

NORDA STELO INC.  
ET LES MEMBRES DE SON GROUPE

**Employés intérimaires**  
**Groupe n° 91318**

GFMD Expert conseil en avantages sociaux





# LISTE DES GARANTIES

---

---

<b>SOMMAIRE DES GARANTIES .....</b>	<b>1</b>
<b>VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE EN BREF .....</b>	<b>6</b>
<b>ASSURANCE SANTÉ - MÉDICAMENTS.....</b>	<b>11</b>
<b>ASSURANCE SANTÉ - ACCIDENT/MALADIE.....</b>	<b>15</b>
<b>ASSURANCE SANTÉ - VOYAGE .....</b>	<b>23</b>

Révisé en date du 14 décembre 2015

# SOMMAIRE DES GARANTIES

**Le présent sommaire des garanties doit s'interpréter de pair avec les modalités décrites dans les différentes sections de la brochure.**

<b>Délai d'admission</b>	Aucun
--------------------------	-------

## Assurance santé - Médicaments

### GÉNÉRALITÉS

<b>Franchise</b>	5 \$ par médicament prescrit
<b>Pourcentage de remboursement</b>	80 % des premiers 3 500 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent, par famille, par année civile
<b>Mode de remboursement</b>	Carte de paiement direct
<b>Protection supplémentaire offerte aux assurés couverts par le régime public de la RAMQ</b>	Intégration des paramètres de la RAMQ à ceux du présent régime
<b>Prolongation de l'assurance après la cessation</b>	90 jours
<b>Fin de la garantie</b>	Retraite de l'adhérent

### Remboursement maximum \*

<b>Liste régulière (incluant la liste RAMQ pour les résidents du Québec)</b>	Illimité
<b>Vaccins préventifs</b>	400 \$ / année civile

\* Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, quel que soit le médicament qui a été prescrit.

L'assuré peut tout de même se procurer un médicament de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la clause de substitution pour le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, même si le médecin indique que le médicament prescrit ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable (générique) dont le coût de l'ingrédient est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, sur une base de cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

**GÉNÉRALITÉS**

---

<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Prolongation de l'assurance après la cessation</b>	90 jours
<b>Fin de la garantie</b>	Retraite

---

**HOSPITALISATION**

---

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>	<u>Durée maximale</u>
<b>Soins actifs</b>	100 %	Chambre à deux lits	Illimitée
<b>Convalescence ou réadaptation physique</b>	100 %	Chambre à deux lits	180 jours / période d'hospitalisation

---

**PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA**

---

<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximum</u>
80 %	500 000 \$ à vie

---

**SOINS DE LA VUE**

---

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement Maximum global</u>
<b>Examen de la vue</b>	100 %	50 \$ / 24 mois consécutifs
<b>Lunettes, verres de contact et chirurgie au laser</b>	100 %	200 \$ / 24 mois consécutifs

---

---

**SERVICES PARAMÉDICAUX**

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible par visite</u>	<u>Maximum admissible par année civile</u>
Acupuncteur	80 %	45 \$	500 \$
Audiologiste	80 %	45 \$	500 \$
Chiropraticien	80 %	45 \$	500 \$
Radiographies par un chiropraticien	80 %	s/o	25 \$
Dietétiste	80 %	45 \$	500 \$
Ergothérapeute	80 %	45 \$	500 \$
Homéopathe	80 %	45 \$	500 \$
Massothérapeute	80 %	45 \$	500 \$
Naturopathe	80 %	45 \$	500 \$
Orthophoniste	80 %	45 \$	500 \$
Ostéopathe	80 %	45 \$	500 \$
Physiothérapeute / technicien en réadaptation physique / thérapeute du sport	80 %	45 \$	500 \$ *
Podiatre / pédicure	80 %	45 \$	500 \$
Psychologue / travailleur social / conseiller en orientation	80 %	45 \$	500 \$ *

