

GLENCORE

Aperçu | Mon programme
d'avantages sociaux



**Mine Raglan, Employés syndiqués –
Local 9449**

Table des matières

Aperçu	1
Aperçu – Soins médicaux	2
Aperçu – Soins dentaires	4
Aperçu – Assurance-vie	6
Aperçu – Assurance-accidents	7
Aperçu – Assurance invalidité	8
Demandes de règlement	9
Définitions	13
Avis aux participants	14

Aperçu

À titre d'employé syndiqué de Mine Raglan – Local 9449, vous participez à un programme d'avantages sociaux qui favorise la santé et vous offre, ainsi qu'aux membres de votre famille, une protection financière.

SOINS DE SANTÉ	SÉCURITÉ FINANCIÈRE
<ul style="list-style-type: none">▪ Soins médicaux▪ Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none">▪ Assurance-vie▪ Assurance-accidents▪ Assurance invalidité

Pour toutes vos questions relatives aux avantages sociaux, communiquez avec le Centre de service à la clientèle de Manuvie au 1 800 268-6195, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, heure de l'Est.

Les dispositions figurant dans le présent document sont applicables du 13 septembre 2022 au 30 avril 2027.

Pour la période du 1^{er} mai 2022 au 12 septembre 2022, veuillez vous référer aux dispositions décrites dans le sommaire précédent, qui couvre la période du 1^{er} mai 2017 au 30 avril 2022, ainsi qu'aux documents sur les avantages sociaux qui vous ont été envoyés par le service des ressources humaines de Raglan.

Aperçu – Soins médicaux

Votre régime de soins médicaux permet de vous faire rembourser des frais médicaux qui ne sont habituellement pas pris en charge par le régime provincial d'assurance maladie. Vous pouvez souscrire cette protection pour vous seul, ou pour vous et les personnes à votre charge.

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Le jour de votre entrée en fonction, s'il s'agit du premier du mois, sinon le premier jour du mois suivant
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Franchise annuelle	25 \$ pour la protection individuelle; 50 \$ pour la protection familiale Ne s'applique pas aux soins hospitaliers, aux médicaments sur ordonnance, aux soins de la vue ni à la protection-voyage en cas d'urgence
Plafond annuel	Aucun
Plafond viager	Aucun
Hospitalisation	100 %, séjour en chambre à deux lits
Transport en ambulance	100 %
Soins chroniques ou de longue durée	100 % chambre à deux lits, à la suite d'une hospitalisation de 3 jours
Médicaments sur ordonnance	Avec la carte de paiement direct des médicaments, remboursement à 90 %, y compris les médicaments injectables (100 % pour les fournitures pour diabétiques) Substitution obligatoire par un générique (avec droit d'appel) : Si on vous prescrit un médicament de marque et qu'il existe un équivalent générique sur le marché, vous obtiendrez un remboursement de 90 % du coût du médicament générique équivalent. S'il n'existe aucun équivalent générique, vous obtiendrez un remboursement de 90 % du coût du médicament de marque.
Praticiens paramédicaux	Plafond combiné de 1 000 \$ par année pour tous les praticiens paramédicaux, y compris : <ul style="list-style-type: none">▪ Psychologue : 80 \$ par visite▪ Chiropraticien, acupuncteur, naturopathe : 40 \$ par visite▪ Podiatre, chiropodiste, massothérapeute*, diététiste, orthothérapeute : 50 \$ par visite▪ Ostéopathe, audiologiste : 60 \$ par visite▪ Orthophoniste : 70 \$ par visite▪ Praticien de la Science chrétienne : 30 \$ par visite

