



New Brunswick Massage Therapist Association

Tous les employés admissibles

N^o du contrat : **14017**
Date de prise d'effet : **1 août 2018**
Préparé le: 27 juillet 2018

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

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

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

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

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

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

Visitez www.securindemnite.com

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

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

Étape 1: Conditions générales

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

Étape 2 : Profil bien-être (optionnel)

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

Étape 3 : Profil d'utilisateur

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

Étape 4 : Information sur le dépôt direct

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

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

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

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

Comment faire une demande de réclamation

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

Optimisé par  **securindemnité**

SOMMAIRE DES GARANTIES

PLAN 14017CL01

ASSURANCE-VIE DE L'ADHÉRENT

Montant d'assurance-vie	25 000 \$
Montant maximal d'assurance	25 000 \$
Preuve requise pour montant excédant	25 000 \$

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

de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

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

** Si applicable, la réduction est toujours basée sur la couverture précédente.*

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

Exonération de la prime

Si, avant l'âge de 65 ans, vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

Montant d'assurance-vie facultative	250 000 \$
Preuve requise pour montant excédant	0 \$

Le montant d'assurance-vie facultative ne peut être supérieur à 250 000 \$ ni inférieur à 10 000 \$.

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

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

ASSURANCE-VIE DES PERSONNES A CHARGE

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

La garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. la date où l'adhérent atteint l'âge de 75 ans;
- b. la date de sa retraite;
- c. la date de cessation de l'assurance.

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

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Montant d'assurance-vie	25 000 \$
Montant maximal d'assurance	25 000 \$
Preuve requise pour montant excédant	25 000 \$

GARANTIE POUR LA PERTE DE :

POURCENTAGE DU MONTANT ASSURÉ

Perte d'un bras	75 %
Perte de la vue d'un œil	66.67 %
Perte de la vue des deux yeux	100 %
Perte des deux pieds	100 %
Perte de quatre doigts d'une main	33.33 %
Perte d'un pied	66.67 %
Perte d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
Perte d'une main	66.67 %
Perte d'une main et de la vue d'un œil	100 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %
Perte des deux mains	100 %
Perte de l'ouïe d'une oreille	25 %
Paralysie membres inférieurs & supérieurs d'un côté	200 %
Perte de l'ouïe des deux oreilles	50 %
Perte d'une jambe	75 %
Perte de la vie	100 %
Paralysie totale des deux membres inférieurs	200 %
Paralysie des deux membres inférieurs et deux supérieurs	200 %
Perte de la parole	50 %
Perte de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
Perte du pouce et de l'index d'une main	33.33 %
Perte de l'usage d'un bras	75 %
Perte de l'usage d'une main	66.67 %
Perte de l'usage des deux mains	100 %
Perte de l'usage d'une jambe	75 %

Les montants d'assurance en vertu de ces garanties sont réduits :

de 50 % lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes :

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

** Si applicable, la réduction est toujours basée sur la couverture précédente.*

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

ASSURANCE-MALADIE

Frais d'hospitalisation s.o.

Régime d'assurance-médicaments

Paiement direct avec carte d'assurance-médicaments : Plan AGMF
Quote-part : 20 % maximum 25 \$ par prescription

Montant maximum : 7 500 \$ par personne assurée
par année calendrier

Franchise 0 \$ Individuelle
0 \$ Familiale

Liste de médicaments Protégée Plus :

