

**Fédération des étudiantes et étudiants du Centre universitaire de Moncton  
et des Services aux étudiantes et étudiants du campus de Shippagan**

**Étudiantes et étudiants et étudiants internationaux – Campus de Moncton et Shippagan**

Numéro du Groupe : 91075-000, 91075-001, 91075-002 et 91075-003

Date d'effet de la mise à jour : 1<sup>er</sup> septembre, 2017

## **TABLE DES MATIÈRES**

---

PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS .....	1
SITE DES ADHÉRENTS.....	3
VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF.....	4
COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE .....	8
SOMMAIRE DES GARANTIES.....	9
ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE.....	15
GARANTIE MÉDICAMENTS .....	16
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE.....	19
GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE - PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA.....	26
GARANTIE VOYAGE.....	27
GARANTIE SOINS DENTAIRES .....	33

## **PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

---

Dans la perspective d'offrir à sa clientèle une protection-santé et une protection-voyage de qualité, la Compagnie recueille et conserve des renseignements personnels au sujet de ses clients et de leurs personnes à charge. Le présent document a pour but de vous tenir au courant des pratiques en matière de protection des renseignements personnels de la Compagnie.

La protection des renseignements personnels n'est pas un nouveau concept pour la Compagnie. Assurer la confidentialité de l'information reçue de la part de notre clientèle a toujours été au cœur de nos opérations, et notre personnel connaît bien la politique et les procédures que nous avons mises en place pour nous assurer que la protection de ces renseignements soit prise au sérieux en toutes circonstances.

### ***Que sont les renseignements personnels?***

Les renseignements personnels renferment des détails au sujet d'une personne identifiable. Ils peuvent comprendre le nom, l'âge, les numéros d'identification, le revenu, les données en matière d'emploi, l'état matrimonial, le statut des personnes à charge, les dossiers médicaux, ainsi que les renseignements financiers.

### ***Quelle utilisation faisons-nous de vos renseignements personnels?***

Vos renseignements personnels permettent à la Compagnie de traiter votre demande de protection en vertu des régimes de protection-santé et de protection-voyage. Voici à quoi servent vos renseignements personnels :

- à fournir les services précisés dans votre contrat ou du contrat collectif duquel vous êtes adhérent admissible;
- à comprendre vos besoins afin de pouvoir vous conseiller des produits et services adéquats; et
- à administrer nos affaires.

### ***À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués?***

Selon votre type de couverture, la divulgation de renseignements personnels particuliers aux personnes et entités suivantes peut s'avérer nécessaire pour être en mesure de vous offrir les services stipulés au contrat auquel vous adhérez :

- d'autres Croix Bleue du Canada, afin d'administrer votre régime de protection si vous vivez à l'extérieur des provinces de l'Atlantique, du Québec ou de l'Ontario;
- des fournisseurs de soins de santé spécialisés, s'il y a lieu, pour évaluer une demande d'admissibilité à un produit ou service;
- des organismes gouvernementaux et de réglementation, en situation d'urgence ou lorsque la loi l'exige; et d'autres tiers, de façon confidentielle, lorsqu'il y a nécessité d'administrer des garanties précisées à votre contrat individuel ou à votre contrat collectif; et
- le titulaire de certificat de n'importe quel contrat en vertu duquel vous êtes un participant.

## **PRATIQUES EN MATIÈRE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

---

### ***À qui ces renseignements personnels peuvent-ils être divulgués? (suite)***

Nous ne fournissons ni ne vendons de renseignements personnels à votre sujet à d'autres sociétés aux fins de marketing et de sollicitation. Vos renseignements personnels ou ceux de vos personnes à charge ne sont jamais divulgués à un tiers sans votre permission, sauf si la Compagnie juge qu'il est nécessaire de le faire pour vous offrir les services auxquels elle s'est engagée conformément au contrat.

Pour vous assurer de recevoir le meilleur service possible de la part de la Compagnie, il est important que les renseignements personnels que nous utilisons soient exacts et à jour. Vous pouvez nous aider en nous tenant au courant de vos changements d'adresse ou d'état matrimonial ainsi que de l'ajout ou du retrait de personnes à charge. Si vous trouvez des erreurs dans les renseignements que nous détenons sur vous, veuillez en informer le personnel de notre Service à la clientèle afin que nous puissions les corriger.

En devenant client de la Compagnie ou en remplissant une demande de règlement, vous consentez à ce que nous utilisions vos renseignements personnels et que nous les divulguions de la manière susmentionnée. Si vous préférez que nous n'utilisions ni ne divulguions vos renseignements personnels dans les cas où ils ne sont pas nécessaires à l'administration de votre régime, veuillez consulter notre site Web ou nous écrire à l'adresse indiquée ci-dessous.

Veuillez noter que le fait de ne pas permettre à la Compagnie d'utiliser des renseignements à votre sujet pourrait signifier que nous ne serions pas en mesure de vous accorder des produits ou services qui pourraient vous être utiles.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec nous, soit en nous appelant ou en nous écrivant, d'après les coordonnées suivantes :

**[www.medavie.croixbleue.ca](http://www.medavie.croixbleue.ca)**

Provinces du Canada atlantique: 1-800-667-4511

Ontario: 1-800-355-9133

Québec: 1-888-588-1212

National: 1-888-873-9200

Agent de protection de la vie privée

Croix Bleue Medavie

Groupe de gestion des risques

644, rue Main

C. P. 220

Moncton (N.-B.) E1C 8L3

ou

**[privacyofficer@medavie.bluecross.ca](mailto:privacyofficer@medavie.bluecross.ca)**

Si la résolution du problème ne vous satisfait pas entièrement, vous pouvez déposer une plainte par écrit à l'adresse suivante :

Commissariat à la protection

de la vie privée du Canada

112, rue Kent

Ottawa (Ontario) K1A 1H3

## **SITE DES ADHÉRENTS**

---

### ***DIRECTIVES AUX ADHÉRENTS***

Croix Bleue Medavie cherche continuellement à mettre au point sa technologie du Web pour mieux répondre aux besoins de ses clients. Une telle innovation, le site des adhérents, vous aidera à mieux comprendre, gérer et coordonner votre régime d'assurance.

Le site des adhérents est convivial et offre un environnement sécuritaire. Dorénavant, d'un simple clic, vous pouvez obtenir des renseignements généraux au sujet de votre régime, visualiser vos demandes de règlement et l'historique des remboursements, ou imprimer des formulaires de demande de règlement. Le site des adhérents est accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, à partir de la maison ou du travail; vous n'avez besoin que d'une connexion Internet. Le site des adhérents vous simplifie réellement la vie.

### ***SITE DES ADHÉRENTS***

Le site des adhérents vous offre différentes options.

**Demandes au sujet de la couverture** : Des renseignements détaillés sur le régime de Croix Bleue Medavie de l'adhérent

**Formulaires** : Les versions imprimables des formulaires de demande de règlement de Croix Bleue Medavie

### **Information sur les adhérents**

Les adhérents peuvent :

- visualiser ou mettre à jour leur adresse (lorsque l'accès est disponible)
- demander de nouvelles cartes d'identification
- ajouter ou mettre à jour l'information bancaire pour le dépôt direct des remboursements des demandes de règlement (s'il y a lieu)

### **Relevés des adhérents**

Les adhérents peuvent :

- visualiser l'historique de leurs demandes de règlement et celui de leurs personnes à charge
- visualiser des relevés de paiement envoyés à l'adhérent ou au fournisseur de service

### ***PREMIÈRE VISITE DU SITE DES ADHÉRENTS***

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue au **[www.medavie.croixbleue.ca](http://www.medavie.croixbleue.ca)**.

Veillez vous assurer de prendre en note votre code d'utilisateur et votre mot de passe pour consultation future.

### ***REMARQUE***

Pour des raisons de sécurité, l'accès au site des adhérents est limité aux adhérents du régime seulement.

Nous sommes impatients de vous aider à profiter de notre technologie en ligne. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le site des adhérents ou pour toute question au sujet de votre régime d'assurance de Croix Bleue Medavie, veuillez communiquer avec notre Service à la clientèle en composant le numéro sans frais indiqué au verso de votre carte d'identification ou en envoyant un courriel à *information@medavie.croixbleue.ca*.

## VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

---

Votre employeur est heureux de mettre à votre disposition un programme de protection collective qui vous offre, à vous et à votre famille, une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie inc., ci-après appelées « Compagnie ».

Les renseignements contenus dans cette brochure vous donnent un aperçu des dispositions du contrat intervenu entre votre employeur et la Compagnie. Vous y trouverez un sommaire des garanties, ainsi que l'information dont vous avez besoin afin d'optimiser la protection qui est offerte à vous et à votre famille.

Cette brochure et votre certificat contiennent des renseignements importants. Assurez-vous de les conserver dans un endroit sûr.



