



**Association des foyers de soins du
Nouveau-Brunswick Inc.**

Tous les employés admissibles

N^o du contrat : 09775
Date de prise d'effet : **1 mars 2004**
Préparé le: 2 novembre 2017

Cette brochure explicative a pour but de vous fournir les traits essentiels de votre régime collectif. Elle n'a aucune valeur contractuelle. Seules les provisions, les limitations et les exclusions de la police émise à votre employeur régissent les conditions de ce régime.

L'information contenue dans ce dépliant répondra à la majorité de vos questions. Toutefois si des renseignements additionnels sont nécessaires, communiquez avec l'administrateur ou l'administratrice de votre régime collectif ou votre représentant.

Assomption Vie
C.P. 160 / 770, rue Main
Moncton (N.-B.) E1C 8L1
1-888-869-9797

Créer votre compte eProfile^{MC} avec Assurance collective Assomption Vie

Afin de vous inscrire pour obtenir un accès en ligne, vous devez avoir:

- Une carte d'indemnités valide
- Une adresse de courriel valide

Visitez www.securindemnite.com

Selectionnez « Entrer » de l'onglet **Services eProfile^{MC}**.

Cliquez [S'inscrire Maintenant!](#), ensuite [Commencer](#)

Étape 1: Conditions générales

Lire et accepter, cliquez [Je consens](#)

Étape 2 : Profil bien-être (optionnel)

Choisir vos champs d'intérêts afin de remplir votre profil personnel bien-être, cliquez [Suivant](#)

Étape 3 : Profil d'utilisateur

Entrer vos informations personnels dans les champs obligatoires, cliquez [Suivant](#)

Étape 4 : Information sur le dépôt direct

Entrer votre information bancaire pour un remboursement rapide ! Cliquez [Soumettre](#)

Vous avez maintenant créé votre compte eProfile^{MC}.

Accédez votre eProfile^{MC} à partir de votre mobile.

Visitez www.securindemnite.com sur votre téléphone intelligent et suivez les instructions pour télécharger l'application mobile.

Comment faire une demande de réclamation

1. PhotoClaims
2. Choisir le type de bénéfice
3. Prenez une photo de votre reçu
4. Soumettre

SOMMAIRE DES GARANTIES

PLAN 09775

ASSURANCE-VIE DE L'ADHÉRENT

Montant d'assurance-vie	50 000 \$
Montant maximal d'assurance	50 000 \$

Les montants d'assurance en vertu de cette garantie sont réduits à :

25 000 \$ lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent ;
- b. à la date de retraite de l'adhérent ;
- c. à la date de cessation de l'assurance.

Les montants sont toujours arrondis au prochain multiple de 1 000 \$.

Exonération de la prime

Si avant l'âge de 65 ans, un employé devient totalement invalide et le demeure sans interruption pour au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de prime pour cette garantie et ce, aussi longtemps que l'employé demeure totalement invalide.

- Lorsqu'un employé devient admissible et est accepté pour l'exonération de prime pour le bénéfice d'assurance-vie du régime collectif, la prime pour les bénéfices d'assurance-maladie sera également exonérée.
- Si un employé est absent du travail pour une durée de plus de 2 ans en raison d'une maladie ou d'une blessure et qu'il a omis de faire la demande d'exonération de prime ou qui a été refusé la demande, cet employé ne sera alors plus admissible aux garanties d'assurance-maladie et soins dentaire du régime.

Une demande écrite ainsi que l'information médicale confirmant l'invalidité totale de l'employé doivent être soumis à l'assureur. Nous recommandons fortement que ces documents soient envoyés chez l'assureur lorsque l'employé a été absent du travail pendant au moins quatre mois, ceci est pour assurer amplement de temps à l'équipe de réclamation d'invalidité de faire l'analyse de l'information médicale et de confirmer leur décision suite à la demande reçue.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

Montant d'assurance-vie facultative	200 000 \$
Preuve requise pour montant excédant	25,000 \$

Les nouveaux employés ont accès à une couverture de vie facultative de 25 000 \$ sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité à condition qu'ils présentent une demande dans les 45 jours suivant leur date d'admissibilité.

Le montant d'assurance-vie facultative ne peut être supérieur à 200 000 \$ ni inférieur à 10 000 \$.

Cette garantie à l'égard d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes :

- a. au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b. à la date de retraite de l'adhérent;
- c. à la date de cessation de l'assurance.

Exonération de la prime

Si avant l'âge de 65 ans, un employé devient totalement invalide et le demeure sans interruption pour au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de prime pour cette garantie et ce, aussi longtemps que l'employé demeure totalement invalide.

ASSURANCE-VIE DES PERSONNES A CHARGE

Conjoint – 10 000 \$ Enfant(s) – 5 000 \$

La garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. la date où l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- b. la date de sa retraite;
- c. la date de cessation de l'assurance.

L'expression *personne à charge* est définie dans la section Dispositions Générales de votre livret.

Exonération de la prime

Si avant l'âge de 65 ans, un employé devient totalement invalide et le demeure sans interruption pour au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de prime pour cette garantie et ce, aussi longtemps que l'employé demeure totalement invalide.

ASSURANCE-MALADIE

Régime d'assurance-médicaments

Paiement direct avec carte d'assurance-médicaments :
Quote-part :

Plan AG (Médicaments
génériques obligatoires)
Frais de dispense plus 10 %
plus 2 500\$ de poche ;
couverture de 100 % par la
suite.

Médicaments génériques obligatoires - Un produit de marque peut être tout de même distribué dans les deux cas suivants :

- la personne paie la différence de coût entre le produit de marque déposée et le médicament générique; ou
- la personne présente une réaction indésirable liée au médicament générique (**pourrait nécessiter l'essai de deux médicaments génériques dans certains cas**). Elle doit alors faire remplir un formulaire de déclaration des effets indésirables par son médecin, puis le formulaire Aucune substitution et les soumettre à Assomption Vie. Ces formulaires sont accessibles sur le site Web d'Assomption Vie au www.assomption.ca sous la section Assurance collective.

Lorsqu'une personne réside dans une province où il existe un régime gouvernemental d'assurance-médicaments, l'assureur couvre les médicaments admissibles selon ce régime en respectant la limite de contribution maximale qui peut être imposée à la personne assurée et selon la co-assurance prévue par la législation applicable s'il y a lieu.

Programme de médicaments spécialisés

Le programme de médicaments spécialisés identifie les médicaments onéreux qui peuvent être remboursés seulement lorsque l'assuré a essayé et failli un traitement de première ligne approprié, qui est de l'opinion de l'assureur, pour la condition médicale de l'assuré.

Les médicaments et les composés se réfèrent à aux médicaments et composés énumérés dans l'édition la plus récente du « *Compendium of Pharmaceuticals and Specialties*. » qui sont :

- a) approuvé comme un bénéfice par Assomption Vie
- b) approuvé pour l'utilisation par Santé Canada
- c) a été attribué un numéro d'identification de médicament (DIN) au Canada
- d) considéré comme une ordonnance requise au maintien de la vie et approuvée par Assomption Vie
- e) prescrit par un professionnel de la santé qui est autorisé à prescrire en vertu de la législation provinciale appropriée et est approuvé par Assomption Vie
- f) et dispensé par un fournisseur approuvé par Assomption Vie.

Assomption Vie accepte de verser des prestations de médicaments admissibles dans la quantité prescrite et jugée raisonnable par Assomption Vie (**jusqu'à un maximum d'un approvisionnement de 90 jours**).

Assomption Vie se réserve le droit d'ajouter, de supprimer ou de modifier la liste des prestations de médicaments admissibles, à sa discrétion et sans préavis.

Certains médicaments peuvent nécessiter une autorisation au préalable avant d'être admissibles au remboursement, tel qu'indiqué par Assomption Vie.

Lorsqu'un médicament interchangeable admissible a été prescrit, Assomption Vie effectuera un remboursement en fonction des critères définis dans l'entente de pharmacie d'Assomption Vie.

Les demandes de remboursement de médicaments reçues pour un remboursement directement auprès d'un participant seront remboursées à un maximum du montant qui aurait été remboursé directement au fournisseur de paiement direct, tel que défini dans l'entente de pharmacie d'Assomption Vie.

Assomption Vie remboursera au prix du médicament interchangeable le moins élevé lorsque prescrit par le médecin.

Frais complémentaires

L'assureur paie, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire, les frais raisonnables ordinaires habituels.

Franchise : 0 \$ Individuelle
0 \$ Familiale

Coassurance : 90 %

Services Paramédicaux : ces frais sont remboursés conformément aux frais raisonnables, habituels et coutumiers. Les frais pour les radiographies paramédicales, si applicable, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

Praticiens	Co-ass.	Par visite	Maximum	Fréquence
Acupuncteur	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Chiropraticien	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Massothérapie, sur ordonnance médicale	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Naturopathe	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Ostéopathe	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Physiothérapeute	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Podiatre	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Psychologue	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Orthophoniste	90 %	0 \$	500 \$	12 mois consécutifs
Maximum global	100 %	0 \$	1 000 \$	12 mois consécutifs

Autres Dépenses : ces frais sont remboursés conformément aux frais raisonnables, habituels et coutumiers.

Frais additionnels admissibles	Maximum	Fréquence
Soins infirmiers	5 000 \$	Année calendrier
Appareil auditif	2 000 \$	36 mois consécutifs
Chaussures et semelles orthopédiques	225 \$	Année calendrier
Médicaments de fertilité	3,000 \$	Viager
Pompe à insuline, sur ordonnance médicale	6 000 \$	au 5 ans
Médicaments anti-tabagiques (incluant ceux disponibles sur la tablette)	600 \$	Viager
Stérilet	350 \$	12 mois consécutifs

Soins de la vue

- un **examen de la vue** par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé par 24 mois consécutifs (12 mois consécutifs pour les dépendants de moins de 21 ans) à **concurrence de frais raisonnables ordinaires et habituels**.
- Frais de **verres correcteurs** et de **montures de lunettes** ou frais de **lentilles cornéennes** ou **chirurgie au laser**, lorsqu'ils sont achetés sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne par 24 mois consécutifs pour adulte et par 12 mois consécutifs pour enfants âgés de moins de 21 ans.

Assurance voyage

2 000 000 \$CAN / personne assurée.

Hôpital de convalescence

Les frais de chambre, pension et autres services nécessaires dans un hôpital de convalescence qui sont en surplus des frais pour salle commune, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour seront considérés frais admissibles. Cependant, l'assuré doit avoir été admis dans un hôpital de convalescence dans les 14 jours qui suivent une période où il a passé au moins cinq jours consécutifs comme patient alité dans un hôpital. Les frais seront seulement considérés admissibles lorsque le séjour en hôpital de convalescence aura été prescrit par le médecin traitant.

Les prestations seront payées pendant une période maximale de 120 jours pendant toute période d'invalidité. Tous les séjours dans un hôpital de convalescence seront considérés comme une période d'invalidité à moins qu'une période d'au moins 90 jours les sépare. Pour avoir droit à ces frais couverts, l'hôpital de convalescence doit être approuvé par l'autorité provinciale appropriée en matière d'habitation. Les frais pour soins particuliers dans un hôpital de convalescence, un foyer de soins ou un établissement semblable ne seront pas considérés comme frais admissibles.

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 75^e anniversaire de naissance de l'adhérent; au 65^e **pour l'assurance voyage**;
- b. à la date de retraite de l'adhérent;
- c. à la date de cessation de l'assurance ;
- d. à la date à laquelle l'adhérent n'est plus à l'emploi de l'employeur.

Toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 75^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles ci-haut mentionnées à l'exception de l'assurance voyage, **qui prend fin à 65 ans**.

ASSURANCE DENTAIRE

Franchise	Individuelle	0 \$
	Familiale	0 \$
Partie I	Garantie de base (Diagnostic, prévention, chirurgie buccale, restauration mineure, réparations des prothèses)	Coassurance 80 %
	Endodontie	80 %
	Périodontie	80 %
	Partie II	Restauration majeure
Partie III	Prothèse	N/A
Partie IV	Orthodontie (enfant de moins de 21 ans)	N/A

Montant maximal des prestations par personne assurée :
Partie I & II par année civile 1 500 \$

*Limite d'un examen de rappel à tout les 6 mois.

Aucune prestation n'est payable sur la partie des frais qui excède le tarif courant suggéré par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré.

Cette garantie à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 75^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b. à la date de retraite de l'adhérent;
- c. à la date de cessation de l'assurance.

Toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 75^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles ci-haut mentionnées.

Si un traitement pour soins dentaires de plus de 300 \$ est recommandé, veuillez remplir le formulaire de prestations décrivant le traitement proposé et de nous le faire parvenir pour approbation.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Les employés doivent compléter 1200 heures de services à l'intérieur d'une période de 12 mois consécutifs afin d'être admissible. Par la suite, ils doivent travailler un minimum de 500 heures par année calendrier afin de maintenir leur couverture.

La demande doit être reçue chez l'assureur dans les 45 jours suivant la date d'éligibilité.

Si vous n'êtes pas au travail actif à temps plein le jour où vous deviendriez autrement admissible à l'assurance, vous le devenez à la date de votre retour au travail actif à temps plein.

Le nombre d'heure peut être combiné avec un ou plusieurs foyers.

Note importante

La participation à l'assurance vie, l'assurance-maladie et l'assurance dentaire individuel est obligatoire pour tous les employés ayant satisfait les conditions d'éligibilité détaillées dans le contrat / convention collective. L'administrateur du régime et l'employé ont la responsabilité de remplir et fournir à l'assureur un formulaire d'adhésion signé.

Admissibilité des personnes à charges

Vos personnes à charges seront admissibles à l'assurance à la même date que vous le devenez ou à la date où elles deviendront des personnes à charge.

Si vous désirez assurer vos personnes à charge, vous devez en faire la demande au cours des 45 jours qui suivent la date où elles deviennent admissibles. Sinon, des preuves d'assurabilité seront exigées afin de déterminer si elles pourront bénéficier des garanties offertes par cette police.

Personne à charge

Les personnes suivantes sont reconnues comme vos personnes à charges :

Conjoint : 1) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne considérée comme son conjoint:

- a) soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce ou l'annulation du mariage, ou par la cessation de la cohabitation permanente avec l'employé depuis plus d'un an;
- b) soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec celui-ci, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint; ou,

Note : Pour les résidents du Québec

- c) personnes vivant maritalement, ayant eu un enfant ensemble, et qui ne se sont pas séparées depuis 90 jours en raison de l'échec de leur union.

Enfants : un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de celui-ci, de son conjoint ou des deux, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui :

- a) est âgé de moins de 21 ans;
- b) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 25 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
- c) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

Prise d'effet de l'assurance

Votre assurance ou celle de toute personne à charge admissible prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date d'adhésion, si la demande d'assurance est reçue chez l'assureur dans les 45 jours suivant cette date; ou
- la date de réception chez l'assureur des preuves d'assurabilité requises par celui-ci, sous réserve de leur acceptation par l'assureur, si la demande d'assurance soumise est reçue chez l'assureur plus de 45 jours après la date d'admissibilité.

Il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur ne peut prendre effet qu'à compter de l'acceptation par l'assureur de ces preuves. La date d'acceptation sera alors la date de réception chez l'assureur de dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

Cessation de l'assurance

La protection offerte par cette police prendra fin à la première des dates suivantes :

- la date de cessation du contrat;
- la date de terminaison de votre emploi;
- la date où vous n'êtes plus admissible;
- le jour où vous commettez un acte frauduleux envers l'assureur;
- la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis;
- le dernier jour du délai de grâce suivant le non-paiement de la prime.