---

\* *maximum combiné pour tous les paramédicaux*

---

**FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX \***

	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Maximum admissible</u>
Soins infirmiers	80 %	10 000 \$ / année civile
Service ambulancier	80 %	Illimité
Chaussures orthopédiques	80 %	300 \$ / année civile
Orthèses podiatriques	80 %	300 \$ / année civile
Bas de contention	80 %	3 paires / année civile
Prothèses auditives	80 %	300 \$ / 36 mois consécutifs
Stérilet	80 %	500 \$ / année civile
TENS	80 %	700 \$ viager
Glucomètre	80 %	200 \$ - 1 appareil / 36 mois consécutifs
Soins dentaires suite à un accident	80 %	Illimité
Injections sclérosantes	80 %	15 \$/visite et 10 visites/année civile
<b><u>Prothèses</u></b>		
• membres artificiels et oeil artificiel	80 %	Illimité
• prothèses capillaires suite à chimiothérapie	80 %	300 \$ / année civile
• prothèses mammaires externe suite à une mastectomie	80 %	500 \$ / année civile
<b><u>Aides à la mobilité et appareils orthopédiques</u></b>		
• fauteuil roulant	80 %	1 500 \$ viager
• béquilles, cannes, marchettes, plâtres, bandages herniaires, appareils orthopédiques, collets cervicaux et orthèses	80 %	Illimité
<b><u>Équipement médical</u></b>		
• lit d'hôpital	80 %	1 / 5 années civiles
• pompe à insuline	80 %	1 750 \$ / 60 mois consécutifs
• pompes de compression et vibromasseurs	80 %	1 / 5 années civiles
• moniteur d'apnée	80 %	1 / 5 années civiles
• appareils thérapeutiques	80 %	10 000 \$ viager
<b><u>Tests diagnostiques</u></b>		
• analyses de laboratoire, rayons X, électrocardiogrammes, tomographies par ordinateur, échographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)	80 %	400 \$ / année civile
<b><u>Autres fournitures et services médicaux *</u></b>		
• oxygène	80 %	Illimité
• appareils pour l'administration d'oxygène	80 %	1 / 5 années civiles

---

\* voir le texte du contrat pour la liste complète et les particularités de la couverture

**GÉNÉRALITÉS**

<b>Franchise</b>	Aucune
<b>Pourcentage de remboursement</b>	100 %
<b>Assistance voyage</b>	Incluse
<b>Exonération des primes</b>	Non
<b>Fin de la garantie</b>	75 ans (âge de l'adhérent) ou la retraite, si antérieure

---

---

**COUVERTURE VOYAGE**

	<b><u>Remboursement</u></b> <b><u>maximum</u></b>
<b>Assurance médico-hospitalière</b>	2 000 000 \$ par événement, par assuré
<b>Durée de la protection par voyage</b>	
• <b>moins de 65 ans</b>	Les 180 premiers jours du voyage *
• <b>65 à 69 ans incl.</b>	Les 60 premiers jours du voyage *
• <b>70 ans et plus</b>	Les 30 premiers jours du voyage *

\* *l'assuré doit en tout temps demeurer couvert par le régime provincial*

---

**À noter : Si votre voyage excède la limite de jours couverte en vertu de la présente garantie, nous vous recommandons fortement de souscrire avant votre départ une assurance individuelle d'assurance voyage pour les journées excédentaires qui ne seront pas couvertes en vertu de cette garantie.**

## Votre régime d'assurance collective en bref

---

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

Les différentes sections d'information reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre votre employeur et l'assureur. Vous trouverez dans la présente section des renseignements sur l'admissibilité et la participation au régime d'assurance, ainsi que l'information dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre sécurité et celle de votre famille.

Cette brochure et votre certificat d'assurance contiennent des renseignements importants. Veuillez donc les conserver dans un endroit sûr.

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

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

*Mon adhésion au régime d'assurance collective est-elle obligatoire?*

Oui. Vous devez adhérer à l'assurance santé en tenant compte également de votre statut familial.

Toutefois, vous pouvez obtenir **une exemption** si vous démontrez à l'assureur que vous et vos personnes à charge êtes couverts en vertu du régime d'assurance santé de votre conjoint. Si cette autre assurance se termine de façon **involontaire**, vous et vos personnes à charge redevenez admissibles au présent régime. Vous devez alors en faire la demande **dans les 31 jours** de la fin de l'autre assurance.

## *Quand devenez-vous admissible à l'assurance collective?*

À titre d'employé permanent, vous êtes admissible à la protection d'assurance collective dès que vous complétez le délai d'admission mentionné au Sommaire des garanties. Pour participer au régime, vous devez remplir les formulaires d'assurance qui vous sont remis au moment où vous devenez admissible au régime.

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

## *Quelles sont les personnes à charge admissibles?*

Vos personnes à charge admissibles sont :

- Votre **conjoint**, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an, cette période d'un an n'étant pas applicable si un enfant est né de votre union.

Votre conjoint est celui qui est désigné sur votre demande d'adhésion et il demeure couvert par la suite, sauf s'il y a dissolution du mariage par divorce ou annulation ou si, en raison de l'échec de votre union, vous et votre conjoint de fait vivez séparément durant au moins **90 jours consécutifs**.

- Vos **enfants** célibataires entièrement à votre charge et
  - âgés de moins de 21 ans, ou
  - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants dûment inscrits à temps plein dans un établissement dispensant un enseignement de l'ordre secondaire, collégial ou universitaire;
  - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et ont une déficience physique ou mentale permanente, survenue avant l'âge de 18 ans (ou 26 ans s'ils étaient étudiants) et ne reçoivent aucune allocation en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu.

## *Dois-je présenter une preuve d'assurabilité?*

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité si votre demande d'adhésion ou celle de vos personnes à charge est présentée à l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

## *Comment devez-vous présenter les demandes de règlement?*

### Assurance santé - Hospitalisation

Si vous ou l'une de vos personnes à charge êtes hospitalisé, il vous suffit de présenter votre certificat d'assurance à l'hôpital au moment de l'admission. La demande sera directement acheminée aux bureaux de l'assureur par l'hôpital.

### Assurance santé - Médicaments

Cette garantie comporte un mode de paiement direct par l'intermédiaire de la carte-médicaments CROIX BLEUE. Vous devez présenter votre carte au pharmacien et vous ne paierez alors que 5 \$ par médicament prescrit, de même que votre coassurance.

Vous n'avez donc aucune demande de règlement à présenter à l'assureur.

### Assurance santé - Accident/maladie

Remplissez le formulaire de demande de règlement, joignez-y les originaux de vos reçus et faites parvenir le tout à l'assureur.

La demande de règlement dûment remplie doit être envoyée à l'assureur au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Référez-vous à votre formulaire de demande de règlement pour connaître l'adresse de la Croix Bleue locale où vous devez faire parvenir votre demande, ou communiquez avec le service à la clientèle au 1-888-873-9200.

### Assurance santé - Voyage

Vous devez obtenir des factures détaillées pour les services que vous avez reçus (hospitaliers, médicaux ou autres) et présenter à l'assureur un certificat du médecin traitant attestant que les services faisant l'objet de la demande de règlement ont été rendus. L'assureur s'occupera de demander au régime gouvernemental concerné le remboursement de la partie des frais payables par ce dernier.

Vous pouvez obtenir les formulaires de demande de règlement auprès de l'assureur à l'adresse suivante :

Croix Bleue  
Règlements/Assurance voyage  
Case postale 910, Succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K8

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

**POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE, VEUILLEZ VOUS ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE LA CROIX BLEUE MEDAVIE AU NUMÉRO SUIVANT :**

**1-888-873-9200**

**UN PORTAIL INTERNET EST ÉGALEMENT DISPONIBLE POUR VOTRE PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE, À L'ADRESSE SUIVANTE :**

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

**CHOISISSEZ « pour les adhérents » ET AYEZ EN MAIN VOTRE CARTE D'IDENTIFICATION DE LA CROIX BLEUE (CARTE-MÉDICAMENTS). LES RENSEIGNEMENTS APPARAISSANT SUR VOTRE CARTE VOUS SERONT DEMANDÉS LORS DE VOTRE INSCRIPTION AU PORTAIL.**

À noter : Aux fins des différentes garanties de votre régime d'assurance collective, vous et vos personnes à charge êtes considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de votre province de résidence, et en aucun cas les sommes versées par l'assureur ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

*Qui a accès aux renseignements confidentiels à mon sujet?*

Les renseignements personnels qui seront transmis à l'assureur seront conservés dans votre dossier d'assurance auprès de Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Ces renseignements serviront uniquement à traiter vos demandes de règlement. Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par l'assureur auront accès à vos renseignements personnels dans la pratique courante de l'entreprise.

Sur demande écrite et avec un préavis de 30 jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification selon les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*. Veuillez adresser votre demande au :

Responsable de l'accès à l'information  
Medavie inc. et  
La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada  
550, rue Sherbrooke Ouest  
Montréal (Québec) H3A 6T6

## Assurance santé - Médicaments

---

Cette assurance couvre les frais de médicaments pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués au Sommaire des garanties. Les frais de médicaments doivent être engagés au Canada.

### **Applicable aux résidents du Québec**

Lorsque, dans toute année civile, vous avez déboursé (en franchise et en coassurance, le cas échéant) la somme équivalant à la contribution maximale fixée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), que ce soit pour vous-même ou pour vos personnes à charge, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile pour des médicaments admissibles sont remboursables à 100 % par l'assureur.

### *Franchise*

La franchise est la partie des frais admissibles que vous devez payer pour vous ou vos personnes à charge avant que l'assureur ne commence à rembourser les frais admissibles en vertu du contrat. La franchise s'applique par médicament prescrit.

### *Frais admissibles*

- 1) La **liste régulière** de l'assureur comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments ou de produits achetés au Canada et dispensés par un pharmacien (ou par un médecin ou un dentiste autorisés dans une localité où il n'y a pas de pharmacien), qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance écrite d'un médecin, d'un dentiste ou d'un podiatre, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 100 jours.

