

Régime d'affiliation de Randstad
Contrat d'assurance-maladie
complémentaire et d'assurance
dentaire établi

Régime amélioré

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, convient avec vous, le propriétaire du contrat, de payer les garanties de ce contrat conformément à ses dispositions.

Dans ce document, *vous* et *votre* désignent le propriétaire de ce contrat. *Nous, notre* et *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Fait à Toronto (Ontario)



Dean Connor
Président et chef de la direction
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie



Dana Easthope
Vice-présidente, vice-directeur juridique et
secrétaire de la compagnie
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

AVIS IMPORTANT - À LIRE ATTENTIVEMENT

La couverture des frais engagés à l'extérieur de la province qui vous est offerte est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévues. Il est important que vous lisiez et compreniez votre contrat avant de partir en voyage, car votre couverture peut être assujettie à certaines exclusions ou restrictions.

Des restrictions peuvent s'appliquer à certaines maladies et/ou symptômes qui existaient avant votre voyage. Vérifiez pour voir si votre contrat prévoit de telles restrictions et dans quelle mesure celles-ci s'appliquent compte tenu de la date de votre départ, de la date de souscription ou de la date d'effet.

En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux pourraient être passés en revue si vous présentiez une demande de règlement.

Si vous avez besoin des services d'assistance voyage, il est possible que vous deviez donner le nom de la compagnie en charge de ces services avant de recevoir tout traitement. Certaines limites pourraient s'appliquer aux prestations payables au titre de votre contrat si vous omettiez de communiquer avec la compagnie offrant les services d'assistance dans les délais prescrits.

Veuillez lire votre contrat attentivement avant de partir en voyage.

Si vous changez d'idée, vous pouvez nous présenter une demande écrite d'annulation de votre contrat dans les 30 jours suivant sa réception, et nous vous rembourserons les sommes que vous nous aurez payées, le cas échéant. Si vous avez des questions à poser et s'il vous faut d'autres renseignements, contactez-nous s'il vous plaît à

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

225 rue King ouest

Toronto, ON M5V 3C5

1 800 669 7921

Table des matières

Sommaire du régime amélioré y compris les soins dentaire et les frais hospitaliers en chambre à deux lits	1
Dispositions d'ordre général	2
Assurance-médicaments améliorée	8
Assurance-santé complémentaire.....	9
Assurance pour soins de la vue	11
Assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage.....	12
Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits	16
Assurance dentaire	17
Annexe - Conditions légales	20

Sommaire du régime amélioré y compris les soins dentaire et les frais hospitaliers en chambre à deux lits

Assurance	Remboursement	Maximum par personne
Assurance-médicaments améliorée	80 % première tranche de 5 000 \$ 100 % tranche suivante de 95 000 \$	100 000 \$ des frais remboursables par année civile
Soins de santé complémentaires	100 %	Se reporter aux dispositions de <i>l'Assurance-santé complémentaire</i>
Soins de la vue	100 %	200 \$ toutes les 2 années civiles
Soins médicaux d'urgence en voyage	100 %	60 jours par voyage Maximum viager de 1 000 000 \$
Frais hospitaliers en chambre à deux lits	85 %	Se reporter à <i>l'Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits</i>
Soins dentaires préventifs	80 %	750 \$ par année civile
Soins dentaires de restauration	50 %	500 \$ par année civile
Soins d'orthodontie	60 %	Maximum viager de 1 500 \$

Note :

Seuls les frais médicaux qui ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie de la personne assurée seront remboursés.

Délais d'attente

Soins de la vue

Une personne assurée devient admissible à l'assurance pour soins de la vue un an après la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Soins dentaires

Une personne assurée devient admissible :

- à l'assurance pour soins dentaires préventifs trois mois après la date d'entrée en vigueur du présent contrat;
- à l'assurance pour soins dentaires de restauration un an après la date d'entrée en vigueur du présent contrat;
- à l'assurance pour soins d'orthodontie deux ans après la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Soins dentaires – Frais d'anesthésie et d'examen de laboratoire

Lorsqu'une personne assurée engage des frais d'anesthésie et d'examen de laboratoire, ces frais ne sont remboursés que s'ils ont été engagés relativement à des soins dentaires admissibles. Les frais d'anesthésie et d'examen de laboratoire sont remboursés selon le pourcentage de remboursement qui s'applique aux soins donnés.

Dispositions d'ordre général

Définitions

Acupuncteur	personne inscrite au registre provincial approprié.
Année civile	période allant du premier janvier au 31 décembre.
Anniversaire du contrat	jour et mois qui, chaque année, coïncident avec la date d'entrée en vigueur du contrat.
Chiroprodiste/ Podiatre	personne autorisée à pratiquer par l'organisme provincial compétent.
Chiropraticien	membre de l'Association des chiropraticiens du Canada ou d'une association provinciale affiliée.
Dentiste	personne autorisée à pratiquer la dentisterie par l'organisme provincial compétent.
Denturologiste	personne autorisée par l'organisme provincial compétent à fabriquer et à mettre en bouche des dentiers.
Frais raisonnables et d'usage	<p><i>en ce qui a trait aux honoraires de dentistes, frais habituellement payables en l'absence d'une assurance et qui ne dépassent pas les honoraires du tarif des actes bucco-dentaires;</i></p> <p><i>en ce qui a trait aux frais de soins de santé et aux frais d'examens de laboratoire pour les soins dentaires, frais habituellement payables en l'absence d'une assurance et qui ne dépassent pas les frais qui ont normalement cours dans la région où ils sont engagés.</i></p>
Hôpital	établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. Cette définition d'hôpital exclut les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les établissements pour personnes âgées ou pour personnes atteintes d'une maladie chronique, les centres de résidence ou de soins de longue durée, les sanatoriums, les hôpitaux de convalescence, à moins d'être prévus dans les dispositions de l' <i>Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits</i> , les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital. Si les hôpitaux de convalescence sont couverts, nous considérons qu'un hôpital de convalescence est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie. Cette définition exclut l'hospitalisation pour la surveillance du malade.
Infirmière	infirmière exerçant à titre privé à l'extérieur de l'hôpital, lorsque des soins infirmiers sont nécessaires pour des raisons d'ordre médical. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par infirmière exerçant à titre privé, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province du domicile de la personne assurée et qui ne résident pas normalement avec la personne assurée.
Massothérapeute	personne autorisée à pratiquer la massothérapie par l'organisme provincial compétent ou en l'absence d'un tel organisme, une personne qui possède des titres de compétence semblables à ceux qui sont exigés par un organisme compétent.
Maximum viager	montant maximum que nous remboursons pour chaque personne assurée pendant que ce contrat est en vigueur.

Médecin	docteur en médecine (M.D.) autorisé à pratiquer la médecine.
Naturopathe	membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée.
Ophthalmologiste	personne autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
Optométriste	membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée.
Orthophoniste	titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie ou d'une association provinciale affiliée ou une personne qui répond aux conditions d'adhésion de cette association.
Ostéopathe	titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collège d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique.
Personne assurée	personne que nous avons accepté d'assurer en vertu de ce contrat et qui répond et continue de répondre à toutes les exigences d'admissibilité.
Pharmacien	personne autorisée à pratiquer la pharmacologie et dont le nom figure au registre des pharmaciens de l'organisme de réglementation de la province ou du territoire où pratique cette personne.
Physiothérapeute	membre de l'Association des physiothérapeutes du Canada ou d'une association provinciale affiliée.
Preuves d'assurabilité	preuve écrite que la personne à assurer répond à nos exigences de tarification. La personne à assurer assume les frais liés à l'obtention des preuves d'assurabilité.
Psychologue	psychologue autorisé qui est inscrit au registre des psychologues de la province où les services sont fournis.
Tarif des actes bucco-dentaires	tarif en vigueur pour les dentistes généralistes approuvé par l'association dentaire de la province où les frais ont été engagés. Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme «tarif» s'entend d'un tarif rajusté établi par nous.
Urgence	événement soudain et imprévu relié à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle exigeant un traitement médical immédiat prescrit par un médecin et qui ne peut attendre que la personne assurée puisse retourner dans sa province de résidence.

Le contrat

Aucune modification de ce contrat, qui comprend la proposition, la page *Particularités du contrat* et toute modification convenue par écrit, ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une autorisation écrite signée par des dirigeants de la compagnie autorisés à signer les contrats.

Tous les montants cités dans ce contrat sont en dollars canadiens.

Si vous-même ou une autre personne assurée omettez de nous dévoiler tous les renseignements pertinents en ce qui touche l'assurance ou présentez des renseignements faux ou trompeurs, nous pouvons annuler l'assurance.

Les déclarations frauduleuses ou les déclarations inexactes quant à l'âge qui sont faites sur la proposition ou sur un formulaire de preuve d'assurabilité peuvent être contestées en tout temps. Les autres déclarations sont incontestables deux ans après la date de la déclaration.

Primes

Nous déterminons les primes selon l'âge et la province du domicile de chaque personne assurée. Si un changement d'âge de la personne assurée entraîne un changement de catégorie de tarif, les primes sont rajustées au prochain anniversaire du contrat. Si la personne assurée change de province de résidence, les primes sont modifiées en fonction des tarifs de la nouvelle province de résidence et entrent en vigueur à la date du changement.

Nous nous réservons le droit de modifier vos primes. En cas de modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

Délai de grâce

Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement des primes, sauf la première. L'assurance est maintenue en vigueur pendant le délai de grâce et vous devez continuer à acquitter les primes.

Nous mettrons fin au contrat si une prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce. Dans une telle situation, nous vous enverrons un avis écrit de la résiliation du contrat. Aucune demande de remboursement de frais engagés après la résiliation du contrat ne sera acceptée.

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible à la couverture ou continuer d'y être admissible, il faut :

- être résident du Canada
- être couvert par l'assurance-maladie provinciale
 - Les résidents du Québec doivent également avoir et conserver une assurance-maladie et une assurance-médicaments par l'intermédiaire d'un régime collectif ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la RAMQ). Une personne qui ne bénéficie pas de cette couverture par l'intermédiaire d'un régime collectif ou de la RAMQ n'est pas admissible à la couverture aux termes du présent contrat.
- être lié à vous de l'une des façons suivantes :
 - par un mariage légal ou par une union civile
 - vivre avec vous dans le cadre d'une relation conjugale et être présenté comme votre conjoint ou partenaire, ou
 - être un enfant né de vous, un enfant que vous avez adopté ou un enfant de votre conjoint qui n'est pas marié et qui dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et qui est :
 - i) âgé de moins de 21 ans, ou
 - ii) âgé de moins de 25 ans s'il fréquente à temps complet un collège ou une université, ou
 - iii) incapable de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique qui survient pendant qu'il dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et pendant qu'il est admissible aux termes de i) ou ii) ci-dessus.

Si une personne assurée ne remplit plus les conditions d'admissibilité, vous devez nous en aviser.

Modifications

Modification du genre de contrat

Vous pouvez demander, n'importe quand, de faire modifier le genre de régime que vous détenez (régime de base, standard ou amélioré) en tout autre genre de régime que nous offrons au moment de la demande. La demande doit être présentée par écrit. Toutes les personnes assurées devront nous présenter de nouvelles preuves d'assurabilité. Si votre demande est acceptée, nous établirons la date d'entrée en vigueur du nouveau genre de régime.

Ajout d'une personne assurée

Enfant

Vous pouvez nous demander d'ajouter un enfant à la liste de personnes assurées par le contrat. Cette modification prendra effet à la date où nous approuvons votre demande ou au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat, selon la plus récente de ces dates.

Si vous nous le demandez dans les 30 jours qui suivent sa naissance, nous ajouterons l'enfant sans demander de preuves d'assurabilité.

Nous pouvons cependant exiger une preuve du lien qui existe entre l'enfant et vous. Si vous nous demandez d'ajouter un enfant qui est âgé de 31 jours ou plus, nous vous ferons savoir si vous devez nous faire parvenir des preuves d'assurabilité pour cet enfant.

Vous pouvez demander l'ajout d'un enfant né de vous, d'un enfant que vous avez adopté ou d'un enfant de votre conjoint si cet enfant n'est pas marié, s'il dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et s'il est :

- i) âgé de moins de 21 ans, ou
- ii) âgé de moins de 25 ans s'il fréquente à temps complet un collège ou une université, ou
- iii) incapable de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique qui survient pendant qu'il dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et pendant qu'il est admissible aux termes de i. ou ii. ci-dessus.