Demande de règlement d'une réclamation

Toute demande de règlement doit être transmise par écrit à Assomption Vie dans les 12 mois suivant la date de la réclamation et être appuyée des justifications requises afin que celle-ci soit considérée. Les formulaires nécessaires pour fin de réclamation peuvent être obtenus de l'administrateur de votre régime d'assurance.

ASSURANCE-VIE

Étendue

Pourvu que cette garantie soit en vigueur à votre décès, l'assureur paiera à votre bénéficiaire le montant d'assurance pour lequel vous étiez assuré selon le Sommaire des garanties.

Exonération de la prime

Si vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant la période indiquée au sommaire des bénéfices, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale.

Cet état doit vous empêcher d'exercer toutes les fonctions d'un emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre entraînement, éducation et expérience.

Le montant d'assurance sera celui en vigueur le jour du début de votre invalidité totale. Une demande écrite à cet effet ainsi qu'une preuve jugée satisfaisante de l'invalidité totale doivent être reçues chez l'assureur avant l'expiration du délai indiqué au sommaire. Des preuves attestant de la continuation de l'invalidité seront requises sur demande.

Droit de conversion

Si vous cessez votre emploi avant 65 ans, votre assurance-vie et celle de votre conjoint peuvent être converties en une police individuelle sans avoir à justifier votre assurabilité, pourvu qu'Assomption Vie reçoive une demande écrite de conversion accompagnée de la prime nécessaire dans les trente et un (31) jours suivant la date de cessation d'emploi.

Assomption Vie accepte de vous offrir les privilèges de conversion tels qu'établis par les règlements des surintendants d'assurance.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

Condition d'admission

Les nouveaux employés ont accès à un montant d'assurance vie facultative de 25 000\$ sans avoir à fournir des preuves d'assurabilité à condition qu'ils fassent la demande à l'intérieur de 45 jours suivant leur date d'admissibilité.

Afin d'être admissible à un montant d'assurance-vie facultative plus élevé que 25 000 \$, le participant doit remplir un formulaire de déclaration de santé et fournir toute preuve d'assurabilité que l'assureur juge nécessaire.

Prise d'effet de l'assurance

Le montant de couverture demandé au dessus de 25 000 \$ ne peut prendre effet que lorsque l'assureur reçoit du participant toute preuve d'assurabilité jugée nécessaire. Lorsque l'assureur accepte la demande d'assurance-vie optionnelle supplémentaire du participant après avoir reçu une preuve d'assurabilité, la date d'entrée en vigueur de cette couverture est la date à laquelle le dernier élément de preuve d'assurabilité a été reçu chez l'assureur.

L'assurance-vie facultative est nulle et sans effet si le décès résulte d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non, pendant les deux premières années de la date d'entrée en vigueur. L'obligation de l'assureur se limite alors au remboursement des primes payées, sans intérêt.

Exonération de la prime

Si avant l'âge de 65 ans, un employé devient totalement invalide et le demeure sans interruption pour au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de prime pour cette garantie et ce, aussi longtemps que l'employé demeure totalement invalide.

ASSURANCE-MALADIE

L'assureur rembourse à la personne assurée les frais raisonnables, ordinaires et habituels encourus à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Frais complémentaires

L'assureur paie, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire, les frais raisonnables ordinaires habituels suivants :