Le médicament ou produit prescrit doit être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne, doit porter un numéro d'identification DIN (Drug Identification Number) et doit être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles il est autorisé.

Sont également inclus :

- les médicaments pouvant être injectés et sérums prescrits par un médecin dans le but de traiter une maladie;
- les vaccins préventifs, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- les hormones de croissance (pour les assurés de moins de 18 ans);
- les produits anesthésiants administrés lors d'une intervention qui n'a pas lieu dans un hôpital;
- les seringues, les aiguilles, les dispositifs à lancettes, les aiguilles pour stylo-injecteur, les fournitures d'analyse d'urine, les tampons alcoolisés, les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète ainsi que la chambre de retenue et l'inhalateur.

- 2) Certains médicaments qui sont nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires, diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits.

### **Avis important**

**Pour les résidents du Québec**, la présente garantie doit, en tout temps, inclure les médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine, d'un dentiste ou d'un podiatre.

Certains de ces médicaments ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par règlement, entre autres dans le cas des médicaments d'exception.

De plus, les médicaments couverts en vertu de la liste de l'assureur, tels que décrits ci-dessus, doivent faire partie de la liste dressée et maintenue à jour par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.).

### *Frais non remboursés par le régime*

Les frais reliés aux produits et aux médicaments suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- les contraceptifs autres qu'oraux;
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
- les préparations alimentaires pour nourrissons;
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- les produits pour cesser de fumer (pour les résidents du Québec : seulement l'excédent des frais admissibles payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments est exclu);
- les minéraux;
- les produits homéopathiques;
- les stimulants pour la pousse des cheveux;
- les médicaments contre la stérilité (pour les résidents du Québec : seulement l'excédent des frais admissibles payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments est exclu);
- les médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels;
- les stéroïdes anabolisants;

- les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants;
  - les médicaments administrés à des fins expérimentales;
  - les médicaments et les matériaux utilisés en chirurgie (sauf les produits anesthésiants indiqués dans les **Frais admissibles** de la présente garantie);
  - les médicaments ou les formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
  - les rince-bouche, les pansements, les sirops et les pastilles \*;
  - les shampooings, les huiles et les crèmes \*;
  - les vitamines ou multivitamines \*;
  - les suppléments ou les vitamines prénataux \*.
- \* Ces produits sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

De plus, les services suivants ne sont pas couverts :

- les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une commission de la santé et de la sécurité au travail ou un régime d'assurance automobile, le cas échéant;
- les services, les soins ou les produits que l'assuré reçoit gratuitement.

*Dispositions applicables aux résidents du Québec*

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

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

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

Si, à soixante-cinq (65) ans, vous décidez d'adhérer au régime de la RAMQ, vous et vos personnes à charge, quel que soit leur âge, n'êtes plus admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance collective pour les médicaments couverts par le régime public de la RAMQ.

De même, si votre conjoint décide, à soixante-cinq (65) ans, d'adhérer au régime de la RAMQ, il ne sera plus admissible à des prestations en vertu du régime d'assurance collective pour les médicaments couverts par le régime public de la RAMQ.

Toutefois, si vous et vos personnes à charge bénéficiez de la couverture de base du régime de la RAMQ, vous conservez la couverture complémentaire du régime d'assurance collective telle que décrite ci-dessous, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement mentionnés au Sommaire des garanties pour les médicaments :

1. la franchise et la coassurance déboursées par l'assuré en vertu du régime de la RAMQ; et
2. tous les médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste du régime public, mais qui sont couverts dans la liste de l'assureur.

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

Lorsque vous ou votre conjoint atteignez l'âge de soixante-cinq (65) ans, la RAMQ vous inscrit automatiquement comme bénéficiaire de son régime d'assurance médicaments. À l'âge de soixante-cinq (65) ans, vous et votre conjoint **devez donc annuler votre inscription** au régime de la RAMQ pour conserver une pleine couverture des médicaments en vertu du régime d'assurance collective.

Toute modalité relative à la prime, s'il y a lieu, est indiquée dans le tableau des primes remis au preneur ou, après la date d'entrée en vigueur du contrat, dans les conditions de renouvellement des taux émises par l'assureur.

### *Prolongation de l'assurance après la cessation*

Si vous êtes totalement invalide ou si une de vos personnes à charge est hospitalisée à la date à laquelle votre assurance prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si l'assurance n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette invalidité ou hospitalisation avant la première des dates suivantes :

- la date à laquelle votre invalidité totale prend fin;
- la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
- le 91<sup>e</sup> jour qui suit la date à laquelle votre assurance prend fin;
- la date de cessation de la présente garantie.