Autres personnes admissibles

Vous pouvez nous demander d'ajouter une personne à la liste des personnes assurées. La demande doit être présentée par écrit. Cette personne doit remplir les conditions d'admissibilité et nous fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes à notre avis. Cette modification prendra effet à la date où nous approuvons votre demande ou au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat, selon la plus récente de ces dates.

Radiation d'une personne assurée

Vous pouvez nous demander par écrit de radier une personne assurée du contrat. Cette modification prendra effet au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat.

Droit de mettre fin au contrat

Vous pouvez mettre fin à ce contrat n'importe quand en envoyant une demande écrite à l'adresse indiquée au début du contrat. Nous devons recevoir le préavis écrit de la résiliation au moins dix jours à l'avance.

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la date où les frais remboursables ont été engagés. Il s'agit de la date où les services sont reçus ou la date où les fournitures ou les appareils sont achetés ou loués. Si votre contrat ne prévoit pas expressément le remboursement de soins prévus, il est de votre responsabilité de communiquer avec nous **avant** d'engager ces frais pour nous permettre de vérifier s'ils sont couverts. Nous pouvons refuser une demande de remboursement si vous n'avez pas vérifié auprès de nous si les frais étaient couverts.

Pour étudier la demande, nous pouvons exiger des factures détaillées, des déclarations remplies par le médecin, des reçus des laboratoires commerciaux, des rapports, des dossiers, des radiographies, des modèles d'étude ou tout autre renseignement que nous estimons nécessaire à l'étude de la demande. Les frais additionnels engagés pour obtenir ces renseignements sont à votre charge.

Lorsque votre contrat prend fin

Les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans les trois mois qui suivent la date où votre contrat a pris fin. Nous ne traiterons pas les demandes qui nous parviennent plus de trois mois après cette date, peu importe la date où les frais remboursables ont été engagés.

Règlement des frais remboursables

Nous effectuons le remboursement lorsque nous recevons la preuve que vous avez engagé des frais remboursables. Nous déterminons le montant du remboursement de la manière suivante :

- nous appliquons le pourcentage de remboursement, et
- nous appliquons ensuite les maximums prévus.

Calcul du montant que nous remboursons

Nous vérifions si les frais engagés sont remboursables et déterminons s'il y a des restrictions qui s'appliquent à ces frais. Si certains frais ne sont pas couverts, nous les déduisons du total des frais dont vous demandez le remboursement.

Nous comparons, pour tous les frais remboursables :

- le montant des frais dont vous demandez le remboursement
- les frais d'usage pour les frais en question, et
- le maximum pouvant être demandé, qui est indiqué à la page *Sommaire du régime*.

Le montant que nous remboursons est basé sur le moins élevé de ces trois montants.

Délai pour le recouvrement des sommes assurées

Une action ou une poursuite contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables au titre du contrat sera frappée de prescription, à moins d'avoir été engagée dans le délai fixé par la Loi sur les assurances ou par les lois de la province ou du territoire applicables à ce contrat.

Recouvrement en cas de responsabilité civile d'un tiers (subrogation)

Si nous avons effectué un paiement en vertu de ce contrat par suite d'une blessure, d'une maladie ou d'un accident dont un tiers est ou peut être responsable, nous exercerons nos droits à un remboursement, lorsque la loi le permet.

Le montant que vous devrez nous rembourser ne dépassera pas la somme que nous avons versée. Nos droits à un remboursement s'appliquent à tout paiement intégral ou partiel auquel vous avez droit ou que vous pouvez recevoir.

Les accords que vous pourriez passer avec le tiers en question ne nous engageront pas, sauf si vous avez obtenu notre assentiment écrit au préalable. Lorsqu'un règlement est versé sous forme d'une somme forfaitaire, vous devez prouver qu'aucune partie du paiement forfaitaire n'a été versée en compensation de frais remboursables que nous vous avons payés aux termes du présent contrat.

Si vous ne revendiquez pas vos droits contre le tiers, vous convenez, lorsque la loi le permet, de nous céder tous vos droits reconnus par la loi contre le tiers.

Exclusions générales

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- frais qui sont directement ou indirectement dus ou reliés à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non, ou pendant le service dans la marine, l'armée de terre ou l'armée de l'air de tout pays, d'une coalition de pays ou d'une organisation internationale participant à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non
- frais que la loi ne nous permet pas de payer
- services ou articles qui, selon nous, sont de nature esthétique
- services ou articles qui, selon nous, sont de nature expérimentale
- frais de livraison, de transport ou d'administration

- services et produits que la personne utilise de sa propre initiative ou qui sont fournis ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne assurée ou qui a un lien de parenté avec la personne assurée par le sang ou par le mariage
- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sauf si la présente assurance en prévoit expressément le remboursement
- services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public
- services ou articles qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), et
- frais engagés hors de la province du domicile pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente.

Nous ne versons aucun montant pour les blessures qu'une personne s'inflige intentionnellement, qu'elle ait été saine d'esprit ou non.

Assurance-médicaments améliorée

Médicaments et articles connexes couverts :

- médicaments qui doivent être prescrits et qui figurent à la partie Monographies de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques à titre de stupéfiants, de médicaments contrôlés ou de médicaments d'ordonnance
- médicaments essentiels au maintien de la vie qui n'exigent pas forcément d'ordonnance et qui figurent à la partie Guide thérapeutique de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques sous les rubriques suivantes :
 - agents antiangineux
 - agents antihyperlipidémiques
 - agents antiparkinsoniens
 - agents parasympathomimétiques
 - bronchodilatateurs
 - traitement de la tuberculose
 - traitement de l'hyperthyroïdisme
 - agents antiarythmiques
 - agents topiques de débridement enzymatique
 - inhibiteurs oraux de la fibrinolyse
 - préparations anticholinergiques
 - préparations d'insuline
 - traitement de recharge en potassium
 - traitement du glaucome
- médicaments injectables
- prescriptions composées dont au moins un ingrédient est un médicament couvert
- aiguilles hypodermiques, seringues et produits chimiques de diagnostic utilisés pour le traitement du diabète, et
- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance, sous réserve d'un maximum viager de 250 \$.

Le maximum que nous remboursons pour chaque achat de médicaments ou d'articles connexes remboursables se limite au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de trois mois.

Critères de remboursement des frais de médicaments et d'articles connexes

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Pour que les frais soient remboursés, les médicaments ou articles connexes doivent répondre à tous les critères suivants :

- les médicaments ou articles connexes sont nécessaires d'un point de vue médical pour traiter la blessure ou la maladie
- les frais engagés sont les frais raisonnables et d'usage pour le traitement de la blessure ou de la maladie
- les médicaments ou articles connexes sont prescrits par un médecin, un dentiste ou un autre professionnel de la santé autorisé à pratiquer dans la province où il détient un permis, où il est inscrit et où il a le droit de fournir des ordonnances, et
- les médicaments ou articles connexes sont délivrés par un pharmacien ou un médecin autorisé.

Substitution de produits génériques

Le maximum que nous remboursons pour un médicament de marque couvert par l'assurance correspond au prix du médicament générique le moins cher de la catégorie appropriée. Si le médecin ou le dentiste a indiqué sur l'ordonnance qu'il ne doit pas y avoir de substitution, nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit, même s'il s'agit de médicaments et d'articles prescrits :

- médicaments pour le traitement de la stérilité
- médicaments pour le traitement des troubles de l'érection
- médicaments pour le traitement de l'obésité
- suppléments diététiques, vitamines et aliments de bébés
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections
- contraceptifs (sauf les contraceptifs oraux)
- auxiliaires antitabagiques en vente libre, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Assurance-santé complémentaire

Frais remboursables

- les frais raisonnables et d'usage pour les services ou articles indiqués ci-dessous
- les frais que nous estimons nécessaires du point de vue médical pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie, et
- les frais pour les services ou articles prescrits par un médecin, à moins d'indication contraire.

Nous remboursons les frais des services des praticiens indiqués ci-dessous. Les frais remboursables pour les services d'un praticien ne comprennent que les services pour lesquels il se spécialise et qui exigent les aptitudes et les titres de compétence d'un tel praticien.

Services nécessitant une ordonnance :

- acupuncteur
- physiothérapeute
- psychologue
- massothérapeute, ou
- orthophoniste.

Services ne nécessitant pas d'ordonnance :

- chiropraticien, avec un examen radiologique par année civile
- naturopathe
- ostéopathe, avec un examen radiologique par année civile, ou
- podiatre ou chiropodiste, avec un examen radiologique par année civile.

Le montant que nous remboursons est limité à 400 \$ par praticien par année civile.

Les frais engagés pour les services d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un chiropodiste sont remboursés avant qu'ils n'excèdent le plafond annuel prévu par le régime d'assurance-maladie provincial.

Nous remboursons les frais des services d'un chirurgien-dentiste, y compris les prothèses dentaires, requis pour le traitement d'une fracture de la mâchoire ou de blessure ou dommage accidentel aux dents naturelles, pourvu que la fracture, la blessure ou le dommage soit attribuable à des causes externes, violentes et accidentelles. Aucun remboursement n'est versé pour les services effectués pour le traitement de la fracture ou de la blessure mais qui sont reliés à un état de santé qui existait avant la fracture ou la blessure. Le montant que nous remboursons est limité à 2 000 \$ par fracture ou blessure. Les services doivent être dispensés dans les 12 mois suivant la fracture ou la blessure. Une ordonnance du médecin n'est pas requise pour déterminer si ces services sont couverts.

Nous remboursons les frais de transport terrestre dans une ambulance autorisée à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport. Le remboursement est effectué lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié pour ce service auprès du gouvernement.

Nous remboursons, en cas d'urgence, les frais de transport aérien par service ambulancier à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport. Si la personne assurée requiert les services d'une infirmière autorisée pendant le vol, les services et le prix du vol aller-retour de cette infirmière sont couverts. Le remboursement est effectué lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié pour ce service auprès du gouvernement.

Nous remboursons les frais de prothèses auditives, y compris les réparations mais non les piles, à concurrence de 500 \$ par période de cinq ans. Cette période commence à la date où les premiers frais sont engagés. Le remboursement est effectué lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié pour ce service auprès du gouvernement.

Le remboursement est effectué *lorsque nous recevons la preuve* que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du gouvernement pour les services d'une infirmière dispensés au domicile de la personne assurée. Le traitement de la personne assurée doit nécessiter les compétences spécialisées d'une infirmière. Le montant que nous remboursons est limité à un maximum de 10 000 \$ par année civile et à un maximum viager de 30 000 \$.

Pour les services et appareils suivants qui sont financés par la province, le montant que nous remboursons est limité à un maximum global de 5 000 \$ par année civile.

Le remboursement des frais suivants est effectué lorsque *nous recevons la preuve* que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du gouvernement :

- membres artificiels ou autres prothèses; les prothèses mammaires sont limitées à 200 \$ par année civile
- appareils orthopédiques, pourvu qu'ils ne soient pas pour usage athlétique seulement
- oxygène
- cadres de marche, si nous en avons approuvé l'achat ou la location
- fauteuil roulant, sous réserve d'un maximum viager de 4 000 \$, si nous en avons approuvé l'achat ou la location, et
- réparations d'équipement médical durable couvert par ce contrat, à concurrence du pourcentage de remboursement indiqué à la page *Sommaire du régime*.

Le remboursement des frais suivants est effectué *sans exiger la preuve* que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du gouvernement :

- glycomètres, à concurrence de 300 \$ pour chaque période de cinq ans
- examens diagnostiques de laboratoire et examens radiologiques
- chaussures orthopédiques faites sur mesure, modifications orthopédiques apportées à des chaussures et orthèses, lorsqu'elles sont requises pour corriger des difformités des os et des muscles et non pour usage athlétique seulement; un médecin, podiatre, chiropodiste ou chiropraticien doit les avoir prescrites; le montant que nous remboursons est limité à 200 \$ par année civile
- lit d'hôpital, sous réserve d'un maximum viager de 1 500 \$
- équipement durable (à l'exclusion des cadres de marche et fauteuils roulants), si nous en avons approuvé l'achat ou la location; par exemple, il peut s'agir aux termes de la présente assurance d'un lit d'hôpital ou d'équipement de traction
- plâtres (plâtre de Paris ou fibre de verre)
- attelles et béquilles, à concurrence de 500 \$ par année civile
- perruques et postiches nécessaires à la suite d'alopécie, de chimiothérapie ou de radiothérapie, sous réserve d'un maximum viager de 500 \$, et
- réparations d'équipement médical durable couvert par ce contrat, à concurrence du pourcentage de remboursement indiqué à la page *Sommaire du régime*.