- 1) Tous les médicaments qui doivent, en vertu de la loi ou de la convention, être prescrits par un médecin ou un dentiste et qui sont inclus dans notre liste de médicaments. Notre liste des médicaments inclue la plupart des médicaments prescrits, à l'exclusion de certains médicaments de spécialité. Les médicaments de spécialité sont généralement des nouveaux types de médicaments qui engendrent des coûts annuels de traitement élevés et qui peuvent avoir un impact catastrophique sur la viabilité de votre régime d'assurance. Ce programme est spécialement conçu pour vous permettre de faire des économies substantielles en vous permettant à vous et vos collègues de faire un usage optimal de toutes les ressources disponibles. Selon les évaluations cliniques et les critères d'accès, les médicaments de spécialité pourront être disponibles lorsque que vous en aurez besoin soit par l'entremise du régime d'assurance médicaments de votre province, ou d'un des programmes d'accès spécial.
- 2) De plus, lorsque vous aurez besoin d'un médicament de spécialité, ce régime vous donne également un accès privilégié à notre Service de Navigation de Couverture, qui vous assistera, vous et votre médecin, afin d'identifier et vous inscrire auprès du meilleur programme d'accès aux médicaments requis.

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

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

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

Programme de médicaments spécialisés

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

Frais complémentaires

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

Franchise : 0 \$ Individuelle
0 \$ Familiale

Coassurance : 100 %

Services Paramédicaux

Les frais pour les radiographies paramédicales, si applicable, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

Praticiens	Co-ass.	Par visite	Maximum	Fréquence
Acupuncteur	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Chiropraticien	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Diététicien (ne)	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Naturopathe, Homéopathe	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Ergothérapeute	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Ostéopathe	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Podiatre, Podologue	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Psychologue	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier
Orthophoniste	100 %	0 \$	500 \$	Année calendrier

Autres Dépenses

Frais additionnels admissibles	Maximum	Fréquence
Prothèse mammaire	150 \$	24 mois consécutifs
Appareil auditif	500 \$	36 mois consécutifs
Tests en laboratoire et rayons-X	500 \$	12 mois consécutifs
Soins infirmiers	10 000 \$	Année calendrier
Chaussures et semelles orthopédiques	400 \$	12 mois consécutifs
Stérilet	400 \$	60 mois consécutifs

Soins de la vue

Coassurance : 100%

- frais d'**examen de la vue** par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, frais de **verres correcteurs et de montures de lunettes** ou frais de **lentilles cornéennes** lorsqu'ils sont achetés sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste ou **chirurgie au laser**, jusqu'à concurrence de 200 \$ par personne par 24 mois consécutifs.

Service de Deuxième Opinion médicale

Les services de Deuxième Opinion sont offerts à tous les employés couverts par le régime d'assurance maladie ainsi qu'à leurs personnes à charge.

Programme Santé et Mieux-Être

Le Programme Santé et Mieux-Être est offert à tous les employés couverts par le régime d'assurance maladie ainsi qu'à leurs personnes à charge.

Assurance voyage

Coassurance : 100%

2 000 000 \$CAN / personne assurée.

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

- a. au 85^e anniversaire de naissance de l'adhérent; **75 pour l'assurance voyage;**
- b. à la date de retraite de l'adhérent;
- c. à la date de cessation de l'assurance.

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 85^e anniversaire de naissance de la personne à charge, 75 pour l'assurance voyage, si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

Hôpital de convalescence

Les frais de chambre, pension et autres services nécessaires dans un hôpital de convalescence qui sont en surplus des frais pour salle commune, jusqu'à concurrence de 40 \$ par jour seront considérés frais admissibles. Cependant, l'assuré doit avoir été admis dans un hôpital de convalescence dans les 14 jours qui suivent une période où il a passé au moins cinq jours consécutifs comme patient alité dans un hôpital. Les frais seront seulement considérés admissibles lorsque le séjour en hôpital de convalescence aura été prescrit par le médecin traitant.

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

ASSURANCE DENTAIRE

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

Montant maximal des prestations par personne assurée :
Partie I par année calendrier 2 500 \$

*Limite d'un examen de rappel à tous les 12 mois.

*La fréquence du détartrage est payée sur base de 12 mois consécutifs.

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

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

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

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 85^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

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

ADMISSIBILITÉ

Admissibilité

Vous êtes admissible à l'assurance le jour où vous avez complété le délai d'admissibilité spécifié au sommaire des garanties du contrat, pourvu que vous soyez alors au travail actif à temps plein pour au moins 20 heures par semaine.

Admissibilité des personnes à charges

Enfants : un enfant célibataire âgé de plus de 24 heures, et de moins de 21 ans; âgé de 21 ans ou plus mais moins de 26 ans s'il est étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

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

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

Admissibilité des personnes à charges

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

Si vous désirez assurer vos personnes à charge, vous devez en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date où elles deviennent admissibles. Sinon, des preuves d'assurabilité seront exigées afin de déterminer si elles pourront bénéficier des garanties offertes par cette police.

Personne à charge

Les personnes suivantes sont reconnues comme vos personnes à charges :

- Conjoint :
- 1) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne considérée comme son conjoint:
 - a) soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce ou l'annulation du mariage, ou par la cessation de la cohabitation permanente avec l'employé depuis plus d'un an;
 - b) soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec celui-ci, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint; ou,
 - c) **Note : Pour les résidents du Québec**
personnes vivant maritalement, ayant eu un enfant ensemble, et qui ne se sont pas séparées depuis 90 jours en raison de l'échec de leur union.

Enfants : un enfant célibataire, pourvu qu'il rencontre les exigences d'admissibilité spécifié au sommaire des garanties.

quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer un travail rémunérateur.

Prise d'effet de l'assurance

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

- la date d'adhésion, si la demande d'assurance est reçue chez l'assureur dans les 31 jours suivant cette date; ou
- la date de réception chez l'assureur des preuves d'assurabilité requises par celui-ci, sous réserve de leur acceptation par l'assureur, si la demande d'assurance soumise est reçue chez l'assureur plus de 31 jours après la date d'admissibilité.

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

Cessation de l'assurance

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

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

Demande de règlement d'une réclamation

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

Administration par le preneur (Résidents d'Ontario seulement)

Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions.

Si vous aviez fait une désignation de bénéficiaire aux garanties offertes par votre assureur d'assurance collective précédent, cette désignation s'applique automatiquement en vertu du présent contrat, à moins de faire la demande de modifier celle-ci en soumettant un formulaire de changement de bénéficiaire.

ASSURANCE-VIE

Étendue

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

Exonération de la prime

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

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

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

Droit de conversion

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

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

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

Condition d'admission

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

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

Prise d'effet de l'assurance

L'assurance-vie facultative prendra effet à la date d'acceptation du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

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

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR SUITE D'UN ACCIDENT

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'un participant subit l'une des pertes décrites au sommaire des garanties, l'assureur paie une indemnité égale au pourcentage indiqué. La perte mentionnée doit résulter, directement et indépendamment de toute autre cause, de blessures corporelles dues exclusivement à des causes externes de nature violente et accidentelle. La perte doit survenir dans les 365 jours suivant l'accident.

Les garanties suivantes sont incluses :

- programme de réadaptation
- programme de formation professionnelle du conjoint
- rapatriement
- éducation
- transport familial
- modification de la résidence et d'un véhicule
- exposition et disparition

CARACTÉRISTIQUES

1. Montant payable en sus de montant d'assurance-vie de base
2. Garantie 24 heures par jour
3. Prestation maximale par accident : le capital assuré
4. Exonération du paiement des primes conformément à la garantie d'assurance-vie.

ASSURANCE-MALADIE

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

Frais complémentaires

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

- Les frais suivants rendus sur recommandation médicale :
 - les services professionnels d'une infirmière autorisée en dehors du milieu hospitalier;
 - examens de laboratoire pour fins de diagnostic;
 - transfusion de sang ou de plasma sanguin, coût d'oxygène, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration;
 - examens aux rayons X, sauf pour les dents.

