

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

Tous les autres employés admissibles

No du contrat : **09775**  
Date de prise d'effet : **01 mars 2004**  
Préparé le: 21 avril 2015

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.

### **Accédez à votre dossier de prestations d'assurance collective.**

Assomption Vie a le plaisir de vous annoncer qu'un tout nouveau service en ligne a été ajouté afin de vous permettre de consulter en tout temps et facilement vos prestations de soins de santé et de soins dentaires.

Grâce à ce service, vous pourrez :

- visualiser votre information personnelle et y apporter des modifications : changer votre adresse ou faire la mise à jour des données bancaires;
- visualiser les avantages et les garanties de votre régime d'assurance collective;
- accéder à l'information du bénéficiaire ainsi qu'aux renseignements relatifs à votre emploi;
- vérifier et suivre l'état de vos réclamations;
- consulter l'historique des prestations reçues;
- accéder à un environnement sécurisé avec un mot de passe protégé.

Pour accéder ce service, veuillez faire parvenir une demande d'accès à Assomption Vie ou en communiquant avec le Service à la clientèle de l'assurance collective, au 1.888.869.9797 ou au collectif@assomption.ca.

## 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<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent ;
- 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.

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.

## **ASSURANCE-VIE FACULTATIVE**

### **Condition d'admission**

Tout employé est admissible à l'assurance-vie additionnelle à la date à laquelle il est admis à l'assurance en vertu de la police.

Si vous désirez l'assurance-vie facultative, vous devez remplir une demande d'adhésion et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, le tout sans frais pour l'assureur.

### **Prise d'effet de l'assurance**

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 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 (l'employé) atteint l'âge de 65 ans;
- b. la date de la retraite de l'adhérent (employé) ;
- c. la date de cessation de l'assurance ;
- d. à la date à laquelle l'adhérent n'est plus à l'emploi de l'employeur.

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

### **Exonération de 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 : Plan AG

Quote-part :

Frais de dispense plus 10 %  
plus 2 500\$ de poche ;  
couverture de 100 % par la suite

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.

## Frais complémentaires

Franchise :

0 \$ Individuel  
0 \$ Familial

Coassurance :

90 %

## Services Paramédicaux

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

## Autres Dépenses

Frais additionnels admissibles	Maximum	Fréquence
Soins infirmiers	5,000 \$	Année calendrier
Appareil auditif	2,000 \$	36 mois consécutifs
Chaussures et semelles	225 \$	Année calendrier
Inducteurs de l'ovulation	3,000 \$	A vie
Pompes à perfusion d'insuline sur ordonnance médicale	6,000 \$	Au 5 ans

## 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**, lorsqu'ils sont achetés sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence **de 200 \$ par 24 mois consécutifs** (12 mois consécutifs pour les dépendants de moins de 21 ans).

## Assurance voyage

2,000,000 \$CAN / personne assurée.

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 75e anniversaire de naissance de l'adhérent; au 65e **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 75e 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.**

**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.

## ASSURANCE DENTAIRE

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

Montant maximal des prestations par personne assurée :  
Partie(s) I et II par année civile 1,500 \$

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 cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 75<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'adhérent;
- 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<sup>e</sup> 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.



## ADMISSIBILITÉ

### Admissibilité

Vous êtes admissible à l'assurance le jour où vous avez complété le délai d'admissibilité spécifié au sommaire des garanties du contrat.

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.

### Période d'attente

*Employés temps plein :* aucune

*Employés temps partiel :* doit travailler 1200 heures dans une période de 12 mois consécutifs. Par la suite, l'employé doit travailler un minimum de 500 heures par année calendrier pour maintenir sa couverture.

**\* A noter que les heures peuvent être accumulées entre plus qu'un foyer de soins participant.**

### Admissibilité des personnes à charges

Vos personnes à charge 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 participer aux garanties offertes par cette police.

Enfants : un enfant célibataire âgé de plus de 24 heures, et de moins de 21 ans; âgé de 21 ans ou plus mais moins de 25 ans s'il est étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Admissibilité

Vous êtes admissible à l'assurance le jour où vous avez complété le délai d'admissibilité spécifié au sommaire des garanties du contrat, pourvu que vous soyez alors au travail actif à temps plein pour au moins le minimum d'heures requis indiqué au sommaire des garanties.

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.

### 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, pourvu qu'il rencontre les exigences d'admissibilité spécifié au sommaire des garanties.

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, rendant cette personne totalement incapable d'exercer un travail 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 bénéficiaires, 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**

Tout employé est admissible à l'assurance-vie facultative à la date à laquelle il est admis à l'assurance en vertu de la police.

Si vous désirez l'assurance-vie facultative, vous devez remplir une demande d'adhésion et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur, le tout sans frais pour l'assureur.

### **Prise d'effet de l'assurance**

L'assurance-vie facultative prendra effet à la date d'acceptation du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par 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 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;
  - 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.
  - location ou, à la discrétion de l'assureur, l'achat d'une chaise roulante non motorisée, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital ou tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires; jusqu'à 10 000 \$.
  - location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareils orthopédiques ou d'équipement thérapeutique;
  - coûts d'appareil correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires ou achat d'orthèses et de supports plantaires;
  - achat de chaussures orthopédiques fabriquées 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'une 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, corssets 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, à concurrence de 500 \$ par personne assurée par période de 3 ans (n'inclus pas 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 d'une chambre commune dans une région d'hospitalisation à l'extérieur du Canada, en cas d'urgence, à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie, en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance. Le remboursement sera effectué seulement si la durée prévue du séjour, à l'extérieur du Canada n'excède pas trois mois consécutifs.
- Honoraires de médecins en cas d'urgence survenant alors que la personne est à l'extérieur de sa province de résidence, pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas trois mois consécutifs. Les honoraires de médecins sont admissibles à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé pour tout régime gouvernemental. Ces frais sont limités à un maximum de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie.

- Les stérilets, obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence de 350 \$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.
- Prothèse capillaire (suite à un traitement de chimiothérapie), 200 \$ à vie.
- Soutien-gorge (suite à une mastectomie), maximum annuel 100 \$.
- Bas pour varices, deux paires par années.



## **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.

## 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 du Canada pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas **trois mois 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.

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'un membre de la famille 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 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;
- frais supportés à la suite de:  
blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non; commission par la personne assurée d'un acte criminel;
- blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
- 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 du Canada 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. Seuls les frais qui résultent d'une maladie soudaine ou d'un accident sont admissibles. Les frais pour traiter des conditions médicales qui existaient avant le départ en voyage 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;
- frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

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**

Les soins dentaires suivants sont couverts : les examens buccaux, la radiographie interproximale, une série de radiographies impliquant toute la bouche par période de 24 mois consécutifs.

### **Prévention**

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

### **Chirurgie buccale**

Ceci comprend l'anesthésie générale nécessaire pour l'ablation d'une ou plusieurs dents.

### **Restauration mineure**

Les restaurations en amalgame, en silicate et en acrylique sont incluses.

### **Réparation des prothèses**

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

### **Endodontie**

Les soins suivants sont couverts : le coffrage de pulpe, la pulpotomie et le traitement de canal; le détartrage ou polissage des racines.

### **Périodontie**

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

### **II Restauration majeure**

Cela comprend les couronnes.

## **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 encourus à la suite de blessures volontaires ou de blessures subies lors d'une opération militaire, de la commission d'un acte criminel, de la participation à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
- 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 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.