### *Fin de la protection*

La garantie médicaments prend fin à votre retraite ou à votre cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

## Assurance santé - Accident/maladie

---

Cette assurance couvre les frais admissibles engagés pour vous ou pour vos personnes à charge à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, sous réserve de la franchise et du pourcentage de remboursement applicables à chaque catégorie de services, le tout tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Les frais doivent être engagés au Canada (sauf pour Patients dirigés hors Canada).

### *Franchise*

Aucune franchise n'est applicable à l'Assurance santé - Accident/maladie.

### *Frais admissibles*

Les frais doivent être :

- usuels et raisonnables;
- nécessaires du point de vue médical; et
- préalablement recommandés par un médecin, sauf indication contraire.

**Les honoraires des paramédicaux sont payables seulement lorsque les soins sont fournis par des professionnels qui sont membres en règle de leur ordre professionnel et qui exercent dans les limites de leur compétence au sens de la loi. Si, pour un professionnel donné, il n'existe aucun ordre professionnel, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et des traitements dans les limites de sa compétence.**

## HOSPITALISATION

### • Soins actifs

Les frais d'hospitalisation d'un assuré qui est admis pour **soins actifs** dans un hôpital ultérieurement à la date d'entrée en vigueur de son assurance, tant qu'il a droit à des soins assurés par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence, et sous réserve du type de chambre spécifié au Sommaire des garanties;

### • Convalescence ou réadaptation physique

Les frais pour un séjour dans un hôpital de convalescence ou de réadaptation physique, si l'assuré y est admis moins de **14 jours** après avoir obtenu son congé d'un hôpital où il recevait des soins actifs, sous réserve du type de chambre et de la durée maximale par période d'hospitalisation spécifiés au Sommaire des garanties.

## **PATIENTS DIRIGÉS HORS CANADA**

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

### **Frais admissibles**

#### **Services hospitaliers**

Chambre d'hôpital, soins intensifs, soins infirmiers, salles d'opération et salles de réveil, services diagnostiques (incluant les frais de laboratoires et les radiographies), oxygène et sang, médicaments sur ordonnance (incluant les solutions intraveineuses), physiothérapie.

#### **Médecins et chirurgiens**

Les honoraires de médecins et de chirurgiens.

#### **Services ambulanciers**

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

#### **Accompagnateur dans l'ambulance**

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

### **Exclusions et restrictions spécifiques**

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

## FOURNITURES ET SERVICES MÉDICAUX

- **Soins infirmiers**

Les services d'un infirmier autorisé (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier autorisé n'est pas disponible) qui n'est pas un membre de la famille de l'assuré et qui ne réside pas avec lui, lorsque les services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde, sous réserve du remboursement maximum global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Service ambulancier**

Les frais de transport par ambulance en direction et en provenance de l'hôpital qui peut assurer les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire au Canada. Les circonstances médicales ayant nécessité le transport en ambulance doivent être communiquées à l'assureur au moment de la demande de règlement et peuvent remplacer la recommandation médicale du médecin s'il était alors impossible de l'obtenir compte tenu de l'urgence de la situation.

- **Chaussures orthopédiques**

L'achat et la réparation de chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et d'attelles de Denis Browne, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux. Les chaussures orthopédiques préfabriquées avec des additions ou modifications sont également admissibles.

Exclusion spécifique

Les frais d'achat de chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant et de chaussures profondes sont exclus.

- **Orthèses podiatriques**

L'achat d'orthèses podiatriques pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.

- **Bas de contention**

L'achat de bas de contention, sous réserve du nombre maximum de paires spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses**

- Les frais d'achat et la réparation de membres artificiels (incluant le bras myoélectrique) et d'yeux artificiels;
- Les frais d'achat de prothèses capillaires requises à la suite d'une chimiothérapie, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de prothèses mammaires externes requises à la suite d'une mastectomie totale ou radicale, y compris l'achat de deux soutiens-gorge chirurgicaux, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties.