Physiothérapeute	100 % pour les frais raisonnables et habituels
Soins de la vue	Examens de la vue : 100 % par période de 24 mois Lunettes et lentilles cornéennes d'ordonnance : 100 %, jusqu'à 500 \$ par période de 24 mois Chirurgie des yeux au laser : 100 %, jusqu'à 1 500 \$ par 5 ans
Aides auditives	100 %, jusqu'à un maximum de 500 \$ par période de 5 ans
Chaussures orthopédiques	100 %, jusqu'à 300 \$ par année pour des chaussures orthopédiques de série et une paire de chaussures fabriquées sur mesure par année, sous réserve de la recommandation d'un médecin, d'un podiatre ou d'un chiropraticien agréé
Orthèses plantaires fabriquées sur mesure	100 % des frais raisonnables et habituels, sous réserve de la recommandation d'un médecin, d'un podiatre ou d'un chiropraticien agréé
Tests de laboratoire	100 % des radiographies pour diagnostic et analyses de laboratoire, seulement si elles ne sont pas remboursées par le régime provincial
Soins infirmiers privés	100 % des frais raisonnables et habituels, jusqu'à un plafond viager de 25 000 \$, sous réserve de l'approbation préalable de l'assureur
Autres fournitures et services**	Appareils médicaux : 100 %, pourvu que l'appareil ou l'article réponde adéquatement à des besoins médicaux Glucomètres : 100 % Oxygène, plasma et transfusions sanguines : 100 % Médicaments pour cesser de fumer : Jusqu'à 300 \$ à vie Médicaments contre la stérilité : 100 %, jusqu'à 15 000 \$ à vie Bonnets couvre-moignon : 6 paires par année Traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles ou à la mâchoire : 100 %, pourvu que le traitement soit reçu dans les 12 mois qui suivent l'accident Prothèses : 100%, prothèses externes
Protection-voyage en cas d'urgence (sous réserve de l'état de santé antérieur/clause de stabilité médicale)	100 % des frais de séjour en chambre à deux lits et services d'un médecin, jusqu'au plafond admissible au titre du régime provincial; y compris l'Assurance voyage en cas d'urgence de l'assureur
Maintien de la protection après le décès	La protection pour les personnes à charge est maintenue pour une période de 24 mois
Fin de la protection	À la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

* La recommandation d'un médecin autorisé est exigée une fois par 12 mois

** L'approbation préalable de Manuvie est requise.

Aperçu – Soins dentaires

Votre protection de soins dentaires vise à promouvoir les soins préventifs afin de vous aider à diminuer le risque de devoir subir des traitements majeurs. Mais si ces traitements deviennent nécessaires, le régime vous offre une aide financière pour les payer. Vous pouvez souscrire cette protection pour vous seul, ou pour vous et les personnes à votre charge.

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Le jour de votre entrée en fonction, s'il s'agit du premier du mois, sinon le premier jour du mois suivant
Franchise annuelle	Aucune
Plafond annuel	Aucun plafond pour les niveaux I, II, III et IV
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Barème des frais dentaires	Actuel
Services de base (Niveau I)	<ul style="list-style-type: none">▪ Remboursés à 85 %, sauf pour les frais de laboratoire qui sont remboursés à 60 %▪ Un examen buccal complet par période de 36 mois▪ Un examen buccal de rappel par période de 6 mois pour les enfants et par période de 9 mois pour les adultes▪ Une unité de détartrage et une unité de polissage et application de fluorure, tous les 6 mois pour les enfants et par période de 9 mois pour les adultes▪ Une radiographie de la bouche au complet par période de 36 mois▪ Une série de radiographies interproximales par période de 6 mois pour les enfants et par période de 9 mois pour les adultes▪ Obturations (amalgame, silicate, acrylique et composite) et remplacement des obturations si nécessaire après au moins 12 mois▪ Extractions, y compris les dents incluses et résiduelles▪ Actes chirurgicaux mineurs et soins postchirurgicaux▪ Réparation/regarnissage/rebasage de prothèses : si nécessaire après au moins 3 mois suivant la mise en place initiale de la prothèse▪ Dispositifs de maintien d'espace, sauf les appareils posés à des fins orthodontiques
Services complémentaires de base (Niveau II)	<ul style="list-style-type: none">▪ Remboursés à 85 %▪ Services d'endodontie, y compris les traitements radiculaires et les obturations de canaux, l'amputation de racines, les apexifications et les traitements périapicaux, sous réserve d'un traitement initial et d'une reprise de traitement par dent la vie durant, si les frais sont engagés plus de 12 mois après le traitement initial▪ Actes chirurgicaux qui ne sont pas prévus au niveau I, sauf la chirurgie pour implants▪ Détartrage non couvert par le niveau I et aplanissement des racines, jusqu'à un maximum combiné de 8 unités par année▪ Traitement des maladies des gencives et d'autres tissus qui soutiennent la dent

