

Université de Moncton
Assurance santé et dentaire

No du contrat : **12037**

Révisé juin 2018

Cette brochure explicative a pour but de vous fournir les renseignements essentiels de votre régime d'assurance santé. 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 cette brochure répond à la majorité de vos questions. Toutefois, si des renseignements additionnels sont nécessaires, vous pouvez communiquer avec le Service des ressources humaines de votre campus.

L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent contrat, est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel, et vice versa.

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 , ensuite

Étape 1: Conditions générales

Lire et accepter, cliquez

Étape 2 : Profil bien-être (optionnel)

Choisir vos champs d'intérêts afin de remplir votre profil personnel bien-être, cliquez

Étape 3 : Profil d'utilisateur

Entrer vos informations personnels dans les champs obligatoires, cliquez

Étape 4 : Information sur le dépôt direct

Entrer votre information bancaire pour un remboursement rapide ! Cliquez

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

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

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

Comment faire une demande de réclamation

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

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

ASSURANCESANTÉ

Frais d'hospitalisation

Semi-privée

Régime d'assurance-médicaments

Paiement direct avec carte d'assurance-médicaments : Plan AGM

Coassurance : 20 % maximum 20 \$

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

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

Ajout du processus d'autorisation spéciale pour les médicaments onéreux.

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.

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.

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Frais complémentaires

Franchise : 0 \$ Individuelle
 0 \$ Familiale

Coassurance : 80%

Practiciens	Coass.	Max.	Fréquences
Chiropraticien	80 %	500 \$	Année Calendrier
Naturopathe/Homéopathe	80 %	500 \$	Année calendrier
Ergothérapeute	80 %	500 \$	Année calendrier
Podiatre	80 %	500 \$	Année calendrier
Ostéopathe	80 %	500 \$	Année calendrier
Orthophoniste	80 %	500 \$	Année calendrier
Psychologue	80 %	750 \$	Année calendrier
Acuponcteur	80 %	500 \$	Année calendrier
Diététiste sur ordonnance médicale	80 %	500 \$	Année calendrier
Massothérapeute sur ordonnance médicale	80 %	750 \$	Année calendrier
Physiothérapeute sur ordonnance médicale	80 %	500 \$	Année calendrier
Maximum global calendrier	100 %	1 500 \$	Année

Autres dépenses (sur ordonnance médicale)

Frais additionnels admissibles	Maximum	Fréquence
Soins infirmiers	10 000 \$	3 ans
Appareil auditif	500 \$	3 ans
Chaussures et semelles (orthèses) consécutifs	400 \$	12 mois

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Soins de la vue

- frais d'examen de la vue par un optométriste ou par un ophtalmologiste autorisé, et
- chirurgie des yeux au laser, 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.
- le tout jusqu'à concurrence de 250 \$ par 24 mois consécutifs pour adultes et par 12 mois consécutifs pour les enfants âgés de moins de 19 ans.

Assurance Voyage

2 000 000 \$ CAN / personne assurée.

Cette garantie d'assurance santé cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b. au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est à la retraite;
- c. à la date de cessation de l'assurance.

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.

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

ASSURANCE DENTAIRE

Franchise	Individuelle	0 \$
	Familiale	0 \$

Coassurance

Partie I	Garantie de base (Diagnostic, prévention, chirurgie buccale, restauration mineure, réparations des prothèses)	80 %
	Endodontie	80 %
	Périodontie	80 %

Les services de détartrages et d'aplanissement seront admissibles jusqu'à un maximum d'une heure et demi par période de 12 mois consécutifs.

Partie II	Restauration majeure	80 %
------------------	----------------------	------

Partie III	Prothèse	N/A
-------------------	----------	-----

Partie IV	Orthodontie (enfant de moins de 21 ans)	N/A
------------------	---	-----

Montant maximal des prestations par personne assurée :	
Parties I et II par année civile	1 000 \$

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

SOMMAIRE DES GARANTIES (suite)

Cette garantie d'assurance dentaire cesse à la première des éventualités suivantes :

- a. au 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b. au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est à la retraite;
- c. à la date de cessation de l'assurance.

Si un traitement pour soins dentaires de plus de 300 \$ est prévu, nous recommandons de remplir le formulaire de prestations décrivant le traitement proposé et nous le faire parvenir afin de vous confirmer le montant maximal des prestations.

ADMISSIBILITÉ

Postes permanents (réguliers temps plein) : Obligatoire, à moins d'être assuré sous un autre régime collectif d'assurance santé du conjoint.

Postes contractuels (temporaires temps plein et temporaires temps partiel*) : Obligatoire pour tout employé qui détient un contrat d'une durée prédéterminée de plus de six mois, à moins d'être assuré sous un autre régime collectif d'assurance santé du conjoint.

*Étant défini à 2/3 temps d'une semaine normale de travail.

Note : Lors d'un arrêt de travail d'une période de quatre mois et moins, dont la date de retour est connue par l'employeur, l'employé devra conserver ses bénéfices pendant l'arrêt de travail temporaire, tout en continuant à payer les primes applicables.

Emplois subventionnés par des Fonds de Recherche d'un professeur de l'Université de Moncton :

Il est à noter que pour les emplois financés par les budgets mentionnés ci-dessus de l'Université de Moncton, le régime est facultatif pour les employés et nécessite une preuve de santé médicale en tout temps.

L'employé doit être au travail actif avec un minimum de 2/3 temps d'une semaine normale de travail et avoir un contrat d'une durée prédéterminée de plus de six mois. Assomption Vie doit recevoir une confirmation du plan d'assurance-maladie de la province de résidence de l'employé.

ADMISSIBILITÉ (suite)

Admissibilité des personnes à charge

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

- un enfant célibataire 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.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Vous êtes admissibles 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 pour au moins le minimum d'heures requis indiqué au sommaire des garanties.

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

Admissibilité des personnes à charge

Vos personnes à charge seront admissibles à l'assurance à la même date que vous le devenez ou à la date à laquelle 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 à laquelle elles deviennent admissibles. Sinon, des preuves de santé médicale seront exigées afin de déterminer si elles pourront bénéficier des garanties offertes par cette police.

Personnes à charge

Les personnes suivantes sont reconnues comme étant une personne à charge :

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 l'employé, ce dernier ou cette dernière la présentant publiquement comme étant son conjoint; ou;

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Note : Pour les personnes résidentes du Québec

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

Enfants :

a) un enfant célibataire, pourvu qu'il rencontre les exigences d'admissibilités spécifiées au sommaire des garanties.

b) un enfant célibataire 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 de santé médicale 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 de santé médicale 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 du dernier élément des preuves de santé médicale requises par l'assureur.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

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 cessation 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;
- au 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent si activement au travail;
- au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent si l'adhérent est à la retraite;

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 aux réclamations peuvent être obtenus en communiquant avec le Service des ressources humaines de votre campus. Veuillez noter qu'il est essentiel de fournir à l'assureur les pièces justificatives originales tels les formulaires, factures et reçus nécessaires au traitement de votre réclamation. Les copies ne seront pas acceptées.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES (suite)

Droit de conversion

Lorsque l'emploi d'un adhérent du groupe prend fin ou si un adhérent n'est plus admissible à la catégorie d'employés bénéficiant de la protection, mettant un terme à la protection prévue dans la police, cette personne peut, dans les 31 jours qui suivent la date de résiliation des garanties collectives, demander que le régime de protection soit transformé en un régime individuel de protection santé offert aux particuliers par Assomption Vie à ce moment-là.

Ce droit s'étend aussi aux personnes à charge. Si la protection d'une personne à charge prend fin en raison d'un changement d'état civil ou du décès d'un adhérent, le conjoint et les enfants à charge peuvent demander, en dedans de 31 jours, que le régime soit converti en un régime individuel offert aux particuliers par Assomption Vie à ce moment-là.

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, sans le paiement des primes. Cependant, l'assurance cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date de cessation du contrat d'assurance; ou
- 24 mois après la date de décès de l'adhérent; ou
- la date de prise d'effet d'une assurance semblable auprès d'un assureur; ou
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être des personnes à charge admissibles pour quelque raison que ce soit, sauf le cas où il n'y a plus d'adhérent admissible.

ASSURANCESANTÉ

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

Frais d'hospitalisation

L'assureur paie les frais d'hospitalisation au Canada excédant les frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits.

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 :

- 1) Les frais suivants rendus sur recommandation médicale :
 - les services professionnels d'un infirmier autorisé en dehors du milieu hospitalier jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par période de trois ans;
 - examens de laboratoire pour fins de diagnostic, sauf pour les dents, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
 - transfusion de sang ou de plasma sanguin, coût d'oxygène, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration.

- 2) 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, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile;
 - réparation, location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'une chaise roulante non motorisée, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital ou tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires;

ASSURANCE SANTÉ (suite)

- location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'appareils orthopédiques ou d'équipement thérapeutiques;
- coûts d'appareils correctifs ajoutés à des chaussures ordinaires ou achat d'orthèses, de supports plantaires ou de chaussures orthopédiques fabriquées spécialement pour la personne assurée dans un laboratoire spécialisé et reconnu par la Corporation professionnelle des médecins, jusqu'à concurrence de 400 \$ pour ces services combinés par année;
- achat de yeux (incluant maintenant le nettoyage) ou de membres artificiels, paiement initial seulement;
- achat de prothèses mammaires externes, nécessaire à la suite d'une mastectomie, à concurrence de 150 \$ par personne assurée, par période de 24 mois consécutifs;
- coûts pour les fournitures devenues nécessaires à la suite d'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;
- achat d'un dextromètre ou d'un glucomètre, à concurrence de 200 \$ par personne assurée par période de 3 ans; et
- achat de vêtements de pression pour brûlures à concurrence de 500 \$ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.

3) 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 suivant la date de l'accident.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

Les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ 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 approuvés par l'Association des denturologues. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'adhérent.

4) L'achat d'un appareil auditif, prescrit par un audiologiste, à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par période de trois ans.

5) Les frais pour services paramédicaux :

Pourvu que ces services relèvent de spécialistes membres de corporations professionnelles et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum de 500 \$ par personne assurée avec un montant maximum global de 1 500 \$ par année calendrier. Le praticien ne doit pas résider à la maison de l'adhérent.

6) Les frais ordinaires, raisonnables et habituels d'une chambre commune dans la région de l'hospitalisation à l'extérieur du Canada, supportés en cas d'urgence, et ce, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par événement, en excès des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance.

Cependant, la personne assurée ne peut avoir droit à un remboursement que si la durée prévue de son séjour à l'extérieur du Canada n'excède pas six mois.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

Les frais ordinaires, raisonnables et habituels des traitements recommandés à l'étranger ou des services diagnostiques à l'étranger ou des consultations à l'étranger, à condition que ces traitements, services diagnostiques ou consultations soient nécessaires du point de vue médical, ne soient pas disponibles au Canada et soient dispensés par :

- a. un médecin;
- b. un anesthésiste;
- c. un radiologiste ou un laboratoire diagnostique; ou
- d. un hôpital.

Toutefois, les frais de traitements ou de consultations ou de services diagnostiques sont remboursables sous réserve d'un montant maximal de 5 000 \$ à vie par personne assurée.

Le traitement ou service diagnostique doit de plus remplir les conditions suivantes :

- a. être recommandé par deux médecins canadiens spécialisés dans le domaine de l'affection dont souffre l'assuré;
- b. recevoir l'approbation préalable par écrit de l'assureur après étude d'un rapport du médecin; et
- c. être couvert partiellement par le régime provincial d'assurance-maladie de l'assuré.

- 7) Les 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 six mois consécutifs. Les honoraires de médecins sont admissibles à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé par le régime gouvernemental. Ces frais sont limités à un maximum de 5 000 \$ par personne assurée par accident ou maladie.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

- 8) L'achat de stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, est couvert à 80 % par 60 mois consécutifs.
- 9) L'achat d'une prothèse capillaire (suite à un traitement de chimiothérapie et sur ordonnance médicale), jusqu'à concurrence de 400 \$.
- 10) L'achat d'un soutien-gorge (suite à une mastectomie et sur ordonnance médicale), limite de deux unités par année.
- 11) L'achat de bas pour varices et phlébites (sur ordonnance médicale), jusqu'à concurrence de deux paires par année.

Frais pour les soins de la vue

L'assureur paie les frais suivants :

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

ASSURANCE SANTÉ (suite)

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.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

Service de Deuxième Opinion Médicale

Tout employé 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.

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

ASSURANCE SANTÉ (suite)

- 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.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

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 1-866-785-3169. 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.

ASSURANCE VOYAGE

Cette garantie rembourse les frais d'hospitalisation pour une chambre à deux lits, et certains frais médicaux qui surviennent dans des cas d'urgence lorsque la personne assurée est à l'extérieur du Canada pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas six mois consécutifs. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé par tout régime gouvernemental.

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

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

- service de consultation externe;
- frais d'examens de laboratoire et de rayon X;
- services infirmiers jusqu'à concurrence de 3 000 \$;
- frais pour services dentaires jusqu'à concurrence de 1 000 \$ nécessaires à la suite d'un accident;
- 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 par un dentiste, en quantité suffisante pour le voyage seulement;
- 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 \$.

ASSURANCE VOYAGE (suite)

Assistance d'urgence

Un service téléphonique de 24 heures est disponible pour assister les personnes assurées 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'une personne assurée. La compagnie d'assistance prendra les mesures nécessaires pour rembourser ou coordonner le paiement de ces frais pour la personne assurée.

Assistance médicale

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

- recommander un médecin qualifié;
- suivre la condition médicale de la personne assurée et communiquer avec la personne assurée et sa famille;
- retourner la personne assurée chez-elle ou la transférer lorsque cela sera médicalement possible;
- transporter un membre de la famille au chevet de la personne assurée, ou pour confirmer l'identité de la personne assurée décédée.

Assistance non-médicale

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

- assistance dans une des deux langues officielles;
- assistance pour contacter la famille ou endroit de travail de la personne assurée;
- référence à un conseiller juridique.

ASSURANCE VOYAGE (suite)

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 engagés pour examens ou traitements médicaux pour des fins autres que curatives;
- frais liés (incluant médicaments) à une intervention chirurgicale ou un traitement qui, de l'opinion de l'assureur, est de nature expérimentale;
- frais engagés 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;

ASSURANCE VOYAGE (suite)

- frais encourus à la suite de :
blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non; ou par la commission d'un acte criminel par la personne assurée;
- blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
- les frais payables par la garantie d'assurance voyage peuvent être réduits si un patient hospitalisé à l'étranger ne communique pas aussitôt que possible avec la compagnie d'assistance identifiée sur la carte d'assurance voyage;
- frais encourus à l'extérieur du Canada alors que la condition médicale de la personne assurée permet le rapatriement, ce que l'assureur a exigé à ses frais, mais que la personne assurée a refusé;
- aucune personne assurée voyageant à l'extérieur de sa province de résidence, principalement pour consultations ou traitements, n'aura droit aux prestations précitées, 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 peut raisonnablement être remis jusqu'au retour dans la province de résidence. Seuls les frais qui résultent d'une maladie soudaine ou d'un accident sont admissibles. Les frais pour traiter des conditions médicales qui existaient avant le départ en voyage ne seront admissibles que si la condition était stable au moment du départ et qu'aucune attention médicale n'était prévue pour la durée du voyage;
- frais pour pompes à perfusion d'insuline;
- frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

Lorsque la personne assurée 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.

SOINSDENTAIRES

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

I **Diagnostic**

Les soins dentaires suivants sont couverts : les examens buccaux, la radiographie interproximale, une série de radiographies impliquant toute la bouche, par période de 24 mois consécutifs. Ceci comprend un examen de rappel ou périodique par période de six mois.

Prévention

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

Chirurgie buccale

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

Restauration mineure

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

Réparation des prothèses

Le regarnissage, le rebasage 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.

SOINS DENTAIRES (suite)

II Restauration majeure

Cela comprend : les couronnes et les incrustations.

Si un traitement pour soins dentaires de plus de 300 \$ est prévu, nous recommandons de remplir le formulaire de prestations décrivant le traitement proposé et nous le faire parvenir afin de vous confirmer le montant maximal des prestations.

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 engagés pour des fins autres que curatives ou à des fins esthétiques;
- les frais engagés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale;
- les frais de remplacement de prothèses perdues, égarées ou volées;
- les frais engagés pour les rendez-vous manqués ou pour les formulaires;
- les frais engagés 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;

SOINS DENTAIRES (suite)

- 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 liés à une malformation congénitale ou évolutive;
- les frais pour soins dentaires pour la reconstruction de la bouche au complet, pour la correction de la dimension verticale ou pour la correction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- les frais liés à des traitements d'orthodontie, y compris la correction d'une malocclusion;
- les frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

RÉGIME DE MÉDICAMENTS – (ordonnance) – Générique Obligatoire

Plan administré par Sécurindemnité (paiement direct)

Sécurindemnité est une compagnie canadienne qui administre les régimes de médicaments à paiement direct.

Sécurindemnité paie, après considération du déductible et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

- tous les médicaments qui doivent, en vertu de la loi ou de la convention, être prescrits par un médecin ou par un dentiste;
- le matériel utilisé par les diabