas couvertes en vertu des deux régimes de la famille.
- Les dépenses de soins de la vue s'élèvent à 650 \$ pour Martine. Le régime de son conjoint en couvre 150 \$, et elle réclame le solde de 500 \$ par l'intermédiaire de son CGDS (puisque les soins de la vue sont exclus de l'option STANDARD). Il lui reste donc un solde de 250 \$ pour obtenir des services additionnels, comme des massages.
- Martine recevra un autre dépôt de 750 \$ dans son CGDS au début de l'année du régime suivante.

ÉTENDUE (\$)	
Description sommaire	Cette option offre un niveau de couverture étendu par rapport à l'option STANDARD, de même que la flexibilité d'un Compte de gestion des dépenses santé (CGDS); elle exige que vous partagiez les frais de primes avec votre employeur.
Points saillants	• Les médicaments figurant sur le formulaire national sont remboursés dans une proportion de 80 %. • La couverture pour services paramédicaux est la même que pour l'option STANDARD, sous réserve des remboursements maximaux étendus pour chaque praticien, ainsi que du maximum combiné plus élevé pour tous les services. • La couverture pour soins dentaires de base offre un remboursement de 80 %, sous réserve d'un maximum annuel étendu. • Le montant versé chaque année au CGDS, en fonction de la situation de famille que vous avez choisie, est moins élevé que celui applicable à l'option STANDARD, ce qui vous offre néanmoins la flexibilité nécessaire pour régler les frais liés aux services additionnels que vous prenez, ainsi que des dépenses admissibles qui ne sont pas autrement couvertes. • Vous partagez les frais de prime de cette option avec votre employeur.
Cette option pourrait vous convenir si...	• Vous n'avez pas accès à un autre régime, c'est-à-dire que vous opteriez pour la situation de famille « Participant » seulement; ou si vous êtes une famille à revenu unique. • En tant que couple ou de famille, vous n'êtes pas couverts en vertu d'un autre régime et présentez des besoins de faibles à moyen en matière de soins de santé et de soins dentaires. • Vous recherchez la sécurité d'une couverture plus conventionnelle, c'est-à-dire offrant des pourcentages de remboursement et des maximums plus élevés, mais aimeriez tout de même bénéficier d'une certaine flexibilité pour régler les frais liés aux services qui vous importent, ainsi que d'un petit coussin en cas d'imprévu (les coûts applicables à cette option sont modérés).
Demandez-vous...	• Est-ce que l'option ÉTENDUE m'offrira la couverture requise pour réduire au minimum le nombre de dépenses (et le montant) que je devrai payer de ma poche? • Est-ce que cette option me fournira (ainsi qu'à ma famille) une couverture suffisante en cas d'imprévu? • Est-ce que les primes mensuelles de l'option ÉTENDUE sont plus – ou moins – élevées que les dépenses de soins de santé et de soins dentaires que j'ai dû déboursier de ma poche l'an dernier et l'année précédente? (Si elles sont plus élevées, est-ce que l'option STANDARD pourrait mieux répondre à mes besoins?) • Est-ce que le dépôt versé chaque année dans le CGDS est suffisant pour régler les frais qui dépassent les maximums couverts en vertu de cette option, ou les dépenses qui ne sont pas couvertes du tout? Ou, est-ce plus économique de choisir une option de couverture plus élevée, même si je dois payer des primes mensuelles supérieures?

Exemple: Priya est célibataire et n'a accès à aucun autre régime. Elle recherche des niveaux de remboursement prévisibles pour ses dépenses habituelles, ainsi qu'une certaine flexibilité pour obtenir les services additionnels qu'elle prise (et les remboursements applicables).

Choix d'option : ÉTENDUE, Participant seulement

- À l'aide d'une couverture pour médicaments sur ordonnance (formulaire) et pour soins dentaires de 80 %, et des maximums annuels plus élevés que pour l'option STANDARD, Priya est en mesure de déboursier moins d'argent de sa poche pour des dépenses récurrentes, telles que celles liées aux médicaments sur ordonnance et aux examens dentaires.
- Quand elle soumet une facture dentaire plus élevée de 500 \$ (en raison de deux plombages), la somme de 400 \$ est remboursée, ce qui lui laisse un solde payable de 100 \$.
- Elle fait appel au CGDS pour couvrir le solde de sa facture dentaire, ainsi que pour l'aider à régler les honoraires applicables, au-delà des remboursements maximaux, à des séances de counseling avec un psychothérapeute.
- Priya recevra un autre dépôt dans son CGDS au début de l'année du régime suivante.

SUPÉRIEURE (\$\$)	
Description sommaire	Ce niveau de couverture est le plus complet par rapport aux options STANDARD et ÉTENDUE; il exige que vous partagiez les frais de primes avec votre employeur; aucun Compte de gestion des dépenses santé (CGDS) n'est offert.
Points saillants	• Les médicaments figurant sur le formulaire national sont remboursés dans une proportion de 90 %. • Remboursement de 90 % pour la liste intégrale de frais paramédicaux (deux praticiens de plus qu'en vertu des options STANDARD et ÉTENDUE), sous réserve des remboursements maximaux plus élevés pour chaque praticien, ainsi que d'un maximum combiné supérieur pour tous les services. • La couverture pour soins dentaires inclut les services de base et les services de restauration majeurs et d'orthodontie. • Aucun CGDS. • Vous partagez les primes de cette couverture avec votre employeur.
Cette option pourrait vous convenir si...	• Vous (ou un membre de votre famille) présentez des besoins connus en matière de soins de santé et/ou de soins dentaires – que ce soit maintenant ou au cours des deux prochaines années. • Vous, votre conjoint ou votre famille ne détenez aucune couverture additionnelle (ex. : comme le régime d'un conjoint). • Vous recherchez la sécurité de l'option de couverture la plus élevée (cette option est la plus coûteuse).
Demandez-vous...	• Compte tenu de mes dépenses connues pour les deux prochaines années, cette couverture sera-t-elle suffisante, ou excessive? • Est-ce que cette option m'offrira la couverture requise, tout en réduisant au minimum le montant que je devrai payer de ma poche? • Est-ce que les primes mensuelles sont plus – ou moins – élevées que les dépenses de soins de santé et de soins dentaires que j'ai dû déboursier de ma poche l'an dernier et l'année précédente? (Si elles sont plus élevées, est-ce que l'option ÉTENDUE pourrait mieux répondre à mes besoins, compte tenu du fait qu'elle me donnerait aussi accès à un CGDS pour contribuer au règlement de certaines dépenses?)
Exemple : Daniel est marié et a deux adolescents. Sa famille présente des besoins considérables en matière de soins de santé et de soins dentaires pour les deux prochaines années (et plus), dont un traitement orthodontique pour sa fille et des soins de physiothérapie réguliers pour sa conjointe. Daniel prise le caractère prévisible d'une couverture plus élevée et souhaite réduire au minimum ses débours personnels. Choix d'option : SUPÉRIEURE, Participant + 2 personnes ou plus • Grâce au remboursement de 90 % des médicaments sur ordonnance (formulaire) et à une couverture pour soins dentaires élargie (qui inclut les services de restauration majeurs et d'orthodontie), Daniel peut planifier en vue des dépenses habituelles et de celles qui sont plus considérables. • Quand il soumettra la facture pour soins orthodontiques de 6 000 \$ de sa fille, il recevra un remboursement de 5 400 \$, ce qui lui laissera un solde payable de 600 \$. • Les séances de physiothérapie de sa conjointe sont remboursées dans une proportion de 90 %, sous réserve des maximums annuels les plus élevés, ce qui facilite la gestion des coûts récurrents. • Bien que cette option exige les primes mensuelles les plus élevées, sans CGDS, elle offre à Daniel la sécurité de savoir que la majorité des dépenses prévues de sa famille seront couvertes, en contrepartie de débours personnels peu élevés.	

Nous vous encourageons à prendre le temps de vous familiariser avec chaque option et à faire un choix.

Si vous n'adhérez pas au régime et ne choisissez aucune option de soins de santé ou de soins dentaires, vous serez automatiquement inscrit à l'option STANDARD.

Vous n'aurez pas la possibilité de modifier ce choix avant la prochaine période d'adhésion bisannuelle.