Prothèses dentaires (Niveau III)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remboursés à 50 % ▪ Première prothèse dentaire amovible complète ou partielle ▪ Remplacement d'une prothèse dentaire amovible, pourvu qu'elle soit nécessaire pour une des raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> – une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable – la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable – la prothèse existante est temporaire et est remplacée par des prothèses dentaires permanentes dans les 12 mois qui suivent sa mise en place
Services des restauration majeure (Niveau IV)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Remboursés à 50 % ▪ Incrustations et couronnes ▪ Premier pont fixe ▪ Remplacement d'un pont ou ajout de dents à un pont si ces actes sont nécessaires pour une des raisons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> – une dent naturelle est extraite et la prothèse existante est irréparable – la prothèse existante est en place depuis au moins 60 mois et est irréparable – la prothèse existante est temporaire et est remplacée par un pont permanent dans les 12 mois qui suivent sa mise en place ▪ Implants, jusqu'au remboursement maximal admissible pour la prothèse ou le pont qui aurait été installé si l'implant n'avait pas été choisi
Soins orthodontiques (Niveau V)	Remboursés à 50 %, jusqu'à un plafond viager de 3 500 \$ pour les enfants à charge uniquement, pourvu que le traitement commence avant qu'ils n'aient atteint l'âge de 19 ans
Détermination préalable des frais remboursables	Pour les traitement dentaires dépassant 500 \$, présentez un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le début du traitement pour connaître le montant du remboursement.
Maintien de la protection après le décès	La protection pour les personnes à charge est maintenue pour une période de 24 mois
Fin de la protection	À la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

Aperçu – Assurance-vie

L'assurance-vie procure une protection financière à votre famille dans l'éventualité de votre décès.

Assurance-vie de base

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Dès le premier jour où vous voyagez vers votre lieu de travail à bord d'un avion de la Société ou qu'elle loue à cette fin
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Montant de protection	260 000 \$ Si vous recevez présentement des prestations d'invalidité de longue durée, votre protection d'assurance est établie selon les dispositions de la convention collective en vigueur au début de votre invalidité.
Fin de la protection	À la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

Assurance-vie facultative de l'employé

PROTECTION	PRESTATION
Participation	La protection est offerte dès le premier jour de votre entrée en fonction.
Partage des coûts	<ul style="list-style-type: none">Vous payez la totalité du coûtTaux variable par tranche de 10 000 \$ de protection, établi en fonction de l'âge, du sexe et du statut de fumeur ou de non-fumeur
Capital assuré	Jusqu'à 350 000 \$, par tranches de 10 000 \$; protection minimale de 20 000 \$
Preuve d'assurabilité	Exigée en tout temps
Fin de la protection	À votre 75 ^e anniversaire de naissance, à la retraite, à la cessation d'emploi ou si vous cessez de payer la prime requise, selon le premier événement

Assurance-vie facultative des personnes à charge (conjoint seulement)

PROTECTION	PRESTATION
Participation	La protection est offerte dès le premier jour de votre entrée en fonction
Partage des coûts	<ul style="list-style-type: none">Vous payez la totalité du coûtTaux variable par tranche de 1 000 \$ de protection, établi en fonction de l'âge, du sexe et du statut de fumeur ou de non-fumeur
Capital assuré	Jusqu'à 350 000 \$ par tranches de 10 000 \$; protection minimale de 20 000 \$
Preuve d'assurabilité	Exigée en tout temps
Fin de la protection	La date où votre protection prend fin, la date où vous cessez de payer les primes requises, au 75 ^e anniversaire de naissance de votre conjoint ou la date où la personne à votre charge cesse d'être admissible, selon le premier événement

Aperçu – Assurance-accidents

L'assurance-accidents vous procure une protection financière, à vous ainsi qu'à votre famille, en cas de blessures accidentelles ou d'accident mortel.