S'il y a plus d'un appareil qui répond aux besoins médicaux fondamentaux de la personne assurée, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher.

Pour les résidents du Québec seulement, nous remboursons les frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomographie par ordinateur, de tomodensitométrie (TDM) et d'échographie.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- services d'une auxiliaire familiale ou d'une aide domestique
- articles achetés uniquement pour usage athlétique
- frais dentaires, sauf les frais engagés pour le traitement de dommages accidentels à des dents naturelles, si ces frais sont indiqués dans la liste des frais remboursables
- ticket modérateur imposé par le régime provincial d'assurance-maladie pour l'utilisation d'un service, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Assurance pour soins de la vue

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Par frais remboursables, on entend les frais raisonnables et d'usage pour les articles ou services suivants :

- examens de la vue par un ophtalmologue ou un optométriste, sous réserve d'un examen par période de deux années civiles (une année civile s'il s'agit d'une personne assurée de moins de 18 ans) et de 50 \$ par examen de la vue; le remboursement des examens de la vue est inclus dans le plafond pour soins de la vue indiqué à la page *Sommaire du régime, et*
- chirurgie oculaire au laser, lunettes, lunettes de soleil sur ordonnance et lentilles cornéennes (y compris leur réparation), à condition qu'elles soient nécessaires à la correction de la vue et achetées sur l'ordonnance d'un ophtalmologue ou d'un optométriste.

Exclusions

Nous ne remboursons pas les frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales* des *Dispositions d'ordre général*.

Assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables, à concurrence de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*, et ceux qui sont stipulés ci-dessous.

Pour être remboursables, les frais hospitaliers et médicaux et les frais d'assistance-voyage doivent répondre à tous les critères suivants. Ils doivent :

- être nécessaires du point de vue médical
- avoir été engagés du fait d'une urgence qui survient durant les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province du domicile de la personne assurée; la période de 60 jours commence le jour du départ de la province du domicile de la personne assurée
- avoir été requis pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'une blessure qui s'est produite à l'extérieur de la province du domicile de la personne assurée, et
- avoir été engagés pour une personne assurée qui a moins de 80 ans. Cette couverture prend fin au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Les services reçus en cas d'urgence couverts au titre de l'assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage comprennent les services et les articles médicaux raisonnables, y compris les conseils, les traitements, les actes médicaux ou chirurgicaux, qui sont requis en raison d'une urgence.

Si la personne assurée a moins de 65 ans, elle doit retourner à sa province de résidence durant 24 heures avant de pouvoir être à nouveau admissible à l'assurance pour une autre période de 60 jours, même en l'absence d'une demande de remboursement.

Si la personne assurée a 65 ans ou plus, elle doit retourner à sa province de résidence durant 20 jours avant de pouvoir être à nouveau admissible à l'assurance pour une autre période de 60 jours, même en l'absence d'une demande de remboursement.

Assistance-voyage – Services offerts

Nous fournissons un numéro libre-appel grâce auquel les personnes assurées ont accès à un réseau mondial d'assistance téléphonique, disponible 24 heures sur 24. Pour une urgence survenue durant la période de voyage de 60 jours, le réseau fournit les secours d'urgence suivants :

- liaison avec les médecins et les hôpitaux
- surveillance continue du traitement médical si une personne assurée est hospitalisée
- coordination des mesures à prendre pour le transport terrestre ou aérien par service ambulancier s'il est nécessaire du point de vue médical de ramener la personne assurée au Canada ou de la transférer à un autre hôpital qui a l'équipement nécessaire pour prodiguer les soins requis
- aide pour le paiement des frais hospitaliers et médicaux
- assistance juridique
- services d'interprétation au téléphone, et
- service de messages pour les personnes assurées; les messages seront conservés durant 15 jours.

Aide pour le paiement des soins d'urgence

Afin de vous assurer que les frais engagés vous seront remboursés, vous devez confirmer votre assurance-maladie provinciale et votre couverture d'assurance-santé prévue par ce contrat auprès de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence avant de recevoir les services médicalement nécessaires. S'il ne vous est pas possible de le faire avant de recevoir les soins, vous devez le faire dès que cela sera raisonnablement possible. Si vous ne confirmez pas votre couverture et recevez des services dans des circonstances où il vous aurait été raisonnablement possible de communiquer avec le fournisseur, nous avons le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services. Si nous payons des frais hospitaliers et médicaux pour une personne assurée, vous devez signer un formulaire d'autorisation nous permettant de nous faire rembourser ces frais par le régime provincial d'assurance-maladie.

Si nous payons ou acceptons de payer des frais dont la personne assurée est responsable en partie aux termes de ce contrat ou du régime provincial d'assurance-maladie ou si ces frais ne sont pas couverts par le présent contrat, vous devez nous rembourser l'excédent du montant payable par la personne assurée ou qui n'est pas couvert par ces contrats.

S'il y a des frais que nous n'avons pas remboursés, le remboursement n'aura lieu que lorsque nous aurons reçu une preuve jugée satisfaisante à notre avis de votre demande de remboursement.

Soins hospitaliers et médicaux

Nous couvrons les frais raisonnables et d'usage engagés pour ce qui suit, déduction faite du montant payable par un régime d'assurance-maladie provincial :

- frais de chambre et de repas en salle et services hospitaliers accessoires donnés dans un hôpital général
- services d'un médecin
- vol de retour de la personne assurée en classe économique à la province où elle est domiciliée pour obtenir le traitement médical
- transport terrestre dans une ambulance autorisée à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, ou au Canada, selon notre décision ou celle de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, ou au Canada, selon notre décision ou celle de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport, et
- services et vol aller-retour d'une infirmière autorisée si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport et si les services de cette infirmière sont requis pendant le vol.

Pour les frais hospitaliers et médicaux, le maximum que nous remboursons est de 1 000 000 \$ à vie par personne assurée.

Les frais qui figurent dans la liste des frais remboursables aux termes d'autres dispositions d'assurance-santé du présent contrat sont aussi remboursables lors d'un voyage à l'extérieur du Canada. Ces frais sont assujettis aux pourcentages de remboursement indiqués à la page *Sommaire du régime* appropriée.

Assistance-voyage – frais remboursables

Nous couvrons les frais raisonnables et d'usage pour les services d'assistance à la famille suivants :

- retour d'une personne assurée âgée de moins de 16 ans ou handicapée et qui se retrouve seule du fait que vous ou une personne assurée avez été hospitalisé à l'extérieur de la province où vous résidez; nous fournissons un accompagnateur, si nous ou notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence le jugeons nécessaire; nous remboursons au maximum le coût d'un billet aller simple en classe économique pour le retour de chaque personne à charge assurée qui a moins de 16 ans ou qui est handicapée
- retour au domicile d'une des personnes assurées, si elle ne peut plus utiliser ses billets à la date prévue de son retour du fait qu'elle ou une autre personne assurée a dû être hospitalisée et qu'elle soit dans l'obligation d'acheter d'autres billets de retour; nous remboursons le coût supplémentaire de chaque nouveau billet de retour, à concurrence du coût d'un aller simple en classe économique, diminué de toute fraction remboursable du prix du ou des billets initiaux
- transport du conjoint, d'un parent, enfant, frère ou soeur de la personne assurée qui voyageait sans un membre de la famille pour conduire ce membre au chevet de la personne assurée si elle est hospitalisée pour une période de plus de sept jours; la couverture comprend les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, et le billet aller-retour en classe économique, pour la personne qui se rend au chevet de la personne assurée; ces frais sont aussi remboursables si l'une de ces personnes doit identifier une personne assurée décédée, avant la remise du corps à la famille, et
- frais de repas et d'hébergement, sous réserve d'un maximum de 150 \$ par jour (au total et non par personne), si l'hospitalisation d'une personne assurée oblige une autre personne assurée à prolonger son séjour.

Le montant maximal global que nous remboursons pour l'assistance à la famille est de 5 000 \$ par urgence.

Retour de la dépouille

En cas de décès d'une personne assurée alors qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence, nous faisons les démarches nécessaires pour obtenir l'autorisation de retourner la dépouille dans sa dernière province de résidence. La préparation de la dépouille pour son retour comprend les frais d'incinération où le décès est survenu. Le retour de la dépouille comprend un conteneur ordinaire pour l'expédition, mais exclut les frais d'enterrement tels que l'achat d'un cercueil ou d'une urne.

Nous remboursons les frais de préparation et de transfert de la dépouille jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Retour d'un véhicule

Si une personne assurée ne peut conduire son propre véhicule ou un véhicule de location du fait de son retour au Canada pour un traitement médical, nous remboursons les frais d'expédition de ce véhicule à sa province de résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche. Nous payons aussi ces frais en cas de décès de la personne assurée.

Le maximum que nous remboursons pour le retour du véhicule est de 1 000 \$.

Exclusions et restrictions

Lorsque survient une urgence, la personne assurée ou une autre personne qui est avec elle doit communiquer avec notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il ne vous est pas possible de prendre contact avec notre fournisseur avant de recevoir les soins, vous ou une autre personne qui est avec la personne assurée devez le faire dès que cela sera raisonnablement possible. Si vous ne communiquez pas avec notre fournisseur et recevez des services en cas d'urgence dans des circonstances où il vous aurait été raisonnablement possible de communiquer avec lui, nous avons le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais liés à cette urgence.

L'urgence prend fin lorsque l'état de la personne assurée est stable du point de vue médical de façon à ce qu'elle puisse retourner dans la province de son domicile.

Nous ne versons aucun montant pour ce qui suit :

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'au retour de la personne assurée dans la province où elle réside
- services liés à une maladie ou à une blessure qui est à l'origine de l'urgence et reçus après que l'urgence a pris fin
- services reçus par la personne assurée après la date à laquelle nous ou notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence avons déterminé, en nous basant sur les renseignements médicaux disponibles, que la personne assurée pouvait retourner dans la province où elle réside
- services reçus par la personne assurée pour le traitement d'une maladie ou blessure, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si la personne assurée a refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés
- services liés à une maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure, lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement de cette maladie ou blessure
- frais engagés par une personne assurée pour une urgence survenant plus de 60 jours après son départ de la province où elle réside
- frais engagés pour le traitement habituel d'une maladie ou d'une blessure chronique; les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était en place avant le départ de la personne assurée de la province où elle réside
- frais attribuables ou liés à un problème de santé antérieur; un problème de santé «antérieur» est une affection dont les symptômes sont apparus ou qui a nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou un traitement (y compris des modifications de la médication ou de la posologie) au cours de la période de neuf mois précédant le départ de la personne assurée de la province où elle réside

- frais liés à une grossesse engagés au cours des quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement de la personne assurée
- frais à l'égard d'un enfant né à l'extérieur du Canada, jusqu'à la date d'effet de la couverture pour cet enfant ou la date à laquelle il retourne au Canada, selon la plus récente de ces dates
- frais engagés à la suite de services non urgents ou de la recommandation du médecin, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales* de la page *Dispositions d'ordre général*.

Pour déterminer si les frais sont remboursables, nous pouvons exiger que le médecin fournisse des preuves médicales selon lesquelles l'état de la personne assurée était stable depuis au moins neuf mois avant son départ de la province où elle réside en ce qui touche l'affection dont elle est atteinte. «Stable» s'entend du fait que le médecin traitant a déclaré qu'il ne prévoit pas de récurrence de la même affection ni aucun problème qui soit lié à cette affection pendant que la personne assurée se trouve hors de la province où elle réside.

En cas de guerre, de troubles politiques, d'épidémies ou du fait de l'inaccessibilité de l'endroit, il peut y avoir des restrictions aux services fournis en cas d'urgence dans certains pays.

Ni la compagnie ni le fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence ne sont responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux dispensés à la personne assurée ni de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical.

Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué à la page *Sommaire du régime*.

Par frais remboursables, on entend les frais raisonnables et d'usage d'une chambre à deux lits dans un hôpital, à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 5 000 \$ par année civile. Si la personne assurée était enceinte lorsqu'elle a demandé l'assurance-santé personnelle, nous couvrons jusqu'à deux jours d'hospitalisation si le séjour à l'hôpital résulte de la grossesse. Pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, nous remboursons 20 \$ par jour pour un maximum de 180 jours d'hospitalisation pour la même cause ou une cause connexe.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- tous les frais pour des services qui ne sont pas médicalement nécessaires pour le traitement de la personne assurée, par exemple les frais d'appels téléphoniques ou de location de télévision
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Assurance dentaire

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Si votre contrat ne prévoit pas expressément le remboursement de soins prévus, il est de votre responsabilité de communiquer avec nous avant d'engager ces frais pour nous permettre de vérifier s'ils sont couverts. Nous pouvons refuser une demande de remboursement si nous n'avons pas confirmé que les frais sont couverts.

Description de la couverture

L'assurance pour soins dentaires couvre les frais remboursables qui sont engagés par une personne assurée pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Pour chaque traitement, nous couvrons uniquement les frais raisonnables et d'usage pour les soins dentaires reçus :

- à concurrence des frais habituels correspondant aux soins, aux services ou au traitement équivalent le moins coûteux
- s'ils correspondent aux soins dentaires reconnus, et
- s'il sont appropriés compte tenu de l'état de la personne assurée.

Nous pouvons obtenir, à vos frais, un deuxième avis avant que les soins dentaires ne soient donnés pour déterminer s'ils sont appropriés. Le montant pouvant être remboursé ne sera jamais supérieur au montant indiqué pour ces soins dans le tarif des actes bucco-dentaires de la province où la personne assurée reçoit les soins.

Remboursement des frais

Nous réglons les frais remboursables après avoir tenu compte des restrictions prévues par cette assurance.

Les frais sont réputés être engagés le jour où les soins sont donnés par le dentiste, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés être engagés par la personne assurée le jour où le traitement est terminé, sauf s'il s'agit de soins d'orthodontie où les frais sont réputés être engagés à chaque rendez-vous.

Les soins dentaires temporaires que reçoit la personne assurée sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif reçu pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Les honoraires pour le traitement dentaire définitif serviront à déterminer les frais raisonnables et d'usage pour les soins dentaires temporaires.

Pour déterminer si les frais sont remboursables, nous pouvons demander que le dentiste qui donne le traitement ou vous-même nous présentiez une déclaration en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement que nous estimons nécessaire.

Les soins couverts

Les frais dentaires suivants sont considérés comme des frais remboursables.

Soins dentaires préventifs

- examens buccaux :
 - un examen complet tous les cinq ans
 - un examen périodique tous les neuf mois
 - examens d'urgence ou examens particuliers
- radiographies :
 - une série complète de radiographies ou une panographie tous les cinq ans
 - une série de radiographies interproximales tous les 18 mois
 - radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement
- consultation d'un autre dentiste, si exigée par le dentiste de la personne assurée
- polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure à intervalles d'au moins neuf mois
- élargissement de l'espace interproximal, un seul par personne assurée de moins de 12 ans
- modification de la morphologie des dents pour raisons fonctionnelles

- contrôle des caries
- tcontrôle des traumatismes
- services reçus en cas d'urgence
- traitements palliatifs
- examens de diagnostic et de laboratoire
- appareils de maintien d'espace pour dents primitives manquantes, pour les personnes assurées de moins de 12 ans
- scellement de puits et fissures, pour les personnes assurées de moins de 19 ans
- obturations - amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent; s'il y a pose d'une obturation en amalgame liée, nous déterminons les frais remboursables selon les frais équivalents pour une obturation en amalgame non liée
- extraction de dents sans complications (le traitement ne nécessite pas un lambeau ni une séparation de la dent)
- restaurations préfabriquées en métal ou en plastique et réparation de restaurations préfabriquées en métal ou en plastique, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives, et
- détartrage et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum de huit unités de temps par année.

Soins dentaires de restauration

- soins d'endodontie, comme le traitement de canal et obturations de traitement de canal et traitement des maladies pulpaires
- soins de périodontie - le traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien
- rectification de l'occlusion, appelée aussi équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de quatre unités de temps par année
- appareil paradontal, une fois tous les cinq ans
 - entretien de l'appareil, une fois tous les six mois
 - regarnissage de l'appareil
 - évaluation après le traitement
- recouvrement
- couronnes et réparations des couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal
- dentiers partiels et complets et réparations et ajouts aux dentiers
- rebasage ou regarnissage d'un dentier partiel ou complet
- ponts fixes y compris leur réparation
- actes chirurgicaux suivants :
 - alvéoplastie
 - dislocations
 - énucléation de kystes
 - frénectomie
 - lacérations
 - actes chirurgicaux divers
 - extractions chirurgicales et repositionnement (l'intervention chirurgicale nécessite un lambeau ou une séparation de la dent)
 - ablation chirurgicale
- anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - sédation consciente
 - sédation profonde
 - anesthésie générale
- injection de médicaments.

Soins d'orthodontie

- traitement orthodontique d'interception, d'intervention ou de prévention, sauf les appareils de maintien d'espace
- traitement orthodontique global, ayant recours à des appareils amovibles ou fixes ou à une combinaison des deux; le traitement comprend les soins diagnostiques, le programme de traitement et la rétention.

Restrictions

Le montant pouvant être versé pour les frais remboursables est limité au coût de la méthode de traitement la moins coûteuse qui permet d'obtenir un résultat acceptable, compte tenu des normes de la profession. Si la personne assurée choisit ou reçoit un traitement plus cher, le remboursement se limite au coût du traitement équivalent le moins cher que nous déterminons.

Le montant pouvant être versé pour des frais admissibles à l'égard d'une couronne appliquée à une molaire est limité au coût d'une couronne en métal.

Pour déterminer la gravité des dommages à une couronne ou à un recouvrement, la personne assurée ou son dentiste doit nous présenter des radiographies et des modèles d'étude.

Les frais de remplacement d'un dentier, d'un pont, d'une couronne ou d'un recouvrement sont remboursables si la nouvelle prothèse s'impose pour remplacer un dentier, un pont, une couronne ou un recouvrement mis en bouche au moins huit ans auparavant, sous réserve d'un maximum de frais remboursables de la valeur et de la qualité du dentier, du pont, de la couronne ou du recouvrement initial.

Les frais d'ajout de dents à un partiel ou à un pont sont remboursables si l'ajout s'impose pour remplacer une ou plusieurs dents extraites pendant que la personne est assurée par ce contrat.

Chaque année, l'Association dentaire canadienne (ADC) publie une liste de services et de codes de soins dentaires. Si des modifications sont apportées aux codes de l'ADC ou si nous ne pouvons déterminer que les frais engagés sont remboursables, le remboursement pourra être fait en fonction du coût de soins semblables dont les frais sont remboursables.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- frais de remplacement d'appareil parodontal ou d'appareil de maintien d'espace perdus, volés ou égarés
- services effectués dans le cadre d'une intervention chirurgicale couverte au titre d'un régime d'État
- couronnes et recouvrements pour une dent qui n'a pas subi de dommage fonctionnel au niveau de l'angle incisif ou de la cuspidé
- prothèse commandée pendant que la personne est assurée par le présent contrat, mais mise en bouche après l'expiration de cette assurance dentaire facultative
- dentiers, ponts et couronnes qui remplacent une ou plusieurs dents manquant avant que la personne ne soit assurée par le présent contrat ou pour réparer quelque défaut congénital
- remplacement de dentiers, de couronnes, de recouvrements ou de ponts et ajout de dents à des dentiers, couronnes, recouvrements ou ponts existants, sauf si ces frais sont indiqués ci-dessus
- remplacement de dentiers perdus, volés ou égarés
- contention permanente
- restauration buccale complète, correction de la dimension verticale ou dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire
- remplacement d'appareils d'orthodontie perdus, volés ou égarés
- implants, transplants et modification des rapports entre maxillaires
- soins dentaires reliés à des malformations congénitales
- frais de rendez-vous non respectés
- frais de rédaction de demandes de règlement, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Annexe - Conditions légales

Le contrat

La proposition, la page des Particularités du contrat, la présente police, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement de la police constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'un de ses signataires autorisés.

Copie de la proposition

L'assureur est tenu de vous fournir, sur demande, une copie de la proposition du présent contrat.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par une personne assurée lors de la proposition relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut, à tout moment, résilier le présent contrat en vous donnant un avis écrit de résiliation et en vous remboursant, en même temps, la partie de la prime payée qui excède la prime calculée au prorata de la période écoulée. L'avis de résiliation peut vous être remis, ou vous être envoyé par courrier recommandé à votre dernière adresse figurant dans les dossiers de l'assureur.

Résiliation de l'assurance

L'assureur peut résilier votre contrat en vous avisant par courrier recommandé 15 jours à l'avance.

Résiliation pour non-paiement

Si la prime initiale n'a pas été payée dans sa totalité à son échéance, l'assureur peut résilier votre contrat en vous avisant par courrier recommandé 15 jours à l'avance.

Le délai de 15 jours prescrit par l'avis de résiliation envoyé par courrier recommandé débutera à la date où la lettre ou l'avis recommandé aura été livré à votre adresse postale.

Avis et preuve de sinistre

Vous devez donner un avis écrit de toute demande de règlement à l'assureur, dans le délai prescrit dans le contrat, par courrier ordinaire ou par voie électronique lorsque cela est possible.

Vous devez présenter à l'assureur une preuve qu'il estimera raisonnable du bien-fondé de la demande.

Défaut de notification ou de preuve


Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si vous donnez l'avis ou fournissez la preuve dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date à laquelle les frais remboursables ont été engagés.

Délai de paiement des sommes

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat sont versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par l'assureur de la preuve satisfaisante du sinistre.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre

L'assureur fournit les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident donnant lieu à la demande.



Régime d'affiliation de Randstad
Contrat d'assurance-maladie
complémentaire et d'assurance
dentaire établi

Régime amélioré - Québec

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, convient avec vous, le propriétaire du contrat, de payer les garanties de ce contrat conformément à ses dispositions.

Dans ce document, *vous* et *votre* désignent le propriétaire de ce contrat. *Nous, notre* et *la compagnie* désignent la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

Fait à Toronto (Ontario)



Dean Connor
Président et chef de la direction
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie



Dana Easthope
Vice-présidente, vice-directeur juridique et
secrétaire de la compagnie
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie

AVIS IMPORTANT – À LIRE ATTENTIVEMENT

La couverture des frais engagés à l'extérieur de la province qui vous est offerte est conçue pour couvrir les pertes découlant de circonstances soudaines et imprévues. Il est important que vous lisiez et compreniez votre contrat avant de partir en voyage, car votre couverture peut être assujettie à certaines exclusions ou restrictions.

Des restrictions peuvent s'appliquer à certaines maladies et/ou symptômes qui existaient avant votre voyage. Vérifiez pour voir si votre contrat prévoit de telles restrictions et dans quelle mesure celles-ci s'appliquent compte tenu de la date de votre départ, de la date de souscription ou de la date d'effet.

En cas d'accident, de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux pourraient être passés en revue si vous présentiez une demande de règlement.

Si vous avez besoin des services d'assistance voyage, il est possible que vous deviez donner le nom de la compagnie en charge de ces services avant de recevoir tout traitement. Certaines limites pourraient s'appliquer aux prestations payables au titre de votre contrat si vous omettiez de communiquer avec la compagnie offrant les services d'assistance dans les délais prescrits.

Veillez lire votre contrat attentivement avant de partir en voyage.