La flexibilité offerte par un Compte de gestion des dépenses santé (CGDS)

Les options de soins de santé et de soins dentaires STANDARD et ÉTENDUE prévoient un CGDS, offert aux frais de l'employeur.

FONCTIONNEMENT

Les fonds affectés à un CGDS peuvent servir à régler un vaste éventail de frais admissibles en soins de santé ou soins dentaires qui ne sont pas couverts (que ce soit entièrement ou partiellement) en vertu des options STANDARD et ÉTENDUE.

Par exemple, bien que l'option STANDARD n'offre aucune couverture pour les soins de la vue, un CGDS pourrait vous aider à régler une partie de ces frais (peut-être même la totalité!). Il pourrait vous aider à payer pour un plus grand nombre de services paramédicaux ou, simplement, vous permettre d'avoir l'esprit tranquille, sachant que vous disposez d'un coussin en cas de dépenses imprévues.

Pour chaque année où vous participez à l'option STANDARD ou ÉTENDUE, votre employeur déposera des fonds dans votre CGDS individuel. Ce montant dépendra de l'option que vous choisirez et de la situation de famille sélectionnée lors de votre adhésion. Consultez « Le régime en un coup d'œil » pour connaître les montants exacts.

Si vous adhérez au régime pour la première fois et que vous le faites après le 1^{er} janvier de l'année en cours, la somme qui sera déposée dans votre CGDS sera déterminée au prorata en fonction de votre nombre de mois de participation au régime pendant l'année en question.

Au cours des années suivantes, le plein montant du dépôt sera affecté à votre CGDS le 1^{er} janvier de chaque année.

DÉPENSES ADMISSIBLES EN VERTU DU CGDS

Le CGDS couvre une foule de dépenses — telles que les chirurgies des yeux au laser, les frais de services paramédicaux supérieurs aux montants maximums du régime et les soins orthodontiques. Vous en trouverez la liste complète sur le site Web de l'Agence du revenu du Canada à cra-arc.gc.ca, bulletin « IT519R2 ».

Pour représenter une dépense admissible, il faut que le service, l'intervention ou l'article soit nécessaire sur le plan médical. Généralement, ceux-ci doivent être fournis ou prescrits par un praticien médical dûment autorisé.

Les dépenses admissibles excluent les services ou les interventions qui sont couvertes en vertu de votre régime d'assurance-maladie provincial.

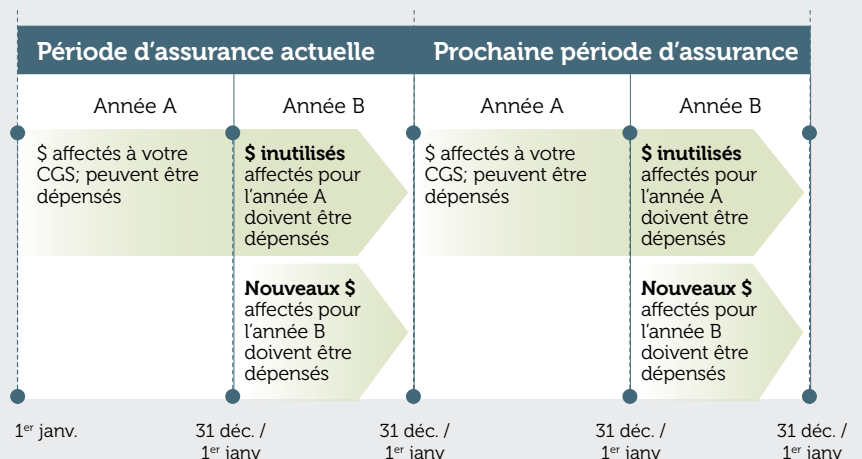
QUAND VOUS N'UTILISEZ PAS LE SOLDE INTÉGRAL DE VOTRE CGDS

Les sommes détenues dans le CGDS sont à votre disposition pendant la période d'assurance de deux ans actuelle. Cela dit, vous pouvez en reporter le solde inutilisé d'une année du régime à l'autre.

Fonctionnement :

- Les sommes que vous n'utilisez pas au cours de la première année (la première année de la période d'assurance) sont automatiquement reportées à la deuxième.
- À la fin de la deuxième année, les sommes inutilisées viennent à expiration; autrement dit, vous devrez y renoncer.