- **Prothèses auditives**  
Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Stérilet**  
Les frais d'achat d'un stérilet, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Neurostimulateur transcutané (TENS)**  
Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un neurostimulateur transcutané, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Glucomètre**  
Les frais d'achat d'un glucomètre, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.
- **Injections sclérosantes à des fins médicales**  
Seul le coût du médicament injecté est couvert, et le montant maximum admissible par visite et le nombre maximum de visites par année civile sont spécifiés au Sommaire des garanties.
- **Aides à la mobilité et appareils orthopédiques**
  - Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (incluant les coussins et les insertions), les frais d'achat d'une plaque-support de roue ajustable, et les frais de réparations, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties. **L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée;**
  - Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, ainsi que les frais d'achat de plâtres, de bandages herniaires, d'appareils orthopédiques, de collets cervicaux et d'orthèses. L'achat d'orthèses et d'appareils orthopédiques doit être effectué auprès d'un fournisseur autorisé à vendre de tels articles par le ministère provincial de la santé et des services sociaux.
- **Tests diagnostiques**  
Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident ou, s'il y a lieu, pour un bilan de santé, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties :
  - les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies, d'électrocardiogrammes, de tomographies par ordinateur (CT Scans), d'échographies et d'imagerie par résonance magnétique (IRM);
  - les traitements au radium ou aux rayons X.

- **Équipement médical**

**L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être refusée.**

- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'un lit d'hôpital manuel standard pour patient alité, jusqu'à concurrence du coût d'un lit manuel standard et sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de pompes à insuline, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat de pompes de compression et de vibromasseurs, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais d'achat ou de location de moniteurs d'apnée pour les dysrythmies respiratoires, sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties;
- Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) d'appareils thérapeutiques couramment utilisés selon les normes du fabricant et reconnus spécifiquement pour le traitement immédiat d'une condition pathologique à la suite d'une maladie ou d'un accident, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties. Cette catégorie d'appareils comprend entre autres les stimulateurs de consolidation de fracture, les appareils d'aérosolthérapie, les pompes à gavage et les respirateurs à pression positive intermittente.

- **Autres fournitures et services médicaux**

- Les frais d'oxygène et la location ou l'achat d'appareils en vue de son administration. L'achat d'appareils est sous réserve de la limite et de la fréquence spécifiées au Sommaire des garanties. L'assuré doit obtenir l'approbation préalable de l'assureur avant tout achat ou toute location, à défaut de quoi la demande de règlement peut être rejetée;
- Les frais d'achat de fournitures pour personnes stomisées, ainsi que d'un larynx artificiel;
- Les frais d'achat de vêtements compressifs pour brûlures majeures;
- Les frais d'achat de pansements médicamenteux;
- Les frais d'achat de fournitures reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques;
- Les frais d'achat de fournitures médicales servant au gavage;
- Les frais d'achat d'une lunette opaque requise lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis.

- **Soins dentaires requis en raison d'un accident**

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles saines, par suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée, et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche, à condition que les soins soient rendus ou qu'un plan de traitement satisfaisant soit soumis à l'assureur dans les 12 mois suivant la date de l'accident. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

Les montants admissibles sont établis selon le Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré. Le remboursement maximum par accident est spécifié au Sommaire des garanties.

## **SOINS DE LA VUE**

- **Examen de la vue**

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

- **Lunettes, verres de contact et chirurgie oculaire**

Le coût de lunettes (verres et montures) et de verres de contact prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste ainsi que les frais d'une chirurgie oculaire au laser pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, sous réserve du montant maximum admissible global spécifié au Sommaire des garanties.

Exclusion spécifique

Les frais engagés pour des lunettes de soleil non correctrices ou pour des lunettes protectrices sont exclus.

## **PARAMÉDICAUX**

Les soins ou traitements dispensés par les professionnels ci-dessous ne nécessitent pas de recommandation médicale :

- Sous réserve des montants maximums admissibles par visite et par année civile spécifiés au Sommaire des garanties pour chaque catégorie de professionnel ou pour l'ensemble des professionnels, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties. Le professionnel ne doit pas être un membre de votre famille, ni résider avec vous :  
acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, homéopathe, massothérapeute, naturopathe, orthophoniste, ostéopathe, physiothérapeute (ou technicien en réadaptation physique ou thérapeute du sport), podiatre (ou pédicure) et psychologue (ou travailleur social ou conseiller en orientation);
- Les frais de radiographies prises par un chiropraticien, sous réserve du montant maximum admissible spécifié au Sommaire des garanties.