Profitez de nombreux rabais sur des soins médicaux et des soins de la vue ainsi que sur de nombreux autres produits et services. Visitez [www.avantagebleu.ca](http://www.avantagebleu.ca).

Lorsque la loi l'exige, vous avez le droit de recevoir une copie détaillée de la partie du contrat d'assurance collective qui concerne votre protection, une copie de votre demande d'adhésion et de toute déclaration écrite ou tout rapport fournis à la Compagnie qui attestent de votre état de santé. Vous pouvez aussi demander, dans un délai raisonnable, une copie du contrat contenant les garanties assurées. La première copie vous sera fournie sans frais. Des frais peuvent s'appliquer pour des copies subséquentes. Toutes les demandes de copies de documents doivent être adressées à Croix Bleue Medavie.

Enfin, veuillez noter que dans cette brochure, le masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'en faciliter la lecture.

### ***Admissibilité à la couverture collective***

Pour être admissible à la couverture collective, vous devez résider au Canada et être admissible aux prestations en vertu du régime de soins de santé du gouvernement provincial de votre province de résidence, être un étudiant international ou un résident temporaire du Canada et être inscrit à un minimum de 3 cours par semestre. La couverture est en vigueur du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août.

Pour adhérer au régime collectif, vous devez remplir les formulaires qui vous sont remis au moment où vous devenez admissible aux différents régimes.

Vos personnes à charge sont couvertes à compter de la date à laquelle vous devenez couvert, ou, ultérieurement, à compter de la date à laquelle elles deviennent vos personnes à charge.

Si vous avez une assurance santé ou dentaire en vertu d'un autre régime autre que le régime de soins de santé du gouvernement provincial, vous pouvez décider de vous retirer du présent régime pourvu qu'une preuve de couverture soit fournie à la FÉÉCUM.

Vous devez vous retirer du présent régime au plus tard le dernier vendredi du mois de septembre, en remplissant le Formulaire de Retrait sur le site web de la FÉÉCUM.

Exceptionnellement, les étudiants qui débutent l'année universitaire en janvier peuvent aussi se retirer du présent régime au plus tard le dernier vendredi du mois de janvier. Ces étudiants doivent apporter une preuve d'assurance à la FÉÉCUM pour le campus de Moncton, ou au bureau de Services d'aide aux étudiantes et étudiants (SAÉÉ) pour le campus de Shippagan.

**Les étudiants internationaux sont admissibles à la garantie Soins dentaires seulement.**

## **VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF**

---

### ***Définition de personnes à charge***

Vos personnes à charge sont :

- a) Votre conjoint, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an.
- b) Vos enfants célibataires entièrement à votre charge et
  - âgés de moins de 21 ans, ou
  - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;
  - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 21 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants).

### ***Exigences relatives aux déclarations de santé***

Vous devez soumettre une déclaration de santé si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est remise à la Compagnie plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

Si, au moment de l'entrée en vigueur du contrat ou de son renouvellement, le groupe dont vous faites partie compte moins de trois adhérents, une preuve d'assurabilité sera exigée pour tous les étudiants, ainsi que pour leurs personnes à charge, sans égard au montant de la protection.

### ***Droit de transformation***

Si votre emploi prend fin, vous pouvez transformer votre régime en un régime individuel établi par la Croix Bleue à condition que la demande soit faite dans les 31 jours suivant la date de la cessation d'emploi. Cette option de transformation est offerte au conjoint ou, lorsque la législation provinciale l'exige, aux personnes à charge.

### ***Remplir une demande de règlement***

#### Garantie Médicaments

Régime de paiement direct – vous n'avez qu'à présenter votre carte d'identification et le fournisseur s'occupe d'envoyer la facture directement à la Compagnie.

#### Garantie Santé complémentaire

Remplissez le formulaire de demande de règlement, le cas échéant, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à la Compagnie (voir les coordonnées des bureaux).

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

## **VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF**

---

### Garantie Voyage

Veillez appeler au numéro sans frais indiqué à l'endos de votre carte d'identification pour obtenir de l'aide en cas de maladie ou de blessure survenant au cours d'un voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

La Compagnie fera tout son possible pour vous orienter vers le traitement médical approprié et vous aider à couvrir les frais engagés auprès des fournisseurs de services et de les coordonner avec votre régime provincial d'assurance-maladie. Toutefois, dans certains cas particuliers, la Compagnie vous demandera de vous procurer et d'envoyer directement les reçus originaux et détaillés pour toutes les dépenses engagées à l'extérieur de votre province de résidence, à votre régime provincial d'assurance-maladie aux fins de remboursement. Veillez vous assurer de conserver une copie de ces reçus car vous aurez ensuite besoin de les soumettre directement à la Compagnie avec le relevé de la preuve de paiement du régime provincial d'assurance-maladie (voir les coordonnées des bureaux). Cette procédure doit être effectuée pour l'achat de médicaments, pour des services médicaux qui ne sont pas approuvés au préalable par la Compagnie (certaines exceptions peuvent s'appliquer) ainsi que pour des services médicaux reçus au Canada (qui seront couverts par votre régime provincial d'assurance-maladie). Veillez indiquer votre numéro d'identification lorsque vous soumettez une demande de règlement à la Compagnie.

Les prestations relatives à des services rendus à l'extérieur du Canada sont versées par la Compagnie en devises canadiennes, au taux de change en vigueur à la date où le service a été rendu.

La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard six mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

### Garantie Soins dentaires

Le traitement de la demande de règlement s'effectue électroniquement par l'intermédiaire du réseau CDAnet. Vous devez présenter votre carte d'identification à votre dentiste au moment de chaque visite. Deux modes de remboursement sont possibles selon le choix de votre dentiste :

- a) vous ne payez que votre franchise (le cas échéant) et votre coassurance et l'excédent des frais est payé directement au dentiste par la Compagnie ;
- b) vous payez la somme totale exigée par votre dentiste et vous recevez dans les jours qui suivent la portion des frais remboursables par votre régime.

Si toutefois votre dentiste ne peut utiliser le système électronique de transaction, vous devrez remplir le formulaire de demande de règlement, y joindre les reçus originaux et le soumettre à la Compagnie (voir les coordonnées des bureaux). La demande de règlement dûment remplie doit parvenir à la Compagnie au plus tard 24 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés ou dans la période convenue par la Compagnie lorsque le contrat prend fin.

Remarque : Aux fins des différentes garanties de votre régime de protection collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence.

### Garanties Voyage, Médicaments, Santé complémentaire et Soins dentaires

Les demandes de règlement seront administrées par le régime de la Croix Bleue dans la province de résidence du souscripteur.

### ***Limites de l'action en justice***

Toute action ou procédure en justice contre un assureur (c.-à-d. Croix Bleue Medavie) pour le recouvrement de sommes assurées payables en vertu de la présente police sera refusée, à moins d'avoir débuté à l'intérieur de la période allouée par la Loi sur les assurances.



## VOTRE RÉGIME COLLECTIF EN BREF

---

### **Coordination des prestations**

Si vous ou une de vos personnes à charge êtes couvert par un autre régime de soins de santé, les prestations prévues en vertu du présent régime et de tout autre régime seront coordonnées de façon à ce que les revenus provenant de toutes sources n'excèdent pas le montant des frais réellement engagés. La coordination des prestations se fera conformément aux lignes directrices de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes (ACCAP).

À l'exception de la garantie Voyage, les prestations payables à vous ou à une de vos personnes à charge suivent l'ordre de priorité ci-après :

- a) les prestations payables en vertu d'un régime ne contenant pas de clause de coordination des prestations sont payables avant celles qui seraient autrement payables en vertu du contrat.
- b) Les prestations payables en vertu de tout régime contenant une clause de coordination des prestations sont versées en suivant l'ordre de priorité ci-après :
  - le régime auquel vous qualifiez en tant d'étudiant
  - le régime auquel vous qualifiez en tant que personne à charge

Si vous ou l'une de vos personnes à charge vous qualifiez à titre d'étudiant, les prestations sont payables en suivant l'ordre de priorité ci-après :

- étudiant en service à temps plein;
- étudiant en service à temps partiel;
- retraité.

En ce qui attrait la coordination des prestations des enfants à charge, la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent qui célèbre son anniversaire le premier dans l'année,
- le régime du parent dont la première lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet, si les parents ont tous deux la même date d'anniversaire.

Dans le cas des enfants à charge de parents séparés ou divorcés ; la priorité sera accordée comme suit :

- le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant;
- le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
- le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque les prestations prévues en vertu du présent contrat sont payables après celles de tout autre régime, les prestations payables sont égales au moindre :

- a) du total des prestations qui auraient été payables en l'absence de la clause de coordination des prestations,
- b) du total des frais admissibles en vertu de votre propre régime, moins les prestations payables en vertu de tout autre régime d'assurance collective. Les prestations payables en vertu de tout autre régime incluent les prestations auxquelles vous ou une de vos personnes à charge étiez en droit de recevoir si vous aviez dûment soumis une demande de règlement.

« Régime » désigne toute protection qui prévoit des prestations pour soins, services ou fournitures médicales en vertu de tout régime collectif, familial, des débiteurs et des épargnants, et de tout régime public prévoyant des prestations pour des soins similaires.

Les remboursements en vertu de la garantie Voyage du présent contrat sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime, tel que spécifié dans la section Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière de la Garantie Voyage.

## **COORDONNÉES DES BUREAUX CROIX BLEUE**

---

Pour répondre à vos questions au sujet de votre protection collective ou pour soumettre une demande de règlement, Croix Bleue possède des bureaux aux endroits suivants :

### **CANADA ATLANTIQUE**

644, rue Main  
C. P 220  
Moncton (N.-B.) E1C 8L3

### **QUÉBEC**

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau 12  
Montréal (Qc) H3A 6T6

### **ONTARIO**

185, The West Mall, bureau 1200  
C.P 2000  
Etobicoke (Ont.) M9C 5P1

**Service à la clientèle (numéro sans frais) : 1-800-355-9133**

### **MANITOBA**

599, rue Empress  
C.P 1046 Station Main  
Winnipeg (Man.) R3C 2X7

### **SASKATCHEWAN**

516, av. Second N  
C.P. 4030  
Saskatoon (Sask.) S7K 3T2

### **ALBERTA**

10009, 108<sup>th</sup> Street NW  
Edmonton (Alb.) T5J 3C5

### **COLOMBIE-BRITANNIQUE**

Croix Bleue du Pacifique  
4250, Canada Way  
C.P. 7000  
Burnaby (C.-B.) V6B 4E1

**Service à la clientèle (numéro sans frais) : 1-888-873-9200**

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE MÉDICAMENTS

	<u>quote-part</u>	<u>Maximum</u>
<b>Médicaments</b>	10 % à une pharmacie Costco 20 % à toute autre pharmacie	5 000 \$*
<b>Fournitures pour diabétiques</b>	10 % à une pharmacie Costco 20 % à toute autre pharmacie	5 000 \$*
<b>Contraceptifs</b>	Aucune à une pharmacie Costco  20 % jusqu'à un déboursé maximal de 5 \$ par ordonnance à toute autre pharmacie	5 000 \$*
<b>Vitamines injectables</b>	10 % à une pharmacie Costco 20 % à toute autre pharmacie	5 000 \$*
<b>Vaccins préventifs</b>	10 % à une pharmacie Costco 20 % à toute autre pharmacie	100 \$ par année d'assurance*

### GÉNÉRALITÉS

<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Type de paiement</b>	Carte de paiement direct
<b>Substitution par le produit le moins coûteux</b>	Oui, même si le prescripteur indique « aucune substitution »
<b>Prestations aux survivants</b>	Se poursuivent avec le paiement des primes jusqu'à la fin de l'année scolaire
<b>Fin de la protection</b>	À la première des éventualités suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de l'année d'assurance,</li><li>- la date à laquelle vous ne fréquentez plus un établissement d'enseignement participant et vous n'y êtes plus inscrit, ou</li><li>- à 70 ans</li></ul>

\*La garantie Médicaments est assujettie à un maximum global combiné de 5 000 \$ par participant, par année d'assurance.

*Une pharmacie Costco est le Réseau des pharmacies partenaires.*

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

#### SERVICES PARAMÉDICAUX

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum par année d'assurance</u>
<b>Chiropraticien</b>	100 %	20 \$	400 \$ incluant les radiographies
<b>Naturopathe</b>	100 %	20 \$	400 \$ incluant les radiographies
<b>Acupuncteur</b>	100 %	20 \$	400 \$
<b>Diététiste</b>	100 %	20 \$	400 \$
<b>Ostéopathe</b>	100 %	20 \$	400 \$ incluant les radiographies
<b>Podologue/Podiatre et chirurgien podiatrique</b>	100 %	20 \$	400 \$ incluant les radiographies
<b>Physiothérapeute/ Thérapeute du sport</b>	100 %	20 \$	400 \$
<b>Massothérapeute</b>	100 %	20 \$	400 \$

#### GÉNÉRALITÉS

<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Prestations aux survivants</b>	Se poursuivent avec le paiement des primes jusqu'à la fin de l'année scolaire
<b>Fin de la protection</b>	À la première des éventualités suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de l'année d'assurance,</li><li>- la date à laquelle vous ne fréquentez plus un établissement d'enseignement participant et vous n'y êtes plus inscrit, ou</li><li>- à 70 ans</li></ul>

**La garantie Santé complémentaire est assujettie à un maximum global combiné de 10 000 \$ par participant, par année d'assurance (excluant l'examen de la vue et le tuteur).**

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

#### FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Soins infirmiers	100 %	10 000 \$ / 12 mois consécutifs
Service ambulancier	100 %	Illimité
Chaussures orthopédiques	100 %	200 \$ / 12 mois consécutifs
Orthèses plantaires	100 %	275 \$ / 12 mois consécutifs
Bas de soutien	100 %	une paire / année d'assurance
Prothèses (membres, prothèses oculaires)	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Aides à la mobilité (plâtres, cannes, béquilles)	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Équipement médical	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Appareils pour diabétiques	100 %	700 \$ / viager
Fournitures pour trachéotomie et pour personnes stomisées/colostomie/iléostomie/urostomie	100 %	Usuel et raisonnable
Prothèses auditives	100 %	250 \$ / 2 années d'assurance
Stérilet	100 %	Illimité
Autres fournitures et services médicaux**	100 %	Usuel et raisonnable (voir Annexe A)
Neurostimulateur transcutané	100 %	300 \$ / 5 années d'assurance
Tests diagnostiques***	100 %	1 000 \$ / année d'assurance
Soins dentaires en raison d'un accident*	100 %	Autorisation requise

#### GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Prestations aux survivants	Se poursuivent avec le paiement des primes jusqu'à la fin de l'année scolaire
Fin de la protection	À la première des éventualités suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de l'année d'assurance,</li><li>- la date à laquelle vous ne fréquentez plus un établissement d'enseignement participant et vous n'y êtes plus inscrit, ou</li><li>- à 70 ans</li></ul>

\* Autorisation requise au préalable

\*\* Voir l'Annexe A pour d'autres fournitures et services médicaux.

\*\*\* Services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

La garantie Santé complémentaire est assujettie à un maximum global combiné de 10 000 \$ par participant, par année d'assurance (excluant l'examen de la vue et le tuteur).

Usuel et raisonnable : désigne les honoraires habituels facturés par des membres d'une même profession exerçant celle-ci dans la localité ou la région géographique où les frais sont engagés pour des services semblables, comme le détermine Croix Bleue Medavie ou selon le guide d'honoraires établi par Croix Bleue Medavie.

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

### GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

---

#### SOINS DE LA VUE

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
Examen de la vue	100 %	30 \$ / 12 mois consécutifs
Verres de contact requis en raison d'une maladie	100 %	200 \$ par 24 mois consécutifs
Entraînement visuel	100 %	150 \$ à vie
Lentilles/montures/verres de contact	100 %	75 \$ / 24 mois consécutifs
Chirurgie oculaire au laser	100 %	150 \$ / 12 mois consécutifs

---

#### GÉNÉRALITÉS

---

<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Prestations aux survivants</b>	Se poursuivent avec le paiement des primes jusqu'à la fin de l'année scolaire
<b>Fin de la protection</b>	À la première des éventualités suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de l'année d'assurance,</li><li>- la date à laquelle vous ne fréquentez plus un établissement d'enseignement participant et vous n'y êtes plus inscrit, ou</li><li>- à 70 ans</li></ul>

---

La garantie Santé complémentaire est assujettie à un maximum global combiné de 10 000 \$ par participant, par année d'assurance (excluant l'examen de la vue et le tuteur).