Si vous changez d'idée, vous pouvez nous présenter une demande écrite d'annulation de votre contrat dans les 30 jours suivant sa réception, et nous vous rembourserons les sommes que vous nous aurez payées, le cas échéant. Si vous avez des questions à poser et s'il vous faut d'autres renseignements, contactez-nous s'il vous plaît à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
225 rue King ouest
Toronto, ON M5V 3C5
1 800 669 7921

Table des matières

Sommaire du régime amélioré y compris les soins dentaire et les frais hospitaliers en chambre à deux lits - Québec.....	1
Dispositions d'ordre général	3
Assurance-médicaments améliorée	9
Assurance-santé complémentaire	10
Assurance pour soins de la vue	12
Assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage	13
Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits	17
Assurance dentaires	18
Annexe - Conditions légales	21

Sommaire du régime amélioré y compris les soins dentaires et les frais hospitaliers en chambre à deux lits - Québec

Assurance	Remboursement	Maximum par personne
Assurance-médicaments améliorée	80 % première tranche de 5 000 \$ 100 % tranche suivante de 95 000 \$	100 000 \$ des frais remboursables par année civile
Soins de santé complémentaires	100 %	Se reporter aux dispositions de l'Assurance-santé complémentaire
Soins de la vue	100 %	200 \$ toutes les 2 années civiles
Soins médicaux d'urgence en voyage	100 %	60 jours par voyage Maximum viager de 1 000 000 \$
Frais hospitaliers en chambre à deux lits	85 %	Se reporter à l'Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits
Soins dentaires préventifs	80 %	750 \$ par année civile
Soins dentaires de restauration	50 %	500 \$ par année civile
Soins d'orthodontie	60 %	Maximum viager de 1 500 \$

Note :

Seuls les frais médicaux qui ne sont pas couverts par le régime provincial d'assurance-maladie de la personne assurée seront remboursés.

Assurance-médicaments améliorée

Si vous êtes couvert par l'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la RAMQ), les demandes de remboursement des frais de médicaments doivent être présentées à la RAMQ en premier. Vous pouvez ensuite nous présenter une demande de remboursement de la partie non réglée si ces frais sont remboursables au titre du présent contrat. La quote-part des frais et la franchise que doit payer une personne assurée en vertu du régime de la RAMQ font partie des frais remboursables au titre du présent contrat.

Si vous n'êtes pas couvert par l'assurance médicaments de la RAMQ mais que vous bénéficiez de la couverture des frais de médicaments d'un régime collectif, les demandes de remboursement de frais de médicaments doivent être présentées à votre régime collectif en premier. Vous pouvez ensuite nous présenter une demande de remboursement de la partie non réglée si ces frais sont remboursables au titre du présent contrat. Si votre couverture collective des frais de médicaments est établie auprès de la Sun Life, veuillez communiquer avec nous en vue de la coordination entre le régime collectif et le présent contrat. Si votre couverture des frais de médicaments prend fin, vous devez obtenir l'assurance médicaments de la RAMQ pour demeurer admissible à la couverture prévue par le présent contrat.

Délais d'attente

Soins de la vue

Une personne assurée devient admissible à l'assurance pour soins de la vue un an après la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Soins dentaires

Une personne assurée devient admissible :

- à l'assurance pour soins dentaires préventifs trois mois après la date d'entrée en vigueur du présent contrat;
- à l'assurance pour soins dentaires de restauration un an après la date d'entrée en vigueur du présent contrat;
- à l'assurance pour soins d'orthodontie deux ans après la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Soins dentaires – Frais d'anesthésie et d'examens de laboratoire

Lorsqu'une personne assurée engage des frais d'anesthésie et d'examens de laboratoire, ces frais ne sont remboursés que s'ils ont été engagés relativement à des soins dentaires admissibles. Les frais d'anesthésie et d'examens de laboratoire sont remboursés selon le pourcentage de remboursement qui s'applique aux soins donnés.

Dispositions d'ordre général

Définitions

Acupuncteur	personne inscrite au registre provincial approprié.
Année civile	période allant du premier janvier au 31 décembre.
Anniversaire du contrat	jour et mois qui, chaque année, coïncident avec la date d'entrée en vigueur du contrat.
Chiroprodiste/ Podiatre	personne autorisée à pratiquer par l'organisme provincial compétent.
Chiropraticien	membre de l'Association des chiropraticiens du Canada ou d'une association provinciale affiliée.
Dentiste	personne autorisée à pratiquer la dentisterie par l'organisme provincial compétent.
Denturologiste	personne autorisée par l'organisme provincial compétent à fabriquer et à mettre en bouche des dentiers.
Frais raisonnables et d'usage	<p><i>en ce qui a trait aux honoraires de dentistes, frais habituellement payables en l'absence d'une assurance et qui ne dépassent pas les honoraires du tarif des actes bucco-dentaires;</i></p> <p><i>en ce qui a trait aux frais de soins de santé et aux frais d'examens de laboratoire pour les soins dentaires, frais habituellement payables en l'absence d'une assurance et qui ne dépassent pas les frais qui ont normalement cours dans la région où ils sont engagés.</i></p>
Hôpital	établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. Cette définition d'hôpital exclut les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les établissements pour personnes âgées ou pour personnes atteintes d'une maladie chronique, les centres de résidence ou de soins de longue durée, les sanatoriums, les hôpitaux de convalescence, à moins d'être prévus dans les dispositions de l' <i>Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits</i> , les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital. Si les hôpitaux de convalescence sont couverts, nous considérons qu'un hôpital de convalescence est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements à des personnes hospitalisées qui sont en convalescence par suite d'une blessure ou d'une maladie. Cette définition exclut l'hospitalisation pour la surveillance du malade.
Infirmière	infirmière exerçant à titre privé à l'extérieur de l'hôpital, lorsque des soins infirmiers sont nécessaires pour des raisons d'ordre médical. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par infirmière exerçant à titre privé, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province du domicile de la personne assurée et qui ne résident pas normalement avec la personne assurée.
Massothérapeute	personne autorisée à pratiquer la massothérapie par l'organisme provincial compétent ou en l'absence d'un tel organisme, une personne qui possède des titres de compétence semblables à ceux qui sont exigés par un organisme compétent.
Maximum viager	montant maximum que nous remboursons pour chaque personne assurée pendant que ce contrat est en vigueur.

Médecin	docteur en médecine (M.D.) autorisé à pratiquer la médecine.
Naturopathe	membre de l'Association canadienne de naturopathie ou d'une association provinciale affiliée.
Ophthalmologiste	personne autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
Optométriste	membre de l'Association canadienne des optométristes ou d'une association provinciale affiliée.
Orthophoniste	titulaire d'une maîtrise en orthophonie et membre de l'Association canadienne d'orthophonie et d'audiologie ou d'une association provinciale affiliée ou une personne qui répond aux conditions d'adhésion de cette association.
Ostéopathe	titulaire d'un doctorat en ostéopathie conféré par un collège d'ostéopathie approuvé par la Société canadienne ostéopathique.
Personne assurée	personne que nous avons accepté d'assurer en vertu de ce contrat et qui répond et continue de répondre à toutes les exigences d'admissibilité.
Pharmacien	personne autorisée à pratiquer la pharmacologie et dont le nom figure au registre des pharmaciens de l'organisme de réglementation de la province ou du territoire où pratique cette personne.
Physiothérapeute	membre de l'Association des physiothérapeutes du Canada ou d'une association provinciale affiliée.
Preuves d'assurabilité	preuve écrite que la personne à assurer répond à nos exigences de tarification. La personne à assurer assume les frais liés à l'obtention des preuves d'assurabilité.
Psychologue	psychologue autorisé qui est inscrit au registre des psychologues de la province où les services sont fournis.
Tarif des actes bucco-dentaires	tarif en vigueur pour les dentistes généralistes approuvé par l'association dentaire de la province où les frais ont été engagés. Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme «tarif» s'entend d'un tarif rajusté établi par nous.
Urgence	événement soudain et imprévu relié à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle exigeant un traitement médical immédiat prescrit par un médecin et qui ne peut attendre que la personne assurée puisse retourner dans sa province de résidence.

Le contrat

Aucune modification de ce contrat, qui comprend la proposition, la page *Particularités du contrat* et toute modification convenue par écrit, ni aucune renonciation à l'une de ses dispositions n'est valable sans une autorisation écrite signée par des dirigeants de la compagnie autorisés à signer les contrats.

Tous les montants cités dans ce contrat sont en dollars canadiens.

Si vous-même ou une autre personne assurée omettez de nous dévoiler tous les renseignements pertinents en ce qui touche l'assurance ou présentez des renseignements faux ou trompeurs, nous pouvons annuler l'assurance.

Les déclarations frauduleuses ou les déclarations inexactes quant à l'âge qui sont faites sur la proposition ou sur un formulaire de preuve d'assurabilité peuvent être contestées en tout temps. Les autres déclarations sont incontestables deux ans après la date de la déclaration.

Primes

Nous déterminons les primes selon l'âge et la province du domicile de chaque personne assurée. Si un changement d'âge de la personne assurée entraîne un changement de catégorie de tarif, les primes sont rajustées au prochain anniversaire du contrat. Si la personne assurée change de province de résidence, les primes sont modifiées en fonction des tarifs de la nouvelle province de résidence et entrent en vigueur à la date du changement.

Nous nous réservons le droit de modifier vos primes. En cas de modification, nous vous donnerons un préavis écrit de 30 jours.

Délai de grâce

Un délai de grâce de 31 jours est accordé pour le paiement des primes, sauf la première. L'assurance est maintenue en vigueur pendant le délai de grâce et vous devez continuer à acquitter les primes.

Nous mettrons fin au contrat si une prime n'est pas payée avant la fin du délai de grâce. Dans une telle situation, nous vous enverrons un avis écrit de la résiliation du contrat. Aucune demande de remboursement de frais engagés après la résiliation du contrat ne sera acceptée.

Conditions d'admissibilité

Pour être admissible à la couverture ou continuer d'y être admissible, il faut :

- être résident du Canada
- être couvert par l'assurance-maladie provinciale
 - Les résidents du Québec doivent également avoir et conserver une assurance-maladie et une assurance-médicaments par l'intermédiaire d'un régime collectif ou de la Régie de l'assurance maladie du Québec (la RAMQ). Une personne qui ne bénéficie pas de cette couverture par l'intermédiaire d'un régime collectif ou de la RAMQ n'est pas admissible à la couverture aux termes du présent contrat.
- être lié à vous de l'une des façons suivantes :
 - par un mariage légal ou par une union civile
 - vivre avec vous dans le cadre d'une relation conjugale et être présenté comme votre conjoint ou partenaire, ou
 - être un enfant né de vous, un enfant que vous avez adopté ou un enfant de votre conjoint qui n'est pas marié et qui dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et qui est :
 - i) âgé de moins de 21 ans, ou
 - ii) âgé de moins de 25 ans s'il fréquente à temps complet un collège ou une université, ou
 - iii) incapable de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique qui survient pendant qu'il dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et pendant qu'il est admissible aux termes de i) ou ii) ci-dessus.

Si une personne assurée ne remplit plus les conditions d'admissibilité, vous devez nous en aviser.

Modifications

Modification du genre de contrat

Vous pouvez demander, n'importe quand, de faire modifier le genre de régime que vous détenez (régime de base, standard ou amélioré) en tout autre genre de régime que nous offrons au moment de la demande. La demande doit être présentée par écrit. Toutes les personnes assurées devront nous présenter de nouvelles preuves d'assurabilité. Si votre demande est acceptée, nous établirons la date d'entrée en vigueur du nouveau genre de régime.

Ajout d'une personne assurée

Enfant

Vous pouvez nous demander d'ajouter un enfant à la liste de personnes assurées par le contrat. Cette modification prendra effet à la date où nous approuvons votre demande ou au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat, selon la plus récente de ces dates.

Si vous nous le demandez dans les 30 jours qui suivent sa naissance, nous ajouterons l'enfant sans demander de preuves d'assurabilité.

Nous pouvons cependant exiger une preuve du lien qui existe entre l'enfant et vous. Si vous nous demandez d'ajouter un enfant qui est âgé de 31 jours ou plus, nous vous ferons savoir si vous devez nous faire parvenir des preuves d'assurabilité pour cet enfant.

Vous pouvez demander l'ajout d'un enfant né de vous, d'un enfant que vous avez adopté ou d'un enfant de votre conjoint si cet enfant n'est pas marié, s'il dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et s'il est :

- i) âgé de moins de 21 ans, ou
- ii) âgé de moins de 25 ans s'il fréquente à temps complet un collège ou une université, ou
- iii) incapable de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique qui survient pendant qu'il dépend entièrement de vous pour ses moyens de subsistance et son soutien et pendant qu'il est admissible aux termes de i. ou ii. ci-dessus.