- Les frais suivants rendus sur recommandation médicale :
 - les services professionnels d'une **infirmière autorisée** en dehors du milieu hospitalier, à condition que l'infirmière ne réside pas sous le même toit que la personne assurée ou est un membre de sa famille;
 - **examens de laboratoire** pour fins de diagnostic;
 - **transfusion de sang ou de plasma sanguin, coût d'oxygène**, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration;
 - examens aux **rayons X**, sauf pour les dents, **35\$ par personne assurée ; par 12 mois consécutifs.**
- Les frais suivants supportés sur ordonnance médicale :
 - lorsque requis, frais de **transport par ambulance**, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, ainsi que le transport aérien lorsque la personne assurée ne peut être transportée autrement; **5 000 \$ par période de 12 mois consécutifs par personne assurée.**
 - la location ou, à la discrétion de l'assureur, l'achat **d'une chaise roulante non motorisée (y compris des réparations), d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital** ou de tout autre équipement normalement considéré comme utilisé dans un hôpital pour un traitement temporaire. Une fois que l'achat initial du matériel est approuvé, la location ou l'achat approuvé d'un autre équipement similaire sera limité à une fois tous les cinq (5) années civiles consécutives. Les montants ordinaires et habituels s'appliquent;
 - location ou achat, à la discrétion de l'assureur, **d'appareils orthopédiques ou d'équipement thérapeutique;**
 - coûts **d'appareil correctifs** fabriqués sur mesure ajoutés à des **chaussures ordinaires ou achat d'orthèses** et de supports plantaires fabriqués sur mesure;
 - achat de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure spécialement pour la personne assurée dans un laboratoire spécialisé et reconnu par la Corporation professionnelle des médecins; 225 \$ par année calendrier ;
 - achat de **yeux ou de membres artificiels**, paiement initial seulement;
 - achat de **prothèses mammaires externes**, nécessité à la suite d'un mastectomie; **300 \$ par personne assurée par période de 24 mois consécutifs;**
 - coûts pour les fournitures devenues nécessaires suite à une **colostomie, une iléostomie ou une urostomie;**

- achat de plâtres, corsets orthopédiques, attelles, bandes herniaires, béquilles ou marchettes;
 - achat de bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles;
 - l'achat **d'un dextromètre ou d'un glucomètre; 200 \$ par personne assurée par période de trois ans** ;
 - vêtements de pression pour brûlures, **jusqu'à 5 000 \$ par période de 12 mois consécutifs par personne assurée.**
- Pourvu que cette garantie soit en vigueur au moment où les soins sont prodigués et sous réserve d'une évaluation préalable par l'assureur, les frais pour services professionnels rendus par un chirurgien dentiste pour réparer les dommages causés à des dents naturelles à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de ce contrat; ces services doivent être rendus dans les six mois suivant la date de l'accident.

Par contre, si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans, le délai de traitement de six mois ne s'applique pas, pourvu que le chirurgien dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident

Les frais admissibles seront remboursés à concurrence du maximum stipulé au sommaire des garanties des honoraires prévus au guide des tarifs de l'année courante à l'usage du praticien général et approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes, ainsi que les honoraires prévus au guide des tarifs approuvé par l'Association des denturologues. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'assuré.

- L'achat d'un appareil auditif, prescrit par un audiologiste, **jusqu'à concurrence de 2 000\$ par personne assurée, par période de 36 mois (exclus les réparations).**
- Les frais pour **services paramédicaux**, jusqu'au montant et nombre de visites indiquées dans le Sommaire des Bénéfices par personne assurée par spécialiste.

Pourvu que ces services relèvent de spécialistes membres de corporations professionnelles et ce, à raison de maximums par spécialiste et par personne assurée. Le praticien ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent. Les frais pour les radiographies paramédicales, si applicable, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

- Les stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin. (au Québec les stérilets sont remboursables sous la section des médicaments), **jusqu'à concurrence d'un montant maximum de 350\$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.**
- **Prothèse capillaire** lorsque requis pour un état pathologique ou suite à un traitement de chimiothérapie, **jusqu'à concurrence de 200\$ à vie.**
- **Soutien-gorge** (suite à une mastectomie), jusqu'à concurrence d'un montant **maximum annuel de 100\$.**
- Bas pour varices, **maximum deux paires par année calendrier.**

Frais pour les soins de la vue

L'assureur paie les frais suivants :

- frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé.
- frais de verres correcteurs et de montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes, lorsqu'ils sont achetés sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste.
- lorsque la personne assurée souffre d'astigmatisme grave, de cicatrice grave de la cornée, de kératocone, d'aphakie, ou lorsque l'acuité visuelle peut seulement atteindre 20/40 à l'aide de verres correcteurs, la limite pour frais de verres correcteurs est augmentée à 200 \$ par période de 24 mois consécutifs.
- frais pour chirurgie au laser sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste.