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

### GARANTIE VOYAGE

---

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
<b>Médico-hospitalière</b>	100 %	2 000 000 \$ / par participant par incident ; moins de 65 ans les premiers 90 jours du voyage; 65 ans et plus les premiers 60 jours du voyage

---

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum</u>
<b>Patients dirigés hors Canada</b>	100%	500 000 \$ à vie, approbation requise au préalable

---

---

### GÉNÉRALITÉS

---

<b>Prestations aux survivants</b>	Se poursuivent avec le paiement des primes jusqu'à la fin de l'année scolaire
<b>Assistance voyage</b>	Fournie par CanAssistance inc.
<b>Fin de la protection</b>	À la première des éventualités suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de l'année d'assurance,</li><li>- la date à laquelle vous ne fréquentez plus un établissement d'enseignement participant et vous n'y êtes plus inscrit, ou</li><li>- à 70 ans</li></ul>

---

## SOMMAIRE DES GARANTIES

### SOINS DENTAIRES

	<u>% de remboursement</u>	<u>Maximum par année d'assurance</u>
Soins préventifs	70 %	750 \$*
Soins de base	70 %	750 \$*
• Services de restauration, Endodontie, Parodontie, Ajustements de prothèses amovibles	50 %	750 \$*
• Chirurgie buccale	40 %	750 \$*
Soins majeurs	50 %	750 \$*
Année d'édition du guide des tarifs	Année courante	
Nombre d'examens de rappel, polissage et application topique de fluorure	1 par 6 mois consécutifs	

### GÉNÉRALITÉS

Franchise	Aucune
Type de paiement	Remboursement
Prestations aux survivants	Se poursuivent avec le paiement des primes jusqu'à la fin de l'année scolaire
Fin de la protection	À la première des éventualités suivantes : <ul style="list-style-type: none"><li>- la fin de l'année d'assurance,</li><li>- la date à laquelle vous ne fréquentez plus un établissement d'enseignement participant et vous n'y êtes plus inscrit, ou</li><li>- à 70 ans</li></ul>

\* Les soins préventifs, les soins de base et les soins majeurs sont assujettis à un maximum global.



## SOMMAIRE DES GARANTIES

### ANNEXE A - GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Prothèses : une (1) à vie. Si la prothèse est requise en raison d'un changement physiologique ou pathologique du moignon, les documents médicaux pertinents seront pris en considération.

Les réparations et/ou ajustements sont couverts sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année d'assurance.

Prothèses mammaires : limite d'une (1) prothèse gauche et d'une (1) prothèse droite sous réserve d'un maximum de 200 \$ par période de 12 mois consécutifs.

Perruques : 200 \$ à vie

Équipement médical : une autorisation est requise au préalable et l'achat est à la discrétion de Croix Bleue Medavie.

Autres fournitures et services médicaux prescrits :

- L'oxygène et la location d'appareils en vue de son administration nécessitent une autorisation au préalable; l'achat est à la discrétion de Croix Bleue Medavie.
- Les coussins et insertions pour un fauteuil roulant et ou un scooter (selon l'approbation et à concurrence des frais usuels et raisonnables).
- Les fournitures pour personnes stomisées, colostomie, iléostomie, trachéotomie, urostomie et pour l'incontinence, à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Larynx artificiel : un (1) à vie, à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Frais de réparation d'un larynx artificiel, sous réserve d'un maximum de 300 \$ par année d'assurance.
- Vêtements compressifs pour brûlures majeures : 500 \$ par 12 mois consécutifs.
- Soutiens-gorge chirurgicaux : deux (2) par année d'assurance.
- Tubes d'espacement pour inhalateur : à concurrence des frais usuels et raisonnables.
- Matériel pour le dépistage d'allergies : 50 \$ par année d'assurance.
- Manchons pour lymphœdème : deux (2) par année d'assurance.
- Tuteur : 10 \$ par heure sous réserve d'un maximum de 300 \$ par accident.
- Orthèse de genou sur mesure : 1 575 \$ par 12 mois consécutifs.

## **GARANTIE MÉDICAMENTS**

---

Cette garantie couvre les frais de médicaments admissibles tels que définis par la Compagnie et sous réserve de la franchise, de la quote-part ou du maximum indiqués au Sommaire des garanties.

La Compagnie peut faire, périodiquement, des ajouts, des suppressions ou des modifications à la liste des médicaments admissibles ou à toute liste mentionnée ci-après. Une autorisation préalable peut être requise pour certains médicaments afin d'assurer leur admissibilité au paiement, tel qu'indiqué par la Compagnie.

Les médicaments doivent être dispensés par un fournisseur approuvé par la Compagnie.

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Substitution par le produit le moins coûteux s'applique, la Compagnie rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

Vous pouvez vous procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

La Compagnie applique la clause de substitution même si votre médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si le participant ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, la Compagnie peut accepter de rembourser le coût du médicament interchangeable prescrit, sur une base de cas par cas, par le biais du processus d'exception précisé.

Les frais admissibles sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

### ***Franchise***

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat, s'il y a lieu.

### ***Frais admissibles***

Le régime couvre les frais suivants, selon le pourcentage de remboursement indiqué au Sommaire des garanties.

Les frais pour les médicaments qui requièrent une ordonnance en vertu de la loi, qui sont approuvés par la Compagnie et prescrits par un médecin ou un dentiste sont admissibles. Seront aussi pris en considération, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé lorsque la législation provinciale applicable permet à ce professionnel de prescrire ces médicaments.

Les services en pharmacie, tels que confirmés par Croix Bleue Medavie, sont admissibles lorsqu'ils sont reçus dans une pharmacie partenaire, selon les frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

Pharmacie partenaire désigne une pharmacie reconnue comme faisant partie du Réseau des pharmacies partenaires de Croix Bleue Medavie (non disponible dans les pharmacies du Québec).

## **GARANTIE MÉDICAMENTS**

---

### ***Frais non remboursés par le régime***

Les frais reliés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties :

- les produits qui ne sont pas approuvés par la Compagnie,
- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes,
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés, acides gras essentiels,
- les préparations alimentaires pour nourrissons,
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients,
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau,
- les minéraux,
- les produits homéopathiques/naturopathiques,
- les médicaments ou les formes de médicaments n'ayant pas d'indication thérapeutique,
- plantes médicinales,
- remèdes traditionnels,
- probiotiques,
- les traitements pour l'amaigrissement,
- médicaments de fertilité,
- médicaments pour le traitement du dysfonctionnement érectile

### ***S'applique aux résidents du Québec***

#### ***Loi sur l'assurance médicaments***

Ce contrat doit être administré conformément à la Loi sur l'assurance médicaments (« la Loi ») s'appliquant aux participants résidant au Québec, y compris les articles de la Loi portant sur la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles et les médicaments d'exception.

Pour les participants résidant au Québec, la clause Frais non remboursés par le régime de la présente garantie ne rendra en aucun cas la garantie Médicaments moins généreuse que le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

#### ***Déboursé maximum par année civile***

Si, dans toute année civile, un participant résidant au Québec dépense plus en médicaments admissibles que la contribution maximale établie par la RAMQ, les montants excédant le montant de la contribution maximale seront remboursés à 100 % par la Compagnie. Le montant de la contribution du participant résidant au Québec comprend la franchise et la quote-part, s'il y a lieu, pour vous et vos personnes à charge.

#### ***Participants de 65 ans et plus***

Lorsque vous et votre conjoint atteignez soixante-cinq (65) ans, vous avez une décision à prendre relativement à la couverture de vos médicaments.

#### ***Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans***

Lorsque vous et votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans vous pouvez choisir de vous assurer en vertu du régime général d'assurance médicaments créé en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (régime de la RAMQ), plutôt que de maintenir la couverture complète des médicaments du régime d'assurance collective. Ce choix est alors irrévocable.

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous-même et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, ne serez plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a et b ci-dessous).

## **GARANTIE MÉDICAMENTS**

---

### ***Décision d'adhérer au régime de la RAMQ à 65 ans (suite)***

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective (sauf la couverture complémentaire décrite aux points a et b. ci-dessous).

Toutefois, vous et vos personnes à charge qui avez adhéré au régime de la RAMQ demeurez couverts pour les frais décrits ci-dessous en vertu du régime d'assurance collective (sous réserve de l'application d'une surprime, si le tableau des primes du contrat en fait mention) :

- a) la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et;
- b) sujet à la franchise et au pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments : le remboursement de tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

### ***Décision de se désister de la RAMQ à 65 ans***

Lorsqu'un résident du Québec atteint l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ l'inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous devez donc annuler votre inscription au régime de la RAMQ pour continuer une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective. Les modalités relatives à la surprime (s'il y en a une) sont indiquées dans le Tableau des primes du contrat ou, après la date d'entrée en vigueur du contrat, dans les conditions de renouvellement des taux émises par l'assureur.

Si un résident du Québec décide de maintenir sa couverture en vertu de la présente garantie, la Compagnie se réserve le droit de modifier les taux unitaires applicables à cette garantie pour tout résident du Québec et âgé de 65 ans et plus.

### ***Fin de la protection***

La garantie Médicaments prend fin à votre cessation ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de fin de l'année scolaire;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- c) la date d'entrée en vigueur d'une couverture semblable auprès d'un autre assureur, ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge, sous réserve de la franchise (s'il y a lieu) et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties.

### ***Franchise***

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année d'assurance.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année d'assurance et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année d'assurance suivante.

### ***Frais admissibles***

Les frais usuels et raisonnables couvrant des soins nécessaires du point de vue médical et préalablement recommandés par un médecin sont remboursés selon le pourcentage et le maximum indiqués au Sommaire des garanties. Un remboursement de frais ne sera considéré que si les services sont rendus par un fournisseur approuvé par la Compagnie.

## **FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX**

### Soins infirmiers

Les services d'un infirmier licencié ou d'un infirmier-auxiliaire autorisé, qui n'est pas un membre de la famille du participant, qu'il réside ou non avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile du participant et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

Le paiement des dépenses admissibles est établi par la Compagnie en fonction du barème de prix de la province de résidence du participant pour les soins infirmiers privés.

De plus, le participant peut être admissible à des services rendus par un préposé aux soins lorsque les services sont rendus au domicile du participant, si ce dernier est sous les soins actifs d'un infirmier ou s'il nécessite des soins à domicile pour la période de rétablissement à sa sortie de l'hôpital. Ces préposés offrent des services essentiels relatifs aux activités de la vie quotidienne comme se laver, s'habiller, utiliser les toilettes, se nourrir et se déplacer.

Les frais indiqués ci-dessous ne sont pas couverts :

- a) soins de garde, aide familiale, magasinage, transport, soins de relève et services non liés au soutien des activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessus;
- b) services aux personnes vivant dans un établissement financé par le gouvernement ou autre établissement offrant des soins semblables à ses occupants;
- c) services offerts par l'entremise de programmes de soins infirmiers ou de soins personnels financés par le gouvernement ou encore de programmes de santé communautaire offerts sans frais à la population.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

### Service ambulancier

Les frais de transport par une ambulance titulaire d'un permis, incluant le transport aérien au Canada, lorsque nécessaire sur le plan médical, en direction et en provenance de l'hôpital qualifié le plus proche pouvant assurer les soins médicaux nécessaires, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Chaussures orthopédiques

Les frais de chaussures orthopédiques quand les chaussures sont fabriquées sur mesure avec des dispositifs spéciaux pour accommoder, soulager, ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied. Une ordonnance d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant est requise avec une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche du professionnel de la santé. De plus, les frais relatifs aux modifications, aux ajustements et aux fournitures sont admissibles lorsqu'ils sont prescrits par un des professionnels de la santé mentionnés ci-dessus et si le but est d'accommoder, de soulager, ou de corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied. Le remboursement maximal global est spécifié au Sommaire des garanties.

### Orthèses plantaires

Les frais pour les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, excluant leur remplacement (à l'exception d'un changement pathologique), sur autorisation écrite d'un chirurgien orthopédique, d'un physiatre, d'un rhumatologue, d'un podiatre ou du médecin traitant. Le remboursement maximum est spécifié au Sommaire des garanties.

### Bas de soutien

Les frais d'achat de bas de soutien médicaux, y compris des vêtements de soutien élastique et des vêtements de compression (faits sur mesure), sur recommandation du médecin traitant et sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Prothèses

Les frais d'achat pour les appareils correctifs suivants :

- membres artificiels (limite d'une (1) prothèse pour chaque membre, la vie durant),
- prothèses mammaires (sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties),
- nez artificiel (limité à un (1) à vie),
- prothèses oculaires (limite d'une (1) prothèse gauche et d'une (1) prothèse droite à vie),
- plâtres et attelles, à concurrence du montant usuel et raisonnable,
- bandages herniaires (limite d'un (1) par période de cinq (5) années d'assurance consécutives),
- appareils de soutien (limite d'un (1) collet cervical par année d'assurance. Pour tous les autres appareils de soutien, limite d'un (1) appareil à vie),
- orthèse de genou sur mesure (sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties),
- cannes et béquilles (maximum global de deux (2) à vie).

Le coût de remplacement de ces articles ne sera admissible qu'en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Perruques, lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou à son traitement (c'est-à-dire chimiothérapie), jusqu'à concurrence d'un maximum spécifié au Sommaire des garanties. Les prothèses capillaires, le traitement de remplacement et les autres traitements pour la perte physiologique des cheveux ne sont pas admissibles (c'est-à-dire la calvitie de type masculin).

Les réparations et les ajustements des prothèses sont couverts sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

### Prothèses auditives

Le coût des appareils auditifs (excluant les piles et les examens), sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties, lorsqu'ils sont prescrits par un otorhinolaryngologiste, un otologiste, ou sur recommandation d'un audiologiste agréé. Les enfants à charge de moins de vingt et un (21) ans nécessitant un appareil pour chaque oreille sont admissibles à deux (2) appareils auditifs (un par oreille), sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties pour chaque appareil auditif par période de trois (3) années d'assurance consécutives.

### Stérilet

Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Neurostimulateur transcutané (TENS)

Les frais d'achat ou de location d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve d'un remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

### Appareils de contrôle pour diabétiques

Les frais d'achat des articles suivants servant au contrôle du diabète : glucomètre, injecteur d'insuline à pression, système de dosage de l'insuline, ou tout autre appareil semblable approuvé par la Compagnie, sous réserve du remboursement global de 200 \$ par année d'assurance.

### Équipement médical

Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital (incluant le matelas et les côtés de sûreté) et de matériel pour l'administration d'oxygène, lorsque prescrit par un médecin. Si, en raison d'une maladie ou d'une invalidité qui se prolonge, les articles doivent servir pour une longue période de temps, la Compagnie peut, à sa discrétion, approuver l'achat de ces articles.

Une fois que l'achat de l'équipement original est approuvé, la location ou l'achat (si approuvé) de toute autre pièce d'équipement similaire sera limité au montant usuel et raisonnable.

Le coût de la réparation d'un fauteuil roulant manuel ou électrique est couvert à concurrence du montant usuel et raisonnable.

Le participant doit obtenir l'approbation préalable de la Compagnie avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée.

### Services paramédicaux

Les services dispensés par un professionnel autorisé, à l'exception de ceux reçus dans un hôpital. Le maximum payable par professionnel admissible est spécifié au sommaire des garanties. Le maximum payable pour les frais de radiographies est également spécifié au sommaire des garanties.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

### Tests diagnostiques

Les frais de services diagnostiques et de laboratoire, y compris les rayons X, lorsqu'ils sont dispensés par un laboratoire approuvé par la Compagnie et qui, selon cette dernière, est apte à offrir de tels services.

- Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Le remboursement maximal global pour ces services est spécifié au Sommaire des garanties. Services d'imagerie diagnostique ne sont couverts qu'au Québec.

### Autres fournitures et services médicaux

- a) Les frais d'achat de coussins et d'insertions pour fauteuil roulant et ou un scooter, jusqu'à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- b) Les frais pour un larynx artificiel, limité à un (1) achat à vie.
- c) Les frais pour la réparation d'un larynx artificiel, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- d) Les frais d'achat de vêtements de compression pour brûlures majeures, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- e) Les frais d'achat de soutiens-gorge chirurgicaux, maximum de deux (2) par année d'assurance.
- f) Les frais d'achat de tubes d'espacement pour inhalateur, à concurrence du montant usuel et raisonnable.
- g) Les frais d'achat de matériel pour les tests d'allergies, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.
- h) Les frais de manchons pour lymphœdème, sous réserve de deux (2) par année d'assurance.

### Fournitures pour personnes stomisées

Les frais de fournitures essentielles pour personnes stomisées, à concurrence du montant usuel et raisonnable.



## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

### Soins dentaires requis en raison d'un accident

Les frais de soins dentaires requis lorsque des dents naturelles saines ont été endommagées par suite d'un coup direct accidentel à la bouche, ou qu'une mâchoire fracturée ou disloquée doit être remise en place.

Ces soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par la Compagnie dans les 180 jours suivant l'accident et complétés dans les vingt-quatre (24) mois de la date de l'accident. Les frais admissibles sont les honoraires usuels et courants du dentiste jusqu'à concurrence de ceux prévus au Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes de la province où les soins ont été rendus.

Tous les traitements dentaires reportés doivent être complétés et approuvés pour paiement par la Compagnie, au plus tard le dernier jour du mois dans lequel le participant atteint vingt et un (21) ans, sauf indication contraire requis par la loi auquel cas la disposition législative applicable dans la province de résidence du participant s'applique.

Lorsque de tels traitements dentaires doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que la Compagnie juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par la Compagnie pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par la Compagnie au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. L'adhérent est tenu de remettre à la Compagnie, dans les 180 jours qui suivent l'accident, les détails complets des services requis du dentiste, ainsi que la raison pour laquelle ils ont été reportés.

### Tuteur

Les frais pour des services de tutorat privés donnés par un professeur qualifié, lorsque prescrits par un médecin et sous réserve du remboursement maximal spécifié au Sommaire des garanties.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

### **SOINS DE LA VUE**

#### Examen de la vue

Les frais engagés pour un examen de la vue auprès d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du maximum spécifié au Sommaire des garanties.