Assurance DMA de base

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Le jour de votre entrée en fonction
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Montant de protection	2 x salaire annuel de base, jusqu'à un plafond de 1 000 000 \$ Si vous recevez présentement des prestations d'invalidité de longue durée, votre protection d'assurance est établie selon les dispositions de la convention collective en vigueur au début de votre invalidité.
Fin de la protection	À votre 80 ^e anniversaire de naissance, à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

Assurance DMA professionnelle

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Le jour de votre entrée en fonction
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Montant de protection	2 x salaire annuel de base, jusqu'à un plafond de 1 000 000 \$
Fin de la protection	À votre 80 ^e anniversaire de naissance, à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

Aperçu – Assurance invalidité

Votre programme d'avantages sociaux est conçu pour vous procurer une protection du revenu si vous êtes incapable de travailler en raison d'une maladie ou d'une blessure.

Si vous êtes présentement invalide, vos prestations d'invalidité sont en fonction des dispositions de la convention collective en vigueur au début de votre invalidité et peuvent être différentes des prestations suivantes actuellement en vigueur.

Indemnité hebdomadaire

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Le jour où vous cumulez 90 jours de travail, s'il s'agit du premier du mois, sinon le premier jour du mois suivant
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Prestations	L'indemnité hebdomadaire est égale à 70 % de votre salaire de base hebdomadaire sans limite maximale
Durée des prestations	Indemnité payable à compter de la huitième journée d'absence; certificat médical requis. Veuillez vous reporter à la convention collective pour plus de détails. Jusqu'au rétablissement, un total de 26 semaines d'invalidité, la retraite ou le décès, selon le premier événement
Situation fiscale des indemnités hebdomadaires	Imposables
Fin de la protection	À la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

Invalidité de longue durée (ILD)

PROTECTION	PRESTATION
Participation	Le jour où vous cumulez 90 jours de travail, s'il s'agit du premier du mois, sinon le premier jour du mois suivant
Partage du coût	Entièrement payé par la Société
Prestations	70 % de votre salaire mensuel de base, jusqu'à concurrence d'une prestation mensuelle de 4 000 \$
Période d'attente avant le versement des prestations	26 semaines civiles consécutives
Durée des prestations	Tant que vous êtes totalement invalide, mais jusqu'à votre 65 ^e anniversaire de naissance, votre retraite ou votre décès, selon le premier événement
Situation fiscale des prestations d'ILD	Imposables
Fin de la protection	À votre 65 ^e anniversaire de naissance, à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon le premier événement

Demandes de règlement

Soins médicaux

Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Pour présenter vos demandes en ligne ou par la poste :

- Allez au site à l'intention des participants de l'assureur.
 - Assurez-vous d'avoir votre numéro de contrat et votre mot de passe en main.
- Suivez les instructions en ligne.
- Si vous présentez votre demande par la poste, faites parvenir le formulaire de demande de règlement, accompagné des reçus originaux, à l'assureur à l'adresse indiquée dans le formulaire.
- Avant de présenter une demande de règlement, assurez-vous que le service ou traitement ait été rendu ou reçu et payé en entier.

Un rappel : si votre conjoint bénéficie également d'un régime de soins médicaux, vous pouvez présenter des demandes de règlement aux deux régimes et obtenir un remboursement des frais admissibles pouvant aller jusqu'à 100 % (voir coordination des prestations).