Limitations et exclusions

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable à l'égard des frais suivants :

- frais qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables, ordinaires et habituelles de la pratique courante des professions de la santé concernées;
- la partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'assurance hospitalisation, sur l'assurance-maladie, sur l'assurance automobile, ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada ou dans tout autre pays;
- frais encourus pour examens ou traitements médicaux pour des fins autres que curatives;
- frais reliés (incluant médicaments) à une intervention chirurgicale ou un traitement qui, de l'opinion de l'assureur, est de nature expérimentale;
- frais encourus pour l'achat de médicaments prescrits résultant en une provision de médicaments supérieure à trois mois;
- frais pour l'ajustement de lunettes ou lentilles cornéennes, ou l'achat de lunettes de soleil ou lunettes de sécurité;
- frais pour l'achat de prothèses dentaires, sauf la première qui est nécessaire à la suite d'un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur;
- frais pour l'ajustement ou l'entretien d'appareils auditifs;
- blessures subies à l'occasion d'une opération militaire;
- les frais payables par la garantie d'assurance voyage peuvent être réduits si un patient hospitalisé à l'étranger ne communique pas aussitôt que possible avec la compagnie d'assistance identifiée sur la carte d'assurance voyage;
- frais encourus à l'extérieur de la province alors que la condition médicale de la personne assurée permet le rapatriement, ce que l'assureur a exigé à ses frais, mais que la personne assurée a refusé;
- aucun assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence, principalement pour consultations ou traitements, n'aura droit aux prestations, même si un tel voyage est recommandé par un médecin;
- pendant qu'une personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence, aucune prestation ne sera versée pour une chirurgie ou un traitement de nature non urgente, si la chirurgie ou le traitement peuvent raisonnablement être remis jusqu'au retour dans la province de résidence;
- frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

Assurance voyage

Cette garantie rembourse les frais d'hospitalisation pour une chambre à deux lits, et certains frais médicaux qui surviennent dans des cas d'urgence lorsque la personne assurée est à l'extérieur de la province pour un séjour d'une durée de **90 jours consécutifs**. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé par tout régime gouvernemental. Des voyages séparés par une période de retour à la province de résidence de moins de trois jours seront considérés comme un seul et même voyage pour les fins de la présente garantie.

Les frais admissibles sont assujettis à un maximum à vie de 2 000 000 \$ par personne, ou son équivalent en devises canadiennes.

Les frais assurés décrits ci-dessous ainsi que leurs limites sont tous exprimés en devises canadiennes :

- Service de consultation externe;
- Frais d'exams de laboratoire et de rayons X;
- Service infirmier jusqu'à concurrence de 3 000 \$;
- Transport et dépenses connexes, incluant :
 - transport par ambulance ou aérien;
 - frais additionnels pour accommoder le transport sur une civière;
 - retour d'un véhicule personnel ou loué jusqu'à concurrence de 750 \$;
 - transport de la dépouille jusqu'à concurrence de 3 000 \$;
 - frais additionnels pour repas et hébergement du patient ou d'une personne accompagnante jusqu'à concurrence de 1 050 \$ (150 \$ par jour pour 7 jours);
 - les médicaments qui doivent être prescrits d'urgence par un médecin ou un dentiste, en quantité suffisante pour le voyage seulement;
 - frais pour services dentaire à concurrence de 1 000 \$, nécessités à la suite d'un accident;
 - les frais de retour d'un dépendant âgé de moins de 16 ans à son endroit de résidence au Canada jusqu'à un maximum de 2 000 \$.

Assistance d'urgence

Un service téléphonique de 24 heures est disponible pour assister les participants qui voyagent à l'étranger. En composant le numéro indiqué sur la carte d'assurance voyage, le médecin ou l'hôpital pourra obtenir une confirmation de l'admissibilité à l'assurance d'un participant. La compagnie d'assistance prendra les mesures nécessaires pour rembourser ou coordonner le paiement de ces frais pour le participant.