Autres personnes admissibles

Vous pouvez nous demander d'ajouter une personne à la liste des personnes assurées. La demande doit être présentée par écrit. Cette personne doit remplir les conditions d'admissibilité et nous fournir des preuves d'assurabilité satisfaisantes à notre avis. Cette modification prendra effet à la date où nous approuvons votre demande ou au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat, selon la plus récente de ces dates.

Radiation d'une personne assurée

Vous pouvez nous demander par écrit de radier une personne assurée du contrat. Cette modification prendra effet au début de la prochaine période de couverture mensuelle pour votre contrat.

Droit de mettre fin au contrat

Vous pouvez mettre fin à ce contrat n'importe quand en envoyant une demande écrite à l'adresse indiquée au début du contrat. Nous devons recevoir le préavis écrit de la résiliation au moins dix jours à l'avance.

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la date où les frais remboursables ont été engagés. Il s'agit de la date où les services sont reçus ou la date où les fournitures ou les appareils sont achetés ou loués. Si votre contrat ne prévoit pas expressément le remboursement de soins prévus, il est de votre responsabilité de communiquer avec nous **avant** d'engager ces frais pour nous permettre de vérifier s'ils sont couverts. Nous pouvons refuser une demande de remboursement si vous n'avez pas vérifié auprès de nous si les frais étaient couverts.

Pour étudier la demande, nous pouvons exiger des factures détaillées, des déclarations remplies par le médecin, des reçus des laboratoires commerciaux, des rapports, des dossiers, des radiographies, des modèles d'étude ou tout autre renseignement que nous estimons nécessaire à l'étude de la demande. Les frais additionnels engagés pour obtenir ces renseignements sont à votre charge.

Lorsque votre contrat prend fin

Les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans les trois mois qui suivent la date où votre contrat a pris fin. Nous ne traiterons pas les demandes qui nous parviennent plus de trois mois après cette date, peu importe la date où les frais remboursables ont été engagés.

Règlement des frais remboursables

Nous effectuons le remboursement lorsque nous recevons la preuve que vous avez engagé des frais remboursables. Nous déterminons le montant du remboursement de la manière suivante :

- nous appliquons le pourcentage de remboursement, et
- nous appliquons ensuite les maximums prévus.

Calcul du montant que nous remboursons

Nous vérifions si les frais engagés sont remboursables et déterminons s'il y a des restrictions qui s'appliquent à ces frais. Si certains frais ne sont pas couverts, nous les déduisons du total des frais dont vous demandez le remboursement.

Nous comparons, pour tous les frais remboursables :

- le montant des frais dont vous demandez le remboursement
- les frais d'usage pour les frais en question, et
- le maximum pouvant être demandé, qui est indiqué à la page *Sommaire du régime*.

Le montant que nous remboursons est basé sur le moins élevé de ces trois montants.

Recouvrement en cas de responsabilité civile d'un tiers (subrogation)

Si nous avons effectué un paiement en vertu de ce contrat par suite d'une blessure, d'une maladie ou d'un accident dont un tiers est ou peut être responsable, nous exercerons nos droits à un remboursement, lorsque la loi le permet.

Le montant que vous devrez nous rembourser ne dépassera pas la somme que nous avons versée. Nos droits à un remboursement s'appliquent à tout paiement intégral ou partiel auquel vous avez droit ou que vous pouvez recevoir.

Les accords que vous pourriez passer avec le tiers en question ne nous engageront pas, sauf si vous avez obtenu notre assentiment écrit au préalable. Lorsqu'un règlement est versé sous forme d'une somme forfaitaire, vous devez prouver qu'aucune partie du paiement forfaitaire n'a été versée en compensation de frais remboursables que nous vous avons payés aux termes du présent contrat.

Si vous ne revendiquez pas vos droits contre le tiers, vous convendez, lorsque la loi le permet, de nous céder tous vos droits reconnus par la loi contre le tiers.

Exclusions générales

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- frais qui sont directement ou indirectement dus ou reliés à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non, ou pendant le service dans la marine, l'armée de terre ou l'armée de l'air de tout pays, d'une coalition de pays ou d'une organisation internationale participant à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non
- frais que la loi ne nous permet pas de payer
- services ou articles qui, selon nous, sont de nature esthétique
- services ou articles qui, selon nous, sont de nature expérimentale
- frais de livraison, de transport ou d'administration

- services et produits que la personne utilise de sa propre initiative ou qui sont fournis ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne assurée ou qui a un lien de parenté avec la personne assurée par le sang ou par le mariage
- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sauf si la présente assurance en prévoit expressément le remboursement
- services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public
- services ou articles qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada), et
- frais engagés hors de la province du domicile pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente.

Nous ne versons aucun montant pour les blessures qu'une personne s'inflige intentionnellement, qu'elle ait été saine d'esprit ou non.

Assurance-médicaments améliorée

Médicaments et articles connexes couverts :

- médicaments qui doivent être prescrits et qui figurent à la partie Monographies de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques à titre de stupéfiants, de médicaments contrôlés ou de médicaments d'ordonnance
- médicaments essentiels au maintien de la vie qui n'exigent pas forcément d'ordonnance et qui figurent à la partie Guide thérapeutique de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques sous les rubriques suivantes :
 - agents antiangineux
 - agents antihyperlipidémiques
 - agents antiparkinsoniens
 - agents parasympathomimétiques
 - bronchodilatateurs
 - traitement de la tuberculose
 - traitement de l'hyperthyroïdisme
 - agents antiarythmiques
 - agents topiques de débridement enzymatique
 - inhibiteurs oraux de la fibrinolyse
 - préparations anticholinergiques
 - préparations d'insuline
 - traitement de recharge en potassium
 - traitement du glaucome
- médicaments injectables
- prescriptions composées dont au moins un ingrédient est un médicament couvert
- aiguilles hypodermiques, seringues et produits chimiques de diagnostic utilisés pour le traitement du diabète, et
- auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance, sous réserve d'un maximum viager de 250 \$.

Le maximum que nous remboursons pour chaque achat de médicaments ou d'articles connexes remboursables se limite au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de trois mois.

Critères de remboursement des frais de médicaments et d'articles connexes

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Pour que les frais soient remboursés, les médicaments ou articles connexes doivent répondre à tous les critères suivants :

- les médicaments ou articles connexes sont nécessaires d'un point de vue médical pour traiter la blessure ou la maladie
- les frais engagés sont les frais raisonnables et d'usage pour le traitement de la blessure ou de la maladie
- les médicaments ou articles connexes sont prescrits par un médecin, un dentiste ou un autre professionnel de la santé autorisé à pratiquer dans la province où il détient un permis, où il est inscrit et où il a le droit de fournir des ordonnances, et
- les médicaments ou articles connexes sont délivrés par un pharmacien ou un médecin autorisé.

Substitution de produits génériques

Le maximum que nous remboursons pour un médicament de marque couvert par l'assurance correspond au prix du médicament générique le moins cher de la catégorie appropriée. Si le médecin ou le dentiste a indiqué sur l'ordonnance qu'il ne doit pas y avoir de substitution, nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit, même s'il s'agit de médicaments et d'articles prescrits :

- médicaments pour le traitement de la stérilité
- médicaments pour le traitement des troubles de l'érection
- médicaments pour le traitement de l'obésité
- suppléments diététiques, vitamines et aliments de bébés
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections
- contraceptifs (sauf les contraceptifs oraux)
- auxiliaires antitabagiques en vente libre, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Assurance-santé complémentaire

Frais remboursables

- les frais raisonnables et d'usage pour les services ou articles indiqués ci-dessous
- les frais que nous estimons nécessaires du point de vue médical pour le traitement d'une blessure ou d'une maladie, et
- les frais pour les services ou articles prescrits par un médecin, à moins d'indication contraire.

Nous remboursons les frais des services des praticiens indiqués ci-dessous. Les frais remboursables pour les services d'un praticien ne comprennent que les services pour lesquels il se spécialise et qui exigent les aptitudes et les titres de compétence d'un tel praticien.

Services nécessitant une ordonnance :

- acupuncteur
- physiothérapeute
- psychologue
- massothérapeute, ou
- orthophoniste.

Services ne nécessitant pas d'ordonnance :

- chiropraticien, avec un examen radiologique par année civile
- naturopathe
- ostéopathe, avec un examen radiologique par année civile, ou
- podiatre ou chiropodiste, avec un examen radiologique par année civile.

Le montant que nous remboursons est limité à 400 \$ par praticien par année civile.

Les frais engagés pour les services d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un chiropodiste sont remboursés avant qu'ils n'excèdent le plafond annuel prévu par le régime d'assurance-maladie provincial.

Nous remboursons les frais des services d'un chirurgien-dentiste, y compris les prothèses dentaires, requis pour le traitement d'une fracture de la mâchoire ou de blessure ou dommage accidentel aux dents naturelles, pourvu que la fracture, la blessure ou le dommage soit attribuable à des causes externes, violentes et accidentelles. Aucun remboursement n'est versé pour les services effectués pour le traitement de la fracture ou de la blessure mais qui sont reliés à un état de santé qui existait avant la fracture ou la blessure. Le montant que nous remboursons est limité à 2 000 \$ par fracture ou blessure. Les services doivent être dispensés dans les 12 mois suivant la fracture ou la blessure. Une ordonnance du médecin n'est pas requise pour déterminer si ces services sont couverts.

Nous remboursons les frais de transport terrestre dans une ambulance autorisée à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport. Le remboursement est effectué lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié pour ce service auprès du gouvernement.

Nous remboursons, en cas d'urgence, les frais de transport aérien par service ambulancier à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport. Si la personne assurée requiert les services d'une infirmière autorisée pendant le vol, les services et le prix du vol aller-retour de cette infirmière sont couverts. Le remboursement est effectué lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié pour ce service auprès du gouvernement.

Nous remboursons les frais de prothèses auditives, y compris les réparations mais non les piles, à concurrence de 500 \$ par période de cinq ans. Cette période commence à la date où les premiers frais sont engagés. Le remboursement est effectué lorsque nous recevons la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié pour ce service auprès du gouvernement.

Le remboursement est effectué *lorsque nous recevons la preuve* que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du gouvernement pour les services d'une infirmière dispensés au domicile de la personne assurée. Le traitement de la personne assurée doit nécessiter les compétences spécialisées d'une infirmière. Le montant que nous remboursons est limité à un maximum de 10 000 \$ par année civile et à un maximum viager de 30 000 \$.

Pour les services et appareils suivants qui sont financés par la province, le montant que nous remboursons est limité à un maximum global de 5 000 \$ par année civile.

Le remboursement des frais suivants est effectué lorsque *nous recevons la preuve* que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du gouvernement :

- membres artificiels ou autres prothèses; les prothèses mammaires sont limitées à 200 \$ par année civile
- appareils orthopédiques, pourvu qu'ils ne soient pas pour usage athlétique seulement
- oxygène
- cadres de marche, si nous en avons approuvé l'achat ou la location
- fauteuil roulant, sous réserve d'un maximum viager de 4 000 \$, si nous en avons approuvé l'achat ou la location, et
- réparations d'équipement médical durable couvert par ce contrat, à concurrence du pourcentage de remboursement indiqué à la page *Sommaire du régime*.

Le remboursement des frais suivants est effectué *sans exiger la preuve* que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du gouvernement :

- glycomètres, à concurrence de 300 \$ pour chaque période de cinq ans
- examens diagnostiques de laboratoire et examens radiologiques
- chaussures orthopédiques faites sur mesure, modifications orthopédiques apportées à des chaussures et orthèses, lorsqu'elles sont requises pour corriger des difformités des os et des muscles et non pour usage athlétique seulement; un médecin, podiatre, chiropodiste ou chiropraticien doit les avoir prescrites; le montant que nous remboursons est limité à 200 \$ par année civile
- lit d'hôpital, sous réserve d'un maximum viager de 1 500 \$
- équipement durable (à l'exclusion des cadres de marche et fauteuils roulants), si nous en avons approuvé l'achat ou la location; par exemple, il peut s'agir aux termes de la présente assurance d'un lit d'hôpital ou d'équipement de traction
- plâtres (plâtre de Paris ou fibre de verre)
- attelles et béquilles, à concurrence de 500 \$ par année civile
- perruques et postiches nécessaires à la suite d'alopécie, de chimiothérapie ou de radiothérapie, sous réserve d'un maximum viager de 500 \$, et
- réparations d'équipement médical durable couvert par ce contrat, à concurrence du pourcentage de remboursement indiqué à la page *Sommaire du régime*.

S'il y a plus d'un appareil qui répond aux besoins médicaux fondamentaux de la personne assurée, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher.

Pour les résidents du Québec seulement, nous remboursons les frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM), de tomographie par ordinateur, de tomодensitométrie (TDM) et d'échographie.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- services d'une auxiliaire familiale ou d'une aide domestique
- articles achetés uniquement pour usage athlétique
- frais dentaires, sauf les frais engagés pour le traitement de dommages accidentels à des dents naturelles, si ces frais sont indiqués dans la liste des frais remboursables
- ticket modérateur imposé par le régime provincial d'assurance-maladie pour l'utilisation d'un service, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Assurance pour soins de la vue

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Par frais remboursables, on entend les frais raisonnables et d'usage pour les articles ou services suivants :

- examens de la vue par un ophtalmologue ou un optométriste, sous réserve d'un examen par période de deux années civiles (une année civile s'il s'agit d'une personne assurée de moins de 18 ans) et de 50 \$ par examen de la vue; le remboursement des examens de la vue est inclus dans le plafond pour soins de la vue indiqué à la page *Sommaire du régime*, et
- chirurgie oculaire au laser, lunettes, lunettes de soleil sur ordonnance et lentilles cornéennes (y compris leur réparation), à condition qu'elles soient nécessaires à la correction de la vue et achetées sur l'ordonnance d'un ophtalmologue ou d'un optométriste.

Exclusions

Nous ne remboursons pas les frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales* des *Dispositions d'ordre général*.

Assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables, à concurrence de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*, et ceux qui sont stipulés ci-dessous.

Pour être remboursables, les frais hospitaliers et médicaux et les frais d'assistance-voyage doivent répondre à tous les critères suivants. Ils doivent :

- être nécessaires du point de vue médical
- avoir été engagés du fait d'une urgence qui survient durant les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province du domicile de la personne assurée; la période de 60 jours commence le jour du départ de la province du domicile de la personne assurée
- avoir été requis pour le traitement d'urgence d'une maladie ou d'une blessure qui s'est produite à l'extérieur de la province du domicile de la personne assurée, et
- avoir été engagés pour une personne assurée qui a moins de 80 ans. Cette couverture prend fin au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Les services reçus en cas d'urgence couverts au titre de l'assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage comprennent les services et les articles médicaux raisonnables, y compris les conseils, les traitements, les actes médicaux ou chirurgicaux, qui sont requis en raison d'une urgence.

Si la personne assurée a moins de 65 ans, elle doit retourner à sa province de résidence durant 24 heures avant de pouvoir être à nouveau admissible à l'assurance pour une autre période de 60 jours, même en l'absence d'une demande de remboursement.

Si la personne assurée a 65 ans ou plus, elle doit retourner à sa province de résidence durant 20 jours avant de pouvoir être à nouveau admissible à l'assurance pour une autre période de 60 jours, même en l'absence d'une demande de remboursement.

Assistance-voyage – Services offerts

Nous fournissons un numéro libre-appel grâce auquel les personnes assurées ont accès à un réseau mondial d'assistance téléphonique, disponible 24 heures sur 24. Pour une urgence survenue durant la période de voyage de 60 jours, le réseau fournit les secours d'urgence suivants :

- liaison avec les médecins et les hôpitaux
- surveillance continue du traitement médical si une personne assurée est hospitalisée
- coordination des mesures à prendre pour le transport terrestre ou aérien par service ambulancier s'il est nécessaire du point de vue médical de ramener la personne assurée au Canada ou de la transférer à un autre hôpital qui a l'équipement nécessaire pour prodiguer les soins requis
- aide pour le paiement des frais hospitaliers et médicaux
- assistance juridique
- services d'interprétation au téléphone, et
- service de messages pour les personnes assurées; les messages seront conservés durant 15 jours.

Aide pour le paiement des soins d'urgence

Afin de vous assurer que les frais engagés vous seront remboursés, vous devez confirmer votre assurance-maladie provinciale et votre couverture d'assurance-santé prévue par ce contrat auprès de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence avant de recevoir les services médicalement nécessaires. S'il ne vous est pas possible de le faire avant de recevoir les soins, vous devez le faire dès que cela sera raisonnablement possible. Si vous ne confirmez pas votre couverture et recevez des services dans des circonstances où il vous aurait été raisonnablement possible de communiquer avec le fournisseur, nous avons le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services. Si nous payons des frais hospitaliers et médicaux pour une personne assurée, vous devez signer un formulaire d'autorisation nous permettant de nous faire rembourser ces frais par le régime provincial d'assurance-maladie.

Si nous payons ou acceptons de payer des frais dont la personne assurée est responsable en partie aux termes de ce contrat ou du régime provincial d'assurance-maladie ou si ces frais ne sont pas couverts par le présent contrat, vous devez nous rembourser l'excédent du montant payable par la personne assurée ou qui n'est pas couvert par ces contrats.

S'il y a des frais que nous n'avons pas remboursés, le remboursement n'aura lieu que lorsque nous aurons reçu une preuve jugée satisfaisante à notre avis de votre demande de remboursement.

Soins hospitaliers et médicaux

Nous couvrons les frais raisonnables et d'usage engagés pour ce qui suit, déduction faite du montant payable par un régime d'assurance-maladie provincial :

- frais de chambre et de repas en salle et services hospitaliers accessoires donnés dans un hôpital général
- services d'un médecin
- vol de retour de la personne assurée en classe économique à la province où elle est domiciliée pour obtenir le traitement médical
- transport terrestre dans une ambulance autorisée à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, ou au Canada, selon notre décision ou celle de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier à l'hôpital le plus proche disposant de l'équipement nécessaire pour le traitement requis, ou au Canada, selon notre décision ou celle de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence, si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport, et
- services et vol aller-retour d'une infirmière autorisée si l'état de santé de la personne assurée ne permet pas l'utilisation d'un autre moyen de transport et si les services de cette infirmière sont requis pendant le vol.

Pour les frais hospitaliers et médicaux, le maximum que nous remboursons est de 1 000 000 \$ à vie par personne assurée.

Les frais qui figurent dans la liste des frais remboursables aux termes d'autres dispositions d'assurance-santé du présent contrat sont aussi remboursables lors d'un voyage à l'extérieur du Canada. Ces frais sont assujettis aux pourcentages de remboursement indiqués à la page *Sommaire du régime* appropriée.

Assistance-voyage – frais remboursables

Nous couvrons les frais raisonnables et d'usage pour les services d'assistance à la famille suivants :

- retour d'une personne assurée âgée de moins de 16 ans ou handicapée et qui se retrouve seule du fait que vous ou une personne assurée avez été hospitalisé à l'extérieur de la province où vous résidez; nous fournissons un accompagnateur, si nous ou notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence le jugeons nécessaire; nous remboursons au maximum le coût d'un billet aller simple en classe économique pour le retour de chaque personne à charge assurée qui a moins de 16 ans ou qui est handicapée
- retour au domicile d'une des personnes assurées, si elle ne peut plus utiliser ses billets à la date prévue de son retour du fait qu'elle ou une autre personne assurée a dû être hospitalisée et qu'elle soit dans l'obligation d'acheter d'autres billets de retour; nous remboursons le coût supplémentaire de chaque nouveau billet de retour, à concurrence du coût d'un aller simple en classe économique, diminué de toute fraction remboursable du prix du ou des billets initiaux
- transport du conjoint, d'un parent, enfant, frère ou soeur de la personne assurée qui voyageait sans un membre de la famille pour conduire ce membre au chevet de la personne assurée si elle est hospitalisée pour une période de plus de sept jours; la couverture comprend les frais de repas et d'hébergement jusqu'à un maximum de 150 \$ par jour, et le billet aller-retour en classe économique, pour la personne qui se rend au chevet de la personne assurée; ces frais sont aussi remboursables si l'une de ces personnes doit identifier une personne assurée décédée, avant la remise du corps à la famille, et
- frais de repas et d'hébergement, sous réserve d'un maximum de 150 \$ par jour (au total et non par personne), si l'hospitalisation d'une personne assurée oblige une autre personne assurée à prolonger son séjour.

Le montant maximal global que nous remboursons pour l'assistance à la famille est de 5 000 \$ par urgence.

Retour de la dépouille

En cas de décès d'une personne assurée alors qu'elle est à l'extérieur de sa province de résidence, nous faisons les démarches nécessaires pour obtenir l'autorisation de retourner la dépouille dans sa dernière province de résidence. La préparation de la dépouille pour son retour comprend les frais d'incinération où le décès est survenu. Le retour de la dépouille comprend un conteneur ordinaire pour l'expédition, mais exclut les frais d'enterrement tels que l'achat d'un cercueil ou d'une urne.

Nous remboursons les frais de préparation et de transfert de la dépouille jusqu'à concurrence de 5 000 \$.

Retour d'un véhicule

Si une personne assurée ne peut conduire son propre véhicule ou un véhicule de location du fait de son retour au Canada pour un traitement médical, nous remboursons les frais d'expédition de ce véhicule à sa province de résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche. Nous payons aussi ces frais en cas de décès de la personne assurée.

Le maximum que nous remboursons pour le retour du véhicule est de 1 000 \$.

Exclusions et restrictions

Lorsque survient une urgence, la personne assurée ou une autre personne qui est avec elle doit communiquer avec notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il ne vous est pas possible de prendre contact avec notre fournisseur avant de recevoir les soins, vous ou une autre personne qui est avec la personne assurée devez le faire dès que cela sera raisonnablement possible. Si vous ne communiquez pas avec notre fournisseur et recevez des services en cas d'urgence dans des circonstances où il vous aurait été raisonnablement possible de communiquer avec lui, nous avons le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais liés à cette urgence.

L'urgence prend fin lorsque l'état de la personne assurée est stable du point de vue médical de façon à ce qu'elle puisse retourner dans la province de son domicile.

Nous ne versons aucun montant pour ce qui suit :

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'au retour de la personne assurée dans la province où elle réside
- services liés à une maladie ou à une blessure qui est à l'origine de l'urgence et reçus après que l'urgence a pris fin
- services reçus par la personne assurée après la date à laquelle nous ou notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence avons déterminé, en nous basant sur les renseignements médicaux disponibles, que la personne assurée pouvait retourner dans la province où elle réside
- services reçus par la personne assurée pour le traitement d'une maladie ou blessure, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si la personne assurée a refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés
- services liés à une maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure, lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement de cette maladie ou blessure
- frais engagés par une personne assurée pour une urgence survenant plus de 60 jours après son départ de la province où elle réside
- frais engagés pour le traitement habituel d'une maladie ou d'une blessure chronique; les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était en place avant le départ de la personne assurée de la province où elle réside
- frais attribuables ou liés à un problème de santé antérieur; un problème de santé «antérieur» est une affection dont les symptômes sont apparus ou qui a nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou un traitement (y compris des modifications de la médication ou de la posologie) au cours de la période de neuf mois précédant le départ de la personne assurée de la province où elle réside

- frais liés à une grossesse engagés au cours des quatre semaines précédant la date prévue de l'accouchement de la personne assurée
- frais à l'égard d'un enfant né à l'extérieur du Canada, jusqu'à la date d'effet de la couverture pour cet enfant ou la date à laquelle il retourne au Canada, selon la plus récente de ces dates
- frais engagés à la suite de services non urgents ou de la recommandation du médecin, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales* de la page *Dispositions d'ordre général*.

Pour déterminer si les frais sont remboursables, nous pouvons exiger que le médecin fournisse des preuves médicales selon lesquelles l'état de la personne assurée était stable depuis au moins neuf mois avant son départ de la province où elle réside en ce qui touche l'affection dont elle est atteinte. «Stable» s'entend du fait que le médecin traitant a déclaré qu'il ne prévoit pas de récurrence de la même affection ni aucun problème qui soit lié à cette affection pendant que la personne assurée se trouve hors de la province où elle réside.