Pour utiliser votre carte d'assurance :

- Présentez votre carte d'assurance au pharmacien.
- L'assureur verse le montant assuré du médicament directement au pharmacien.
- Vous payez au pharmacien le montant qui n'est pas assuré par le programme.

Affection préexistante - Déplacements personnels

La personne est assurée, à condition que dans les 90 jours précédant la date du départ :

- elle n'a reçu aucun traitement ni subi d'examen à l'égard de nouveaux symptômes ou d'une nouvelle affection
- elle n'a connu aucune aggravation des symptômes existants ni augmentation de leur fréquence, ni n'a reçu de résultats d'examens liés à cette affection, qu'ils aient donné lieu à un diagnostic ou non
- elle ne s'est pas fait prescrire ou recommander, par un médecin ou un autre professionnel de la santé, un changement des traitements qu'elle reçoit ou des médicaments qu'elle prend en raison de cette affection (à l'exception des ajustements de routine dans le cadre de soins continus ou de réduction de la dose attribuable à une amélioration de l'état de santé)
- elle n'a pas été hospitalisée ni traitée à l'hôpital en raison de l'affection

De plus, pour être assurée, la personne ne doit pas avoir :

- à subir de tests, d'examens ni de traitement inhabituels liés à son affection
- de rendez-vous médicaux de prévus relativement à une affection non diagnostiquée

Aucune protection n'est accordée pour les urgences médicales liées à la grossesse lorsque la femme assurée voyage dans les quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement.

Soins dentaires

Les demandes de règlement doivent être présentées dans les 12 mois qui suivent la date à laquelle les frais ont été engagés.

Si votre dentiste soumet les demandes de règlement par voie électronique :

- Présentez votre carte d'assurance au moment de votre visite chez le dentiste.
- Votre demande de règlement sera immédiatement transmise à l'assureur par voie électronique et traitée conformément à notre politique en vigueur sur les soins dentaires.
- Vous ne payez que votre partie des frais; l'assureur rembourse au dentiste la partie des frais assurée par le régime.

Si votre dentiste n'offre pas le règlement électronique des demandes, vous devez présenter votre demande à l'assureur en ligne ou par la poste.

Pour présenter vos demandes en ligne ou par la poste :

- Allez au site à l'intention des participants de l'assureur.
 - Assurez-vous d'avoir votre numéro de contrat et votre mot de passe en main.
- Suivez les instructions en ligne.
- Si vous présentez votre demande par la poste, faites parvenir le formulaire de demande de règlement, accompagné des reçus originaux, à l'assureur à l'adresse indiquée dans le formulaire.

Un rappel : si votre conjoint bénéficie également d'un régime de soins dentaires, vous pouvez présenter des demandes de règlement aux deux régimes et obtenir un remboursement des frais admissibles pouvant aller jusqu'à 100 % (voir coordination des prestations).

Assurance-vie

Pour faire une demande de règlement d'assurance-vie, la succession doit communiquer avec l'assureur sans tarder.

Assurance-accidents

Pour faire une demande de règlement d'assurance-accidents, communiquez avec Sutton Special Risk **dans les 30 jours** suivant le moment où une perte assurée est survenue ou a commencé, ou le plus rapidement possible après cette période.

Invalidité

Veillez communiquer avec l'assureur pour obtenir de l'information.

Pour présenter une demande de prestations d'invalidité, veuillez communiquer avec le Service de santé au travail de Raglan.

Coordination des prestations

De quoi s'agit-il?

La coordination des prestations est un processus de demande de règlement qui vous permet de vous faire rembourser jusqu'à 100 % des frais admissibles lorsque vous bénéficiez de la protection de soins de santé, de soins dentaires ou de médicaments sur ordonnance d'un autre régime – par exemple, le régime de votre conjoint. La coordination des prestations vous permet de présenter une demande de règlement au deuxième régime au titre de la partie impayée des frais et de vous faire rembourser jusqu'à 100 % des frais. Si, par exemple, la Société rembourse 80 % des frais, le deuxième régime pourrait rembourser les 20 % restants.