#### Verres de contact requis en raison d'une maladie

Les frais demandés pour des verres de contact prescrits par un ophtalmologiste autorisé en raison d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée; d'un kératocône (cornée conique) ou d'aphakie, à condition que la vue puisse être améliorée au moins au niveau 20/40 avec des verres de contact mais non avec des lunettes. Le remboursement maximum global est spécifié au Sommaire des garanties.

#### Entraînement visuel

Les frais d'entraînement visuel et exercices de réadaptation visuelle lorsque dispensés par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisés, sous réserve du remboursement maximum spécifié au Sommaire des garanties.

#### Lunettes (verres et montures) et verres de contact

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste. Le coût de lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte, sont également admissibles dans le remboursement maximum global mentionné au Sommaire des garanties.

#### Chirurgie oculaire au laser

Le coût d'une chirurgie oculaire au laser prescrit par un ophtalmologiste ou un optométriste est admissibles dans le remboursement maximum global mentionné au Sommaire des garanties

#### ***Frais non remboursés par le régime***

Les frais relatifs aux éléments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) examens médicaux ou bilans de santé demandés par une tierce partie,
- b) cures de repos, soins de convalescence, soins de garde, services de réadaptation données dans un établissement hospitalier pour malades chroniques ou une unité de soins d'un hôpital général pour malades chroniques, ou pour les frais engagés par un participant pour un traitement qui, de l'avis de la Compagnie, aurait dû être dispensé dans une unité de soins ou un établissement hospitalier pour malades chroniques,
- c) services facultatifs donnés à un participant à l'extérieur de sa province de résidence si le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant n'accepte pas de payer les frais habituellement couverts pour ces services, dans la province de résidence du participant,
- d) services ou produits auxquels le participant a droit en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre mesure législative,
- e) services pour lesquels il n'y aurait eu aucuns frais si le participant n'avait pas été couvert en vertu du présent contrat,
- f) services à des fins esthétiques ou traitements de problèmes qui ne nuisent pas à la santé,
- g) produits ou services habituellement offerts sans frais ou à un coût minime au participant en vertu d'une loi ou d'un règlement gouvernemental à la date d'entrée en vigueur du contrat, que ces produits ou services continuent ou non d'être admissibles en vertu d'un programme gouvernemental,
- h) frais de livraison ou de déplacement, ou les deux, à destination ou en provenance d'un hôpital ou du bureau d'un professionnel de la santé,

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE**

---

### ***Frais non remboursés par le régime (suite)***

- i) services offerts en raison de blessures subies ou de maladies contractées par suite d'une émeute, d'une insurrection ou d'une guerre, qu'elle soit déclarée ou non, y compris tout état causé directement ou indirectement par les forces armées d'un pays,
- j) médicaments faisant l'objet de restrictions en vertu d'une loi fédérale ou provinciale qui sont prescrits ou donnés malgré ces règlements,
- k) frais d'admission ou les surcharges qu'impose un hôpital pour un non résident,
- l) services requis par suite d'une tentative de perpétration d'un acte criminel,
- m) soins rendus par un professionnel de la santé non autorisé,
- n) frais pour rendez-vous manqués ou pour faire remplir des formulaires,
- o) services normalement acquittés directement ou indirectement par l'employeur,
- p) services et produits de soins de santé qui ne proviennent pas d'un fournisseur approuvé par la Compagnie,
- q) produits ou services de soins de santé de nature expérimentale ou pour fins de recherche,
- r) produits ou services de soins de santé qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ni d'une efficacité éprouvée,
- s) frais pour l'évaluation du plan de traitement, y compris les évaluations en physiothérapie mais sans s'y limiter. Les évaluations du plan de traitement seront exclues des services admissibles, sauf indication contraire précisée dans la présente,
- t) produits et services de soins de santé administrés par un hôpital, un organisme ou un fournisseur sous la direction d'un hôpital, d'un organisme ou d'un fournisseur financé, en totalité ou en partie, par un palier gouvernemental. Ces services ne sont pas admissibles à remboursement en vertu de la présente, sauf indication contraire.

### ***Limitation***

Pour l'application de la présente garantie, tous les participants sont considérés comme étant couverts en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de la province de résidence du participant au Canada.

### ***Fin de la protection***

La garantie Santé complémentaire prend fin à votre cessation ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de fin de l'année scolaire;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- c) la date d'entrée en vigueur d'une protection semblable auprès d'un autre assureur; ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE SANTÉ COMPLÉMENTAIRE - PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA**

---

Lorsque le médecin traitant d'un participant réfère ce dernier à un médecin hors Canada pour des soins médicaux non disponibles au Canada, le régime rembourse les frais usuels, et raisonnables énumérés ci-dessous, qui excèdent le montant payé par le régime provincial d'assurance-maladie. Le remboursement maximal viager est indiqué au Sommaire des garanties.

### ***Frais admissibles***

#### Services hospitaliers

Les frais hospitaliers reliés à des services médicalement requis tels qu'ils sont indiqués ci-dessous, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie :

- Chambres d'hôpital
- Soins intensifs
- Soins infirmiers
- Salles d'opération et salles de réveil
- Services diagnostiques, incluant les frais de laboratoires et les radiographies
- Oxygène et sang
- Médicaments sur ordonnance, incluant les solutions intraveineuses
- Physiothérapie

#### Médecins et chirurgiens

Les honoraires habituels pour les services rendus par les médecins et chirurgiens, moins le montant alloué par le régime provincial d'assurance-maladie.

#### Ambulance

Frais de services ambulanciers requis afin de transporter un patient sur civière en direction ou en provenance de l'établissement médical le plus proche pouvant administrer les soins essentiels.

#### Accompagnateur dans l'ambulance

Frais de déplacement d'un infirmier licencié ou d'un préposé médical accompagnant le participant dans l'ambulance (n'ayant aucun lien de parenté avec ce dernier), lorsque médicalement nécessaire et sur approbation préalable de la Compagnie.

### ***Exclusions et restrictions spécifiques***

1. La référence hors Canada doit être justifiée sur le plan médical et ne doit pas porter sur des services disponibles au Canada, tels que déterminés par la Compagnie.
2. L'autorisation préalable de la Compagnie doit être obtenue.
3. Les frais admissibles sont les frais raisonnables et habituels qui s'appliquent dans la région où les services sont rendus.
4. Tous les services doivent être rendus dans le cadre d'un traitement actif rendu par un médecin.
5. Aucune prestation n'est payable pour le traitement d'une maladie ayant débuté dans les douze (12) mois de la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard du participant et pour laquelle ce dernier a reçu un traitement médical ou pour laquelle des médicaments lui ont été prescrits dans les douze (12) mois précédant la date d'entrée en vigueur de cette garantie.
6. Les services fournis à l'extérieur du Canada ne doivent pas être à titre expérimental ou pour fins de recherche.
7. La présente garantie exclut les soins non disponibles en raison de listes d'attente ou de traitements refusés par un médecin au Canada.
8. Pour être admissibles, les frais décrits ci-dessus doivent être en partie remboursables par le régime d'assurance-maladie de la province de résidence du participant.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

Cette garantie couvre les frais imprévus qui surviennent lorsque vous ou vos personnes à charge êtes en voyage à l'extérieur de votre province de résidence.

### ***GARANTIE MÉDICO-HOSPITALIÈRE***

#### ***Lignes Canassistance***

En cas d'urgence médicale, le participant qui est à l'extérieur de sa province de résidence ou son mandataire doit appeler Canassistance dès que possible à l'un des numéros apparaissant ci-dessous :

**du Canada ou des États-Unis : 1-800-563-4444**

**d'ailleurs dans le monde : 1-506-854-2222 (à frais virés)**

Pour faciliter la communication, la personne doit s'identifier, donner le numéro de téléphone de l'endroit d'où elle appelle, ainsi que ses numéros de groupe et de certificat.

Si le participant ne peut pas appeler à frais virés, Croix Bleue Medavie lui remboursera le coût de l'appel.

#### ***Frais et services couverts par la garantie Médico-hospitalière***

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie, sous réserve d'un remboursement maximum de 2 000 000 \$ par événement, par participant.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations accordées sont complémentaires aux prestations prévues par les régimes gouvernementaux.

#### Hospitalisation

Frais engagés dans un hôpital général public en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie pour a) une chambre d'hôpital (une seule chambre), et b) les services médicalement nécessaires donnés au patient hospitalisé ou traité au service de consultation externe.

#### Médecins et chirurgiens

Honoraires usuels de médecins et de chirurgiens pour services dispensés, en excédent de ceux couverts par le régime gouvernemental d'assurance-maladie.