Ce compte adhère à la règle « on s'en sert en moins de deux ans ou on le perd ». Cette règle échelonnée sur deux ans est conçue pour vous aider à en tirer le maximum de ce compte, vu que vos dépenses pourraient être moins élevées que prévu pendant certaines années, tout en préservant le caractère équitable et la viabilité du régime BC Avantages.



Remarque : L'année A correspond à une année paire, l'année B à une année impaire.

Assurances facultatives

Les assurances facultatives pourraient vous fournir, ainsi qu'à votre famille, une protection financière additionnelle. Les primes des assurances facultatives sont aux frais des participants. Celles applicables aux assurances vie facultatives souscrites avant le 1^{er} janvier 2026, à l'assurance DMA facultative et à l'assurance maladies graves facultative sont indiquées dans la Fiche de taux.

Assurance décès et mutilation par accident (DMA) facultative – offerte par CHUBB Assurance

Outre l'assurance DMA de base, vous pouvez choisir une protection financière additionnelle pour vous et votre famille en cas d'accident grave.

- Pour vous – les prestations vous sont versées (en cas de blessure accidentelle) ou à vos survivants si vous subissez un accident mortel.
- Pour votre famille (couverture familiale) :
 - Ajout de votre conjoint : cette personne aura droit à 40 % du montant de votre couverture (ou à 50 % si vous n'avez pas d'enfant) – les prestations lui sont versées ou, si elle subit un accident mortel, elles sont versées à ses survivants.
 - Ajout des enfants : chaque enfant a droit à 10 % du montant de votre couverture (ou à 15 % si vous n'avez pas de conjoint).

Par exemple : Si vous optez pour une couverture de 100 000 \$ (10 unités) :

- Votre conjoint bénéficiera d'une couverture de 40 000 \$ (ou de 50 000 \$ sans enfants).
- Chaque enfant bénéficiera d'une couverture de 10 000 \$ (ou de 15 000 \$ sans conjoint).



Assurance vie facultative et assurance maladies graves facultative – offertes par le programme Liberté de choisir de la Canada Vie

L'assurance vie, l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge et l'assurance maladies graves facultatives sont offertes par le programme Liberté de choisir de la Canada Vie. En vertu de ce programme, votre couverture facultative est émise sous forme de police individuelle, c'est-à-dire que :

- Vous bénéficiez des primes de groupe; et
- Si vous quittez le régime BC Avantages, vous ne serez pas tenu de présenter une nouvelle demande d'adhésion ou de convertir votre police, puisqu'elle a déjà été émise sous forme de police individuelle; elle peut donc vous accompagner.

Les primes des assurances vie et maladies graves facultatives souscrites le 1^{er} février 2026 ou après cette date sont indiquées dans Ma Canada Vie au travail (ouvrez-y une session pour en savoir plus).

Si vous avez souscrit une assurance vie facultative avant le 1^{er} janvier 2026

Si vous avez souscrit une assurance vie facultative et/ou une assurance maladies graves facultative, votre ou vos polices en vigueur sont conservées au sein de la police d'assurance collective du régime BC Avantages qui était en place auprès de la Canada Vie quand votre couverture est entrée en vigueur.

Toute assurance vie facultative et/ou assurance maladies graves facultative que vous décidez de souscrire après le 1^{er} février 2026 seront offertes en vertu du programme Liberté de choisir de la Canada Vie.

Ouvrez une session dans [Ma Canada Vie au travail](#) pour en savoir plus sur le programme Liberté de choisir, sur les primes exigibles et sur les façons d'y adhérer.



POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS

Le [site Web du régime BC Avantages](#) renferme des ressources détaillées. Consultez-le en tout temps si vous êtes en quête de détails sur le régime. Vous y trouverez notamment :

- des renseignements sur les antécédents et l'élaboration du régime BC Avantages, ainsi que sur le Comité de retraite et d'assurance et ses membres
- des blogues et des bulletins destinés aux participants
- les formulaires de demande de règlement pour soins de santé et soins dentaires
- les formulaires de choix, de désignation de bénéficiaire et autres
- toute la documentation mentionnée dans ce guide