Veuillez noter que tout montant soumis qui dépasse les limites raisonnables et habituelles du programme n'est pas considéré comme une dépense admissible.

Fonctionnement

Lorsque les prestations sont coordonnées, vous devez soumettre vos demandes de règlement selon un ordre particulier, même si vous et votre conjoint êtes couverts par le même régime ou par le même assureur. L'ordre à suivre dépend de la personne qui a engagé les frais admissibles :

Vous avez engagé les frais	Le régime d'avantages sociaux de la Société est le premier payeur.
Votre conjoint a engagé les frais	Le régime de votre conjoint est le premier payeur.
Vous ou votre conjoint êtes couverts par plus d'un régime de la Société	<ul style="list-style-type: none">▪ Le régime de la personne qui est un employé actif à temps plein est le premier payeur, puis▪ Le régime de la personne qui est un employé actif à temps partiel est le second payeur, suivi par▪ Le régime de la personne qui est un employé retraité
Les frais ont été engagés pour vos enfants	<p>Présentez d'abord une demande au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année, puis une deuxième demande au régime de l'autre conjoint. Si, par exemple, votre anniversaire est le 10 juin et que celui de votre conjoint est le 20 septembre, présentez d'abord une demande de règlement des frais engagés pour vos enfants au régime de la Société, et ensuite une deuxième au régime de votre conjoint. Conservez des copies de vos reçus.</p> <p>Si votre anniversaire de naissance et celui de votre conjoint est le même jour, présentez la première demande au régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.</p> <p>Dans les cas de divorce et de séparation, l'ordre suivant s'applique :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Le régime du parent qui a la garde de l'enfant, puis▪ Le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant, puis▪ Le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant, puis▪ Le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant. <p>Lorsque les parents divorcés ou séparés ont la garde partagée d'un enfant à charge, la demande est présentée d'abord au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive le premier dans l'année (mois/jour). Si les deux parents ont la même date de naissance, c'est au régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet qu'il incombe de régler la demande en premier.</p>

Pour faire une demande de règlement lorsque la clause de coordination des prestations s'applique, veuillez suivre les directives suivantes :

- Établissez d'abord quel régime est le premier payeur et lequel est le second, selon l'ordre établi dans le tableau précédent.
- Présentez tous les formulaires de demande et les reçus originaux au premier payeur.
- Conservez une copie de chaque reçu ou demandez au premier payeur de vous retourner les reçus originaux une fois la demande réglée.
- Une fois que le premier payeur aura réglé votre demande, vous recevrez un relevé indiquant les détails du règlement. Soumettez celui-ci accompagné de tous les formulaires de demande et reçus requis au second payeur pour obtenir le remboursement des frais applicables, s'il y a lieu.

Définitions

Fumeur/non-fumeur

Pour être admissible au tarif des non-fumeurs, une personne ne doit pas avoir fumé de cigarette, de pipe, de cigare ni utilisé de vaporisateur, de cigarette électronique ou d'inhalateur de nicotine (communément appelé vapotage) au cours des 12 derniers mois consécutifs.

Personne à charge

Votre conjoint ou votre enfant :

- **Conjoint** s'entend de votre conjoint légitime, ou de la personne avec qui vous vivez une relation de couple de façon continue depuis au moins un an. Cependant, lorsque la personne est le parent biologique ou adoptif d'au moins un de vos enfants, cette personne sera reconnue comme conjoint à la date de la naissance ou de l'adoption, si cette dernière précède la fin de la période de cohabitation minimale d'un an.

Un seul conjoint sera admissible aux garanties, soit celui qui figure sur votre demande d'adhésion. Si ce renseignement n'est pas disponible, votre conjoint admissible est la personne qui est la dernière à répondre à la définition de conjoint dans le cadre du présent programme.