- Les frais suivants supportés sur ordonnance médicale :
 - lorsque requis, frais de transport par ambulance, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, ainsi que le transport aérien lorsque la personne assurée ne peut être transportée autrement;
 - location ou, à la discrétion de l'assureur, l'achat d'une chaise roulante non motorisée (inclus les réparations), d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital (excluant le matelas) ou tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires;
 - location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareils orthopédiques ou d'équipement thérapeutique;
 - coûts d'appareil correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires ou achat d'orthèses et de supports plantaires;
 - achat de chaussures orthopédiques fabriquées spécialement pour la personne assurée dans un laboratoire spécialisé et reconnu par la Corporation professionnelle des médecins;
 - achat de yeux ou de membres artificiels, paiement initial seulement;
 - achat de prothèses mammaires externes, nécessité à la suite d'un mastectomie;
 - coûts pour les fournitures devenues nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie;
 - achat de plâtres, corsets orthopédiques, attelles, bandes herniaires, béquilles ou marchettes;
 - achat de bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles;
 - l'achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre;
 - vêtements de pression pour brûlures.

- Pourvu que cette garantie soit en vigueur au moment où les soins sont prodigués et sous réserve d'une évaluation préalable par l'assureur, les frais pour services professionnels rendus par un chirurgien dentiste pour réparer les dommages causés à des dents naturelles à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de ce contrat; ces services doivent être rendus dans les six mois suivant la date de l'accident.

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

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

- L'achat d'un appareil auditif.
- Les frais pour services paramédicaux.

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

- Les frais d'une chambre commune dans une région d'hospitalisation à l'extérieur du Canada, en cas d'urgence, à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie, en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance. Le remboursement sera effectué seulement si la durée prévue du séjour, à l'extérieur du Canada n'excède pas 90 jours consécutifs. (Seulement applicable si votre contrat d'assurance n'inclus pas l'assurance voyage.)
- Honoraires de médecins en cas d'urgence survenant alors que la personne est à l'extérieur de sa province de résidence, pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas 90 jours consécutifs. Les honoraires de médecins sont admissibles à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé pour tout régime gouvernemental.
- Les stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin. (au Québec les stérilets sont remboursables sous la section des médicaments).
- Prothèse capillaire (suite à un traitement de chimiothérapie).
- Soutien-gorge (suite à une mastectomie).
- Bas pour varices.

Frais pour les soins de la vue

L'assureur paie les frais suivants :

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

Prestations aux survivants

Si, au moment du décès de l'adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continue d'être en vigueur. Veuillez consulter votre administrateur de régime afin de confirmer la durée maximum de la période admissible.

Service de Deuxième Opinion Médicale

Tout employé¹ ou toute personne à charge bénéficiant de cette garantie d'assurance maladie a un droit d'accès aux services de Deuxième Opinion dès la date d'entrée en vigueur de cette police, pourvu que cet individu réponde aux critères d'admissibilité et que les services de Deuxième Opinion soient disponibles.

Deuxième opinion collabore avec un vaste réseau pancanadien de médecins spécialistes afin d'obtenir les meilleurs résultats pour le patient. Ce service bilingue permet d'obtenir un rapport d'opinion médicale et de bénéficier de services de coordination médicale*.

Les services de Deuxième Opinion permettent aux participants d'obtenir un rapport d'opinion médicale, pour l'une des conditions médicales graves couvertes par le régime, d'un spécialiste canadien ou un hôpital américain approprié. Le participant peut aussi obtenir les services de coordination médicale, y compris la négociation de rabais lorsque possible, pour obtenir des services médicaux aux États-Unis ou ailleurs dans le monde.

Notre équipe offre un soutien de premier plan, applique les meilleures pratiques médicales et collabore avec les intervenants médicaux du participant. Nous misons sur notre réseau canadien de médecins spécialistes afin d'obtenir les meilleures opinions liées au diagnostic et aux traitements médicaux. Lorsque la situation le nécessite, nous faisons appel à nos réseaux internationaux de fournisseurs de soins privilégiés, à notre réseau d'organismes d'assurance maladie (HMO) aux États-Unis et à leurs centres d'excellence.