## *Exclusions générales de la garantie*

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

- les soins médicaux auxquels l'assuré a droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi, incluant les frais payables par une commission de la santé et de la sécurité du travail ou un régime d'assurance automobile, ou de toute loi ou autre régime semblables, s'il y a lieu;
- les soins médicaux couverts en vertu de toute loi fédérale ou provinciale (ou en vertu des régimes mentionnés ci-dessus) à la date d'effet de la présente garantie et modifiés, suspendus ou discontinués par la suite;
- les services, les soins ou les produits reçus gratuitement;
- les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- les soins de nature préventive;
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques;
- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
- les soins dentaires, à l'exception des soins requis à la suite d'un accident;
- les frais (à l'exception des frais de stérilets) reliés à la planification des naissances, y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, sans égard si l'infertilité est considérée être une maladie ou non;
- en ce qui concerne les appareils thérapeutiques :
  - les articles qui ne sont pas principalement de nature médicale ou qui sont destinés au confort et à la commodité (ex. : les accessoires domestiques tels que bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs et autres appareils de même nature);
  - les appareils de contrôle et de diagnostic (ex. : stéthoscopes, sphymomanomètres et autres appareils de même nature);
- les frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la liste des frais admissibles de la présente garantie;
- les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'une garantie d'assurance;
- les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement d'une blessure ou d'une maladie;
- les frais engagés hors Canada (à l'exception des frais admissibles mentionnés pour les Patients dirigés hors Canada);
- les frais couverts en vertu de l'assurance voyage;
- les frais qui découlent directement ou indirectement
  - de dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
  - d'une blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre;
  - de la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

### *Prolongation de l'assurance après la cessation*

Si vous êtes totalement invalide ou si une de vos personnes à charge est hospitalisée à la date à laquelle votre assurance prend fin pour une raison autre que la résiliation du contrat, des remboursements seront effectués comme si l'assurance n'avait pas pris fin à l'égard de cette personne, relativement à tous les frais admissibles engagés par suite de cette invalidité ou hospitalisation avant la première des dates suivantes :

- la date à laquelle votre invalidité totale prend fin;
- la date à laquelle la personne à charge n'est plus hospitalisée;
- le 91<sup>e</sup> jour qui suit la date à laquelle votre assurance prend fin;
- la date de cessation de la présente garantie.

### *Fin de la protection*

La protection d'assurance accident/maladie prend fin à la retraite ou à la cessation d'emploi, selon la première échéance. La protection des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

### *Droit de transformation*

Si vous cessez d'être admissible à la présente garantie, vous pouvez faire la demande de transformation en assurance individuelle en remplissant le formulaire approprié dans les 31 jours suivant la fin de votre protection, et ce, sans avoir à présenter de preuve d'assurabilité. La prime totale de l'assurance individuelle, selon la fréquence de paiement choisie et approuvée par l'assureur, doit accompagner le formulaire de demande de transformation.

Ce droit s'applique aussi à vos personnes à charge.

## Assurance santé - Voyage

---

---

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

**Aux fins de remboursement, les frais admissibles doivent être engagés avec l'autorisation préalable de Canassistance.**

### *Définition spécifique*

Dans cette garantie, **urgence** ou **situation d'urgence** désigne une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage, mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours précédant la date de départ, l'assuré n'a pas :

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

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

### *Frais admissibles*

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

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

## Hospitalisation, soins médicaux et paramédicaux

- Les frais d'hospitalisation, excédant ceux qui sont remboursables par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- les frais accessoires (téléphone, télévision, stationnement, etc.), jusqu'à concurrence de 100 \$ par hospitalisation;
- la différence entre les honoraires du médecin et les prestations prévues par la Régie de l'assurance maladie de votre province de résidence;
- le coût d'achat ou de location de béquilles, de cannes ou d'attelles; le coût de location de fauteuils roulants manuels standard, d'appareils orthopédiques ou d'autres appareils médicaux, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans lien de parenté avec le patient) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont prescrits par le médecin traitant;
- les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies, lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant;
- les frais de médicaments prescrits par un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence (excluant les produits ou médicaments en vente libre, qu'ils soient prescrits ou non);
- les soins dentaires requis pour la réparation ou le remplacement de dents naturelles saines endommagées par suite d'un coup accidentel (et non pas par suite de l'introduction volontaire ou non d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), jusqu'à concurrence de 2 000 \$ par accident, par assuré. Le traitement doit débuter pendant que l'assurance est en vigueur et se terminer dans les six mois suivant l'accident;
- les honoraires d'un dentiste pour tout traitement d'urgence pour soulager la douleur, jusqu'à concurrence de 200 \$ par assuré.

## Transport

### **Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance :**

- le transport par ambulance terrestre ou aérienne vers l'établissement médical adéquat le plus proche, incluant le transfert vers un autre hôpital lorsque le médecin traitant et Canassistance estiment que les installations sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition;
- les frais de rapatriement de l'assuré pour recevoir des soins médicaux immédiats, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance;
- les frais pour le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui sont également couverts en vertu de la présente garantie, s'ils ne peuvent revenir à leur point de départ par le moyen de transport initialement prévu;

- les frais de transport aller-retour, en classe économique, pour un membre de la famille de l'assuré se rendant :
  - à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept jours; ou
  - identifier la personne décédée, si nécessaire, avant la disposition de la dépouille;
- sur présentation d'un certificat médical du médecin traitant certifiant l'incapacité à utiliser le véhicule, le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, jusqu'à concurrence de 1 000 \$;
- en cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) ou le coût de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

### Frais de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsque vous devez reporter votre retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle subie par vous ou un membre de votre famille immédiate qui vous accompagne ou un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ (150 \$ par jour, maximum 20 jours).

### Assistance voyage

Le service téléphonique de Canassistance inc. est disponible **24 heures par jour et 7 jours par semaine**. Le service Canassistance prend les dispositions nécessaires suivantes pour vous fournir les services requis lorsque vous devez consulter un médecin ou être hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie subite :

- vous diriger vers une clinique ou un hôpital approprié;
- avancer les fonds à l'hôpital, au besoin;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter que vous ayez à verser le dépôt d'un montant souvent substantiel;
- assurer le suivi médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner le rapatriement, s'il y a lieu;
- coordonner le retour des enfants à charge, en cas d'hospitalisation du parent;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille, si vous devez séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour de votre véhicule si une maladie ou un accident vous rend incapable de le faire.

Vous avez également accès aux services suivants :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- services d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat en cas d'accident grave;

- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité;
- information sur les ambassades et les consulats.

**Canassistance peut également vous fournir, avant votre départ, des renseignements sur les visas et les vaccins requis.**

### *Restrictions pour la durée des voyages*

Les frais décrits dans l'Assurance médico-hospitalière sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie soudaine et inattendue, survenant dans les premiers **180 jours** d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et à la condition que ce dernier soit couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.

La période de **180 jours** mentionnée ci-dessus est remplacée par **60 jours** pour les assurés âgés de **65 ans à 69 ans**, et elle est remplacée par **30 jours** pour les assurés âgés de **70 ans ou plus**.

### *Exclusions générales*

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

- défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation;
- toutes dépenses engagées à la suite d'une situation urgente qui s'est produite après les premiers **180 jours** du voyage (après les premiers **60 jours** dans le cas des assurés de 65 ans à 69 ans, et après les premiers **30 jours** dans le cas des assurés de 70 ans ou plus);
- les frais engagés après le rapatriement pour des raisons médicales;
- les frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle du Yosemite Decimal System - YDS), au parachutisme en chute libre ou non, ainsi qu'au saut à l'élastique (bungee jumping);
- l'abus de médicaments ou consommation de drogues;
- la conduite d'un véhicule, d'un aéronef ou d'un bateau alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- les frais pour les soins autres que ceux qui sont médicalement requis;
- les honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou qui sont donnés principalement pour le confort du patient;
- les frais pour des soins donnés dans un but esthétique;
- les frais engagés hors de la province de résidence quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré;

- les frais engagés lorsque le voyage a principalement ou accessoirement pour but la consultation ou le traitement, même si le voyage est recommandé par un médecin;
- les services hospitaliers ou médicaux obtenus au cours d'un voyage et qui ne sont pas admissibles auprès de la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- la partie des frais remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les frais admissibles qui découlent des éléments suivants :
  - suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
  - blessure subie lors de la participation de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
  - blessure subie durant une guerre ou un fait de guerre, déclarés ou non;
  - blessure ou maladie découlant directement ou indirectement de toute force ou menace impliquant l'utilisation d'armes ou d'agents nucléaires, chimiques ou biologiques utilisés par une personne, un groupe de personnes ou une organisation dans un but politique, religieux ou idéologique;
  - commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

### *Fin de la garantie voyage*

La garantie voyage prend fin à votre retraite, à la cessation de votre emploi ou lorsque vous atteignez l'âge de 75 ans, selon la première échéance. La protection des personnes à charge prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

**La protection prend également fin pour tout assuré le jour où il cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence.**

### Fin de la couverture en cours de voyage

Au cours d'un voyage, la garantie voyage prend fin à la première des dates suivantes :

- La date à laquelle l'assuré cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence; ou
- Le 181<sup>e</sup> jour du voyage dans le cas des assurés de moins de 65 ans, le 61<sup>e</sup> jour du voyage dans le cas des assurés de 65 ans à 69 ans et le 31<sup>e</sup> jour du voyage dans le cas des assurés de 70 ans ou plus.

## LIGNES CANASSISTANCE

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

**du Canada ou des États-Unis : 1-866-491-7726**  
**d'ailleurs dans le monde : 514-286-7726 (à frais virés)**

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

Si l'assuré ne peut pas appeler à frais virés, l'assureur lui remboursera le coût de l'appel.