#### Appareils médicaux

Le coût des plâtres, béquilles, cannes, écharpes, attelles, bandages herniaires et appareils de soutien ainsi que la location temporaire d'un fauteuil roulant lorsque c'est nécessaire en raison d'un accident ou d'une maladie qui se produit à l'extérieur de la province de résidence du participant. Une ordonnance du médecin est aussi requise.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### Infirmier

Les honoraires usuels et raisonnables pour soins infirmiers privés dispensés sur ordonnance d'un médecin par un infirmier autorisé ou un infirmier-auxiliaire autorisé n'ayant pas de lien de parenté avec le patient et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

### Service d'ambulance

Frais usuels de transport par ambulance, par un service d'ambulance titulaire d'une licence, à destination ou en provenance de l'établissement hospitalier qualifié le plus proche, y compris le transport par avion et secours d'urgence.

### Retour à domicile

Frais supplémentaires de billets, en classe économique, pour le retour du patient à domicile par la voie la plus directe (avion, autobus, train) lorsque le patient est obligé de retourner chez lui en raison de son état de santé et qu'il doit être accompagné d'un auxiliaire médical qualifié (sans lien de parenté avec le patient), avec autorisation écrite du médecin traitant à l'appui. Si le voyage de retour se fait sur vol régulier, le régime couvre :

- a) deux (2) billets à destination de la ville de résidence du patient au Canada, par la voie la plus directe, un retour simple pour la personne couverte et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient;
- b) le nombre de sièges nécessaires pour installer le patient en civière pour le retour, et un aller-retour pour l'auxiliaire médical qui accompagne le patient.

### Frais de diagnostic

Frais d'analyses de laboratoire et de radiographies aux fins de diagnostic, sur ordonnance du médecin traitant, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance-maladie.

### Services paramédicaux

Honoraires d'un chiropraticien, d'un ostéopathe, d'un podologue ou podiatre, d'un physiothérapeute, sans lien de parenté avec le patient, en excédent de ceux couverts par un régime gouvernemental d'assurance maladie. Radiographies non comprises.

### Médicaments

Coût de médicaments couverts, tels qu'ils ont été définis, en quantité suffisante pour la période de voyage. Le remboursement des médicaments admissibles est effectué uniquement sur présentation d'une preuve d'achat et de paiement tel qu'attesté sur un document provenant d'un fournisseur approuvé par la Compagnie et dont le commerce est situé à l'extérieur de la province de résidence du participant. La facture doit renfermer les renseignements suivants : le nom du médicament, la date de l'achat, la quantité, le dosage et le coût total.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### Soins dentaires

Coût jusqu'à concurrence de 2 000 \$ en monnaie canadienne, de soins dentaires requis en raison de dommages aux dents naturelles par suite d'un coup direct et accidentel à la bouche ou lorsque la mâchoire est fracturée ou disloquée et doit être remise en place. Les soins doivent être donnés ou signalés et approuvés par la Compagnie aux fins de paiement dans les 180 jours suivant l'accident, avec attestation pertinente à l'appui.

Si les traitements doivent être reportés en raison de l'âge du patient ou pour toute autre raison que la Compagnie juge valable, les traitements peuvent être approuvés pour paiement ultérieur. Pour répondre aux exigences de paiement, le participant doit être couvert par la Compagnie pour les soins dentaires par suite d'un accident au moment où l'accident se produit et il doit toujours être couvert par la Compagnie au moment où les services sont rendus. La seule exception à cette exigence est lorsque le participant n'est pas couvert pour les soins dentaires au moment où le service est rendu; le cas échéant, la demande de règlement peut être approuvée. Le participant est tenu de soumettre à la Compagnie, dans les 180 jours suivant l'accident, un rapport complet des soins dentaires requis et la raison pour laquelle ils ont été reportés.

### Retour du véhicule

Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel du participant ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 500 \$ canadiens.

### Retour de la dépouille

Le coût de la préparation (incluant la crémation) et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) au point de départ au Canada, par la voie la plus directe, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ canadiens.

### Repas et hébergement

Frais supplémentaires pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un adhérent ou une personne à charge doit reporter son retour en raison de maladie contractée ou de blessure subie par un compagnon de voyage ou par le participant lui-même, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$ canadiens (soit 150 \$ par jour, maximum de 20 jours) par voyage. Des reçus d'établissements commerciaux à l'appui et une déclaration du médecin traitant sont requis.

### Transport pour visiter le participant

Coût d'un billet aller-retour en classe économique par la voie la plus directe (avion, autobus, train) pour rendre visite au participant qui a été hospitalisé ou, s'il est décédé et que le médecin traitant recommande la présence d'un membre de la famille immédiate ou d'un ami très proche du participant.

### Assistance en cas d'urgence et pour le paiement

Un service d'aide 24 heures par jour est offert, au moyen d'une ligne téléphonique directe, aux participants qui ont besoin d'aide au cours d'un voyage. Si une urgence médicale survient, le participant peut appeler le Service d'assistance dont le numéro figure sur la carte qui lui a été remise. Le service prendra les dispositions nécessaires pour confirmer l'adhésion du participant au régime de protection auprès du médecin ou de l'établissement hospitalier. Le paiement des frais médicaux sera fait ou coordonné au nom du participant. De plus, les services ci-dessous seront offerts au participant :

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### Assistance médicale

Le participant peut demander une liste d'hôpitaux ou d'établissements hospitaliers. Le Service d'assistance prendra les dispositions pour que les services ci-dessous soient couverts :

- avis d'un médecin agréé;
- suivi médical de l'état du patient et communication avec l'adhérent et la famille;
- retour du patient à domicile ou transfert du patient lorsque sa condition médicale le permet;
- transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier la personne décédée.

### Aide relative aux besoins non médicaux

Le patient peut demander :

- une réponse en situation d'urgence dans les principales langues;
- de l'aide en cas d'urgence pour communiquer avec la famille ou l'entreprise;
- le renvoi à un conseiller juridique.

### ***Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière***

Aucun participant n'a droit à des prestations dans les cas suivants :

1. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie aux personnes voyageant à l'extérieur de leur province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation médicale ou traitement, et ce, même si le voyage est recommandé par un médecin.
2. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente garantie pour un traitement facultatif non urgent ou une intervention chirurgicale facultative non urgente; à savoir un traitement ou une intervention chirurgicale a) qui n'est pas requis pour le soulagement immédiat d'une douleur aiguë et de souffrance; ou b) qui peut raisonnablement être reporté après le retour du participant au Canada; ou c) que le participant a choisi de recevoir ou de subir à l'extérieur du Canada par suite du traitement d'urgence ou du diagnostic d'un problème de santé qui (avec information médicale à l'appui) n'aurait pas empêché le participant de retourner au Canada pour y recevoir le traitement ou l'intervention chirurgicale.
3. Aucune prestation ne sera versée en vertu de la présente, si le participant reçoit des prestations pour la même raison d'une tierce partie.
4. Aucune prestation ne sera versée pour des frais engagés à la suite de l'usage abusif de médicaments, d'un suicide ou d'une tentative de suicide, d'actes criminels ou de blessures causées lors de la conduite d'un véhicule moteur, alors que le taux d'alcool du participant est supérieur à la limite permise dans la juridiction où a lieu l'accident.
5. La Compagnie, en consultation avec le médecin traitant, se réserve le droit de transférer le patient au Canada. Si un participant considéré apte au transfert, d'après l'information médicale à l'appui, choisit de ne pas retourner au Canada après que son état de santé, requérant des soins de suivi, ait été diagnostiqué et traité d'urgence, les frais occasionnés par les soins médicaux de suivi donnés, par le traitement ou par l'intervention chirurgicale pratiquée à l'extérieur de Canada ne sont pas admissibles à paiement en vertu du présent régime de protection. La Compagnie n'assume aucune responsabilité si l'état de santé du participant se détériore pendant ou après le transfert au Canada.



### ***Exclusions et réductions relatives à la garantie Médico-hospitalière (suite)***

6. Les prestations ne sont payables que pour des frais engagés par suite d'une maladie subite ou d'un accident survenant pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant. Les conditions préexistantes seront couvertes en vertu de la garantie pourvu que l'état du participant demeure stable avant de réserver la date de départ et qu'aucun soin médical ne soit prévu pendant la période du voyage.

Un problème de santé préexistant est considéré comme stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, vous n'avez pas:

- a) été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- b) éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examens indiquant la détérioration de la condition;
- c) reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement;
- d) été admis dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- e) été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

7. La présente exclut les pertes, dommages, coûts ou frais de quelque que nature que ce soit, découlant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes ou associés à celles-ci, peu importe toute autre cause ou tout autre incident contribuant au même moment ou dans toute autre séquence à la perte en question :
- a) un événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs recommandant à ses citoyens d'éviter les voyages dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu et est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
  - b) une insurrection, une guerre (déclarée ou non), une hostilité des forces armées de tout pays ou la participation à une émeute ou à un affrontement public.
8. La protection est limitée aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Si un assuré est couvert en vertu d'une autre protection voyage pour une perte couverte par le présent contrat, la Compagnie sera tenue responsable seulement pour la partie en excédent des montants recouvrables ou recouverts d'une autre protection voyage. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime, tel qu'indiqué dans la section Coordination des prestations.
9. Les frais qui dépassent deux (2) millions de dollars canadiens par participant, par incident à l'extérieur de la province de résidence du participant ne sont pas couverts par la Compagnie. Toutes les demandes de règlement et tous les formulaires gouvernementaux requis doivent être soumis dans les quatre (4) mois suivant la date de service.