En cas de guerre, de troubles politiques, d'épidémies ou du fait de l'inaccessibilité de l'endroit, il peut y avoir des restrictions aux services fournis en cas d'urgence dans certains pays.

Ni la compagnie ni le fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence ne sont responsables de la disponibilité, de la qualité ou des résultats des traitements médicaux dispensés à la personne assurée ni de l'impossibilité d'obtenir un traitement médical.

Assurance pour frais hospitaliers en chambre à deux lits

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué à la page *Sommaire du régime*.

Par frais remboursables, on entend les frais raisonnables et d'usage d'une chambre à deux lits dans un hôpital, à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 5 000 \$ par année civile. Si la personne assurée était enceinte lorsqu'elle a demandé l'assurance-santé personnelle, nous couvrons jusqu'à deux jours d'hospitalisation si le séjour à l'hôpital résulte de la grossesse. Pour une hospitalisation dans un hôpital de convalescence, nous remboursons 20 \$ par jour pour un maximum de 180 jours d'hospitalisation pour la même cause ou une cause connexe.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- tous les frais pour des services qui ne sont pas médicalement nécessaires pour le traitement de la personne assurée, par exemple les frais d'appels téléphoniques ou de location de télévision
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Assurance dentaire

Frais remboursables

Nous couvrons les frais remboursables sous réserve de la limite indiquée à la page *Sommaire du régime*.

Si votre contrat ne prévoit pas expressément le remboursement de soins prévus, il est de votre responsabilité de communiquer avec nous avant d'engager ces frais pour nous permettre de vérifier s'ils sont couverts. Nous pouvons refuser une demande de remboursement si nous n'avons pas confirmé que les frais sont couverts.

Description de la couverture

L'assurance pour soins dentaires couvre les frais remboursables qui sont engagés par une personne assurée pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Pour chaque traitement, nous couvrons uniquement les frais raisonnables et d'usage pour les soins dentaires reçus :

- à concurrence des frais habituels correspondant aux soins, aux services ou au traitement équivalent le moins coûteux
- s'ils correspondent aux soins dentaires reconnus, et
- s'il sont appropriés compte tenu de l'état de la personne assurée.

Nous pouvons obtenir, à vos frais, un deuxième avis avant que les soins dentaires ne soient donnés pour déterminer s'ils sont appropriés. Le montant pouvant être remboursé ne sera jamais supérieur au montant indiqué pour ces soins dans le tarif des actes bucco-dentaires de la province où la personne assurée reçoit les soins.

Remboursement des frais

Nous réglons les frais remboursables après avoir tenu compte des restrictions prévues par cette assurance.

Les frais sont réputés être engagés le jour où les soins sont donnés par le dentiste, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés être engagés par la personne assurée le jour où le traitement est terminé, sauf s'il s'agit de soins d'orthodontie où les frais sont réputés être engagés à chaque rendez-vous.

Les soins dentaires temporaires que reçoit la personne assurée sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif reçu pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Les honoraires pour le traitement dentaire définitif serviront à déterminer les frais raisonnables et d'usage pour les soins dentaires temporaires.

Pour déterminer si les frais sont remboursables, nous pouvons demander que le dentiste qui donne le traitement ou vous-même nous présentiez une déclaration en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement que nous estimons nécessaire.

Les soins couverts

Les frais dentaires suivants sont considérés comme des frais remboursables.

Soins dentaires préventifs

- examens buccaux :
 - un examen complet tous les cinq ans
 - un examen périodique tous les neuf mois
 - examens d'urgence ou examens particuliers
- radiographies :
 - une série complète de radiographies ou une panoramique tous les cinq ans
 - une série de radiographies interproximales tous les 18 mois
 - radiographies nécessaires au diagnostic ou à la surveillance de l'évolution d'un traitement
- consultation d'un autre dentiste, si exigée par le dentiste de la personne assurée
- polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure à intervalles d'au moins neuf mois
- élargissement de l'espace interproximal, un seul par personne assurée de moins de 12 ans
- modification de la morphologie des dents pour raisons fonctionnelles

- contrôle des caries
- contrôle des traumatismes
- services reçus en cas d'urgence
- traitements palliatifs
- examens de diagnostic et de laboratoire
- appareils de maintien d'espace pour dents primitives manquantes, pour les personnes assurées de moins de 12 ans
- scellement de puits et fissures, pour les personnes assurées de moins de 19 ans
- obturations - amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent; s'il y a pose d'une obturation en amalgame liée, nous déterminons les frais remboursables selon les frais équivalents pour une obturation en amalgame non liée
- extraction de dents sans complications (le traitement ne nécessite pas un lambeau ni une séparation de la dent)
- restaurations préfabriquées en métal ou en plastique et réparation de restaurations préfabriquées en métal ou en plastique, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives, et
- détartrage et aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum de huit unités de temps par année.

Soins dentaires de restauration

- soins d'endodontie, comme le traitement de canal et obturations de traitement de canal et traitement des maladies pulpaire
- soins de périodontie - le traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien
- rectification de l'occlusion, appelée aussi équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de quatre unités de temps par année
- appareil paradontal, une fois tous les cinq ans
 - entretien de l'appareil, une fois tous les six mois
 - regarnissage de l'appareil
 - évaluation après le traitement
- recouvrement
- couronnes et réparations des couronnes, sauf les restaurations préfabriquées en métal
- dentiers partiels et complets et réparations et ajouts aux dentiers
- rebasage ou regarnissage d'un dentier partiel ou complet
- ponts fixes y compris leur réparation
- actes chirurgicaux suivants :
 - alvéoplastie
 - dislocations
 - énucléation de kystes
 - frénectomie
 - lacérations
 - actes chirurgicaux divers
 - extractions chirurgicales et repositionnement (l'intervention chirurgicale nécessite un lambeau ou une séparation de la dent)
 - ablation chirurgicale
- anesthésie reliée à une chirurgie buccale
 - sédation consciente
 - sédation profonde
 - anesthésie générale
- injection de médicaments.

Soins d'orthodontie

- traitement orthodontique d'interception, d'intervention ou de prévention, sauf les appareils de maintien d'espace
- traitement orthodontique global, ayant recours à des appareils amovibles ou fixes ou à une combinaison des deux; le traitement comprend les soins diagnostiques, le programme de traitement et la rétention.

Restrictions

Le montant pouvant être versé pour les frais remboursables est limité au coût de la méthode de traitement la moins coûteuse qui permet d'obtenir un résultat acceptable, compte tenu des normes de la profession. Si la personne assurée choisit ou reçoit un traitement plus cher, le remboursement se limite au coût du traitement équivalent le moins cher que nous déterminons.

Le montant pouvant être versé pour des frais admissibles à l'égard d'une couronne appliquée à une molaire est limité au coût d'une couronne en métal.

Pour déterminer la gravité des dommages à une couronne ou à un recouvrement, la personne assurée ou son dentiste doit nous présenter des radiographies et des modèles d'étude.

Les frais de remplacement d'un dentier, d'un pont, d'une couronne ou d'un recouvrement sont remboursables si la nouvelle prothèse s'impose pour remplacer un dentier, un pont, une couronne ou un recouvrement mis en bouche au moins huit ans auparavant, sous réserve d'un maximum de frais remboursables de la valeur et de la qualité du dentier, du pont, de la couronne ou du recouvrement initial.

Les frais d'ajout de dents à un partiel ou à un pont sont remboursables si l'ajout s'impose pour remplacer une ou plusieurs dents extraites pendant que la personne est assurée par ce contrat.

Chaque année, l'Association dentaire canadienne (ADC) publie une liste de services et de codes de soins dentaires. Si des modifications sont apportées aux codes de l'ADC ou si nous ne pouvons déterminer que les frais engagés sont remboursables, le remboursement pourra être fait en fonction du coût de soins semblables dont les frais sont remboursables.

Exclusions

Nous ne versons aucun remboursement pour ce qui suit :

- frais de remplacement d'appareil parodontal ou d'appareil de maintien d'espace perdus, volés ou égarés
- services effectués dans le cadre d'une intervention chirurgicale couverte au titre d'un régime d'État
- couronnes et recouvrements pour une dent qui n'a pas subi de dommage fonctionnel au niveau de l'angle incisif ou de la cuspidé
- prothèse commandée pendant que la personne est assurée par le présent contrat, mais mise en bouche après l'expiration de cette assurance dentaire facultative
- dentiers, ponts et couronnes qui remplacent une ou plusieurs dents manquant avant que la personne ne soit assurée par le présent contrat ou pour réparer quelque défaut congénital
- remplacement de dentiers, de couronnes, de recouvrements ou de ponts et ajout de dents à des dentiers, couronnes, recouvrements ou ponts existants, sauf si ces frais sont indiqués ci-dessus
- remplacement de dentiers perdus, volés ou égarés
- contention permanente
- restauration buccale complète, correction de la dimension verticale ou dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire
- remplacement d'appareils d'orthodontie perdus, volés ou égarés
- implants, transplants et modification des rapports entre maxillaires
- soins dentaires reliés à des malformations congénitales
- frais de rendez-vous non respectés
- frais de rédaction de demandes de règlement, et
- frais engagés pour les services ou les soins précisés dans la section *Exclusions générales des Dispositions d'ordre général*.

Annexe - Conditions légales

Le contrat

La proposition, la page des Particularités du contrat, la présente police, ainsi que les modifications au contrat convenues par écrit après l'établissement de la police constituent le contrat indivisible. Aucun agent n'est autorisé à le modifier ni à renoncer à l'une de ses dispositions.

Renonciation

L'assureur est réputé n'avoir renoncé à aucune condition du présent contrat, en totalité ou en partie, à moins que la renonciation ne soit clairement exprimée dans un écrit signé par l'un de ses signataires autorisés.

Copie de la proposition

L'assureur est tenu de vous fournir, sur demande, une copie de la proposition du présent contrat.

Faits essentiels à l'appréciation du risque

Les déclarations faites par une personne assurée lors de la proposition relative au présent contrat ne doivent pas être utilisées en défense contre une demande de règlement en vertu du présent contrat ou pour annuler le présent contrat, à moins de figurer dans la proposition ou dans toutes autres déclarations ou réponses écrites données comme preuve d'assurabilité.

Résiliation par l'assureur

L'assureur peut, à tout moment, résilier le présent contrat en vous donnant un avis écrit de résiliation et en vous remboursant, en même temps, la partie de la prime payée qui excède la prime calculée au prorata de la période écoulée. L'avis de résiliation peut vous être remis, ou vous être envoyé par courrier recommandé à votre dernière adresse figurant dans les dossiers de l'assureur. Lorsque l'avis de résiliation vous est remis, un préavis de résiliation de cinq jours civils est nécessaire. Lorsqu'il vous est envoyé par courrier recommandé, un préavis de résiliation de 10 jours civils est requis; le délai de 10 jours commence à courir à compter du jour qui suit la date de mise à la poste de l'avis.

Avis et preuve de sinistre

Vous devez donner un avis écrit de toute demande de règlement à l'assureur, dans le délai prescrit dans le contrat, par courrier ordinaire ou par voie électronique lorsque cela est possible.

Vous devez présenter à l'assureur une preuve qu'il estimera raisonnable du bien-fondé de la demande.

Défaut de notification ou de preuve

Le défaut de donner avis du sinistre ou d'en fournir la preuve dans le délai prescrit par la présente condition légale n'invalide pas la demande si vous donnez l'avis ou fournissez la preuve dès qu'il est raisonnablement possible de le faire, et en aucun cas, plus d'une année après la date à laquelle les frais remboursables ont été engagés.

Délai de paiement des sommes

Toutes les sommes payables en vertu du présent contrat sont versées par l'assureur dans les 60 jours de la réception par l'assureur de la preuve satisfaisante du sinistre.

Obligation pour l'assureur de fournir les formulaires de preuve de sinistre

L'assureur fournit les formulaires de preuve de sinistre dans les 15 jours de la réception de l'avis de sinistre. Toutefois, lorsque l'auteur de la demande de règlement n'a pas reçu les formulaires dans ce délai, il peut soumettre la preuve de sinistre sous la forme d'une déclaration écrite énonçant la cause ou la nature de l'accident donnant lieu à la demande.