Un ex-conjoint (par suite d'un divorce ou d'une séparation de conjoints de fait) n'est pas admissible aux protections. Veuillez contacter votre représentant des ressources humaines pour obtenir des informations supplémentaires concernant la perte de statut de conjoint en raison de la dissolution du mariage par divorce, annulation ou la séparation de fait.

- **Enfant** s'entend de votre enfant naturel ou adopté ou un enfant de votre conjoint qui :
 - n'est pas marié;
 - ne travaille pas à plein temps;
 - n'est pas admissible aux garanties à titre de salarié au titre du présent régime ou de tout autre régime d'assurance collective; et
 - est âgé de moins de 21 ans (ou de moins de 26 ans s'il étudie à temps plein dans une école, un collège ou une université reconnus).

Pour être considéré comme un étudiant à temps plein, un enfant doit être inscrit dans une école primaire, une école secondaire, une université ou un établissement d'enseignement similaire au moins 15 heures par semaine au cours des six derniers mois.

La protection d'un enfant assuré atteint d'un handicap mental ou physique au moment où il atteint l'âge limite peut être maintenue au titre du programme. Pour être considéré comme une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite, un enfant doit être couvert en tant que personne à charge en vertu du programme d'avantages sociaux et être considéré comme étant inapte et incapable d'exercer une activité substantiellement rémunératrice et doit dépendre de vous, le participant au régime, pour subvenir à ses besoins à cause d'un handicap mental ou physique, avant que la limite d'âge maximale ne soit atteinte.

Veuillez remplir le formulaire Demande de couverture pour une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite, disponible sur le site de l'assureur pour les participants au régime, et le soumettre à l'assureur avant que l'enfant n'atteigne l'âge limite. Une preuve de l'état de l'enfant doit être fournie sur demande.

Pour être admissible, l'enfant du conjoint doit habiter avec vous.

Un nouveau-né est couvert dès sa naissance.

Aux fins du régime de soins médicaux, les personnes à charge doivent être couvertes par le régime provincial d'assurance-maladie de votre province de résidence.

Avis aux participants

Ce document vous donne un aperçu de votre programme d'avantages sociaux. Il est régi par des documents officiels, comme les contrats d'assurance, et par les lois applicables. Il ne remplace pas les polices d'assurance collective, n'est pas un contrat d'assurance et ne crée ni ne confère de droits contractuels ou autres. Aucun effort n'a été ménagé pour assurer l'exactitude et la fiabilité de l'information présentée. En cas de divergences entre le contenu du présent document et les documents officiels, ces derniers feront autorité.

Glencore Canada Corporation (la « Société ») se réserve le droit d'apporter des modifications ou de mettre fin, en tout temps et sans préavis, à la totalité ou à des parties du programme d'avantages sociaux à l'intention des employés et des anciens employés, le cas échéant, y compris les retraités, notamment après le départ à la retraite des employés, et aux polices collectives souscrites auprès des assureurs. Les changements pourraient comprendre, sans toutefois s'y limiter, des modifications aux dispositions des protections, à l'administration du programme d'avantages sociaux, aux règles de partage des coûts, ou résultant des changements aux lois, aux règlements ou aux régimes d'État. Par exemple, la Société pourrait décider d'apporter des modifications au programme d'avantages sociaux si l'État mettait fin ou imposait des réductions ou des plafonds aux paiements liés aux services, aux soins ou aux fournitures qui étaient totalement ou partiellement remboursés dans le cadre du programme d'avantages sociaux. De plus, si les modifications apportées à un régime d'État entraînent des coûts additionnels, le programme d'avantages sociaux ne prendra pas automatiquement en charge ces coûts additionnels.

Programme des services de santé non assurés (SSNA) offert par Santé Canada

Si vous êtes Inuit ou membre des Premières Nations, vous pourriez être admissible au Programme des services de santé non assurés (SSNA) offert par Santé Canada. Pour de plus amples renseignements, consultez le site Web <http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spnia/nihb-ssna/benefit-prestation/index-fra.php>.

Janvier 2023