- Aucune limite d'âge
- Le service est disponible du lundi au vendredi de 8 h à 23 h, heure normale de l'Est
- Service bilingue (anglais et français)
- Une grande variété de maladies et d'infections couvertes

Deuxième Opinion se charge :

1. De trouver des médecins spécialistes canadiens

Des ressources en ligne sont offertes et un spécialiste en information santé est disponible par téléphone pour aider à identifier les médecins spécialistes dans la région du participant qui conviennent le mieux pour son trouble médical.

2. De communiquer les options de traitement disponibles dans le système de soins de santé au Canada

Présenter les divers programmes et traitements disponibles dans la région du participant et pour ses conditions médicales spécifiques. Les conditions et risques associés aux diverses options de traitement sont expliqués, permettant au participant de prendre des décisions éclairées.

3. De fournir une deuxième opinion médicale

Un rapport de deuxième opinion médicale complet est fourni pour une condition médicale importante. Deuxième Opinion offre une étude approfondie du dossier médical du participant par des experts médicaux à travers le Canada. Ce rapport inclut :

- Un sommaire de l'historique clinique et des questions soulevées;
- Un sommaire des examens complétés;

- Une liste de recommandations, par exemple, options de traitement et autres examens nécessaires ou la confirmation que la situation médicale est gérée de manière optimale;
- Les ressources scientifiques appuyant l'opinion.

4. Du service de coordination médicale*

Les services de coordination médicale peuvent être fournis, à votre demande, lorsque vous désirez obtenir un traitement médical à l'extérieur de votre province de résidence. Deuxième Opinion peut :

- Organiser des rendez-vous médicaux
- Organiser le transport médical
- Fournir l'information sur les exigences d'entrée et de sortie (exemple : passeport ou visa)
- Coordonner l'achat des billets d'avion, de train, etc.
- Négocier les frais associés aux traitements
- Effectuer les réservations d'hôtel pour le patient et sa famille

** Tous les frais sont à la charge et l'unique responsabilité du patient.*

Accéder aux services de Deuxième Opinion

Pour accéder à ce service, le participant ou sa personne à charge doit communiquer avec Deuxième Opinion au 1-866-735-3169. Il suffit de fournir le numéro de police d'assurance collective et le numéro du certificat. L'équipe se chargera d'assigner un agent, qui prendra le dossier du participant ou de sa personne à charge en main.

¹Le générique masculin est utilisé sans discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Programme Santé et Mieux-Être

Ce programme comprend un service d'assistance téléphonique ainsi qu'un portail offrant des contenus et des outils efficaces validés par des médecins, des pharmaciens, des infirmiers ainsi que d'autres spécialistes du domaine de la santé.

Le Programme santé et mieux-être vous permet d'accéder aux ressources du système de santé et d'obtenir des informations utiles et fiables :

- Ressources en santé et mieux-être
- Guide de dépistage de santé
- Guide des soins de santé
- Annuaire des médecins
- Services de santé provinciaux
- Groupes de soutien communautaires
- et plus encore!

Vous pouvez consulter notre portail web <https://groupinsurancemembers.assumption.ca> en tout temps ou communiquer par téléphone avec un spécialiste en information santé du lundi au vendredi de 9 h à 24 h (HNA) au 1-866-735-3169.

Coordination des prestations

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

Limitations et exclusions

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

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

Assurance voyage

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

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

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

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

Assistance d'urgence

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

Assistance médicale

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

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

Assistance non-médicale

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

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

Coordination des prestations

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

Limitations

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

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

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

SOINS DENTAIRES

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

I Diagnostic

Les soins dentaires suivants sont couverts : les examens buccaux, la radiographie interproximale, une pellicule panoramique par période de 36 mois consécutifs.

Prévention

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

Chirurgie buccale

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

Restauration mineure

Les restaurations an amalgame.

Réparation des prothèses

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

Endodontie

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

Périodontie

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

Coordination des prestations

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

Limitations et exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les frais suivants :

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

Prestations aux survivants

Si, au moment du décès de l'adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continue d'être en vigueur. Veuillez consulter votre administrateur de régime afin de confirmer la durée maximum de la période admissible.