Assistance médicale

Sur demande, la compagnie d'assistance fournira au participant de l'information sur les hôpitaux ou autres centres médicaux. Les arrangements nécessaires seront faits pour :

- recommander un médecin qualifié;
- suivre la condition médicale du patient et communiquer avec le participant et sa famille;
- retourner le patient chez lui ou le transférer lorsque médicalement permis;
- transporter un membre de la famille au chevet du patient, ou pour identifier un patient décédé.

Assistance non-médicale

Les services suivants sont également disponibles en cas d'urgence :

- assistance dans n'importe quelle langue majeure;
- assistance pour contacter la famille ou le lieu de travail;
- référence à un conseiller juridique.

Coordination des prestations

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés.

Limitations

Les frais pour traiter des conditions médicales qui existaient avant le départ ne seront admissibles que si la condition était stable au moment du départ et qu'aucune attention médicale n'était prévue pour la durée du voyage. Une condition sera considérée stable par l'assureur seulement si, au cours des trois mois précédents le voyage, cette condition n'a pas :

- nécessité une hospitalisation;
- fait l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- fait l'objet de traitements;
- fait l'objet d'un changement de médicament ou de posologie de la médication;
ou
- atteint une phase terminale d'évolution.

Lorsque l'employé reçoit à l'extérieur du Canada des soins qui ne sont pas offerts dans la province de domicile mais qui le sont ailleurs au Canada, l'assurance rembourse les frais raisonnables et courants demandés pour ces soins dans la ville canadienne la plus proche de la province de résidence de l'adhérent.

SOINS DENTAIRES

Les frais admissibles sont basés sur le Guide des tarifs approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de la personne assurée.

I Diagnostic

Comprend les examens, le diagnostic, les consultations et les radiographies nécessaires. Les radiographies panoramiques une fois par période de 24 mois consécutifs et les radiographies supplémentaires de l'occlusion une fois tous les six mois.

Prévention

Par soins préventifs, nous entendons le polissage de la partie coronaire des dents et l'application topique du fluorure.

Chirurgie buccale

Comprend les extractions et autres interventions chirurgicales orales, y compris les soins préopératoires et postopératoires.

Restauration mineure

Comprend des amalgames (plombages d'argent), du ciment silicié et des plombages en plastique.

Réparation des prothèses

Le regarnissage, le rebassage ou la réparation des prothèses existantes sont couverts.

Endodontie

Comprend la thérapie de la pulpe et les obturations du canal radiculaire.

Périodontie

Les soins comprennent le traitement des gencives et des os sur lesquels reposent les dents.

II Restauration majeure

Cela comprend les couronnes (excluant les incrustations, facettes et $\frac{3}{4}$ couronne).

Coordination des prestations

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés.

Limitations et exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les frais suivants :

- les frais excédant le coût raisonnable, ordinaire et habituel normalement exigé pour les soins dentaires;
- les frais couverts par toute loi, par tout régime gouvernemental ou par toute autre garantie d'assurance collective;
- les frais encourus pour des fins autres que curatives ou à des fins esthétiques;
- les frais encourus à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale;
- les frais de remplacement de prothèses perdus, égarés ou volés;
- les frais encourus pour les rendez-vous manqués ou pour les formulaires;
- les frais pour l'installation initiale d'une prothèse, si la prothèse sert à remplacer une ou plusieurs dents dont l'extraction a eu lieu avant l'émission du contrat;
- les frais pour analyses de diète, les recommandations, les instructions d'hygiène buccale, les programmes de contrôle de la plaque dentaire et les traitements correcteurs relatifs à une malformation congénitale ou évolutive;
- les frais relatifs à un implant. Incluant rayons-x, greffe d'os, élévation du sinus et autres travaux relatifs;
- les frais pour soins dentaires pour la reconstruction de la bouche au complet, pour la correction de la dimension verticale ou pour la correction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- les frais relatifs à des traitements d'orthodontie, y compris la correction d'une malocclusion;
- les frais non mentionnés parmi les frais admissibles.