## **GARANTIE VOYAGE**

---

### ***Restrictions pour la durée des voyages***

Les frais usuels et raisonnables décrits dans la garantie Médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans 90 jours d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du participant et à la condition que ce dernier soit couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence au moment où la situation urgente arrive.

Pour les participants âgés de 65 ans et plus, la période de 90 jours mentionnée ci-dessus est remplacée par 60 jours.

### ***Fin de la garantie Voyage***

La garantie Voyage prend fin à la cessation, à votre décès ou lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance. La protection prend également fin pour tout participant le jour où il cesse d'être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence.

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de fin de l'année scolaire;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- c) la date d'entrée en vigueur d'une protection semblable auprès d'un autre assureur; ou
- d) la date de fin du contrat.

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES**

---

Cette garantie couvre les frais admissibles engagés par vous et vos personnes à charge pour des services dentaires recommandés par un dentiste et dispensés par

- un dentiste,
- un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou
- un denturologiste,

sous réserve de la franchise (s'il y a lieu), des pourcentages de remboursement et des maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Si vous ou vos personnes à charge adhérez à la garantie plus de 31 jours après la date à laquelle vous y devenez admissible, le remboursement maximum est limité à 250 \$ pour tous les soins couverts au cours des 12 premiers mois de protection.

### ***Calcul des frais admissibles***

Le montant admissible pour un service couvert est celui indiqué dans le Guide des tarifs suggérés des actes bucco-dentaires approuvé par votre province de l'adhérent (éditions de l'année courante).

### ***Franchise***

La franchise, s'il y a lieu, est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que la Compagnie ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise ne s'applique qu'une fois par année d'assurance.

Les frais admissibles engagés au cours des trois derniers mois de l'année d'assurance et qui n'ont pas été utilisés parce que la franchise pour l'année n'avait pas été atteinte peuvent servir à réduire la franchise de l'année d'assurance suivante.

### ***Frais admissibles***

Après le paiement de la franchise (s'il y a lieu), le régime rembourse les frais suivants, selon le pourcentage et jusqu'au maximum indiqués au Sommaire des garanties :

#### Soins préventifs

- a) Examen et diagnostic
  - examen buccal complet (un (1) par 24 mois consécutifs)
  - examen de rappel (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
  - examen buccal d'urgence et examen d'un aspect particulier (une (1) fois par année d'assurance)
- b) Radiographies
  - série complète (un (1) par 24 mois consécutifs)
  - pellicule panoramique (un (1) par 24 mois consécutifs)
  - intra-oraux - périapicales
  - intra-oraux - occlusales
  - intra-oraux - interproximales (une (1) fois par année d'assurance)
  - extra-oraux
  - sialographies
  - substances radiopaques
- c) Tests et examens de laboratoires
  - culture microbiologique
  - biopsie tissus buccaux mous
  - biopsie tissus buccaux durs
  - examen cytologique

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES**

---

### Soins préventifs (suite)

#### d) Services préventifs

- polissage de la partie coronaire des dents (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- application topique de fluorure (tel que mentionné au Sommaire des garanties)
- scellants de puits et fissures (personnes âgées de moins de 18 ans)
- détartrage (10 unités\* par 12 mois consécutifs combinées au surfaçage radiculaire)

#### e) Appareils de maintien

### Soins de base

#### a) Services de restauration

- restauration en amalgame, acrylique, silicate ou en composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées
- tenons de rétention
- couverture complète des restaurations préfabriquées

#### b) Endodontie

- coiffage de la pulpe
- pulpotomie
- pulpectomie d'urgence
- traitement de canal
- chirurgie endodontique
- blanchiment (sur dent devitalisée)
- apexification

#### c) Parodontie

- chirurgie parodontaire
- jumelage provisoire
- soin des infections aiguës
- désensibilisants
- autres services parodontaux d'appoint
- surfaçage radiculaire (10 unités\* par 12 mois consécutifs combinées avec le détartrage)
- curetage gingival
- équilibrage de l'occlusion (trois (3) unités\* par année d'assurance)
- appareils parodontaux (un (1) par deux (2) années d'assurance consécutives)
- ajustements d'appareils (trois (3) unités\* par année d'assurance)

#### d) Ajustement de prothèses amovibles

- ajustements mineurs
- rebasage et regarnissage (un (1) par deux (2) années d'assurance consécutives)

#### e) Chirurgie buccale

- ablation de dents ayant fait éruption
- exposition chirurgicale et déplacement des dents
- ablation de tumeurs ou de kystes

\* Une unité de temps équivaut à 15 minutes de service.

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES**

---

### Soins de base (suite)

- f) Services généraux complémentaires
- Anesthésie (en corrélation avec de la chirurgie)

### Soins de restauration majeure

Les frais qui suivent sont admissibles si les soins de restauration majeure sont inclus au sommaire des garanties.

- a) Services de prothèse dentaire
- prothèses amovibles partielles ou complètes (une (1) fois par cinq (5) années d'assurance consécutives)
  - réparations de prothèses (une (1) fois par cinq (5) années d'assurance consécutives)

La présente garantie ne couvre pas le remplacement de la prothèse à moins que celle-ci ait été en place plus de cinq (5) ans et qu'elle ne soit plus utilisable, ni le remplacement de prothèse perdue, égarée ou volée.

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES**

---

### ***Traitement proposé de plus de 500 \$***

Si le coût du traitement prévu dépasse 500 \$, demandez à votre dentiste de remplir la section « pré-évaluation » du formulaire de demande de règlement, et faites-le parvenir à la Compagnie avant le début du traitement. Vous connaîtrez ainsi à l'avance le montant exact du remboursement. Si vous changez de dentiste en cours de traitement, vous devez soumettre une nouvelle évaluation à la Compagnie.

### ***Frais qui ne sont pas remboursés par le régime***

Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- a) tout traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction du joint temporo-mandibulaire, sauf si spécifié au sommaire des garanties;
- b) services rendus par un hygiéniste dentaire mais qui ne sont pas administrés sous la supervision d'un dentiste, sauf si, dans une province donnée, une telle supervision n'est plus légalement requise;
- c) services et fournitures relatifs au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;
- d) tous les frais payables ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental ou privé ou qui habituellement l'auraient été si une demande avait été soumise;
- e) tous frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail ou de toute société de l'assurance automobile, ou de toute loi ou régime semblables, le cas échéant;
- f) les frais qui découlent d'une tentative de suicide ou blessure volontaire, que le participant ait été sain d'esprit ou non;
- g) les frais qui découlent de blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement des fonctions du participant, ou blessure subie durant une guerre;
- h) les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés dans un but esthétique (les réparations en composite ne sont pas touchées par la présente exclusion);
- i) les soins qui excèdent les soins ordinaires normalement donnés en conformité avec les usages courants de la thérapeutique;
- j) les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut de couverture ou ceux qui ne sont pas à la charge du participant;
- k) les soins ou services reliés aux facettes;
- l) le jumelage pour des raisons de parodontie, lorsqu'on utilise à cette fin des couronnes ou des incrustations, avec ou sans recouvrement de cuspides;
- m) instructions d'hygiène buccale;
- n) soins d'orthodontie.

## **GARANTIE SOINS DENTAIRES**

---

### ***Restriction***

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais qui excèdent les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié pour le traitement le moins coûteux qui donne un résultat adéquat du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire se limite aux frais de laboratoire usuels et raisonnables de la localité où les services sont rendus.

### ***Traitements de rechange***

Lorsqu'un traitement de rechange existe, la Compagnie, en consultation avec ses conseillers en soins de santé, se réserve le droit d'effectuer le paiement pour les services ou produits admissibles de rechange à un coût moindre, lorsque le service ou produit s'avère approprié et conforme à la bonne gestion en soins de santé.

### ***Fin de la protection***

La garantie Soins dentaires prend fin, ou à l'âge indiqué au Sommaire des garanties, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin (sauf en cas de décès) ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

### ***Prestations aux survivants***

Après votre décès, vos personnes à charge continuent d'être couvertes, jusqu'à la première des dates suivantes :

- a) la date de fin de l'année scolaire;
- b) la date à laquelle elles cessent d'être des personnes à charge admissibles;
- c) la date d'entrée en vigueur d'une protection semblable auprès d'un autre assureur; ou
- d) la date de fin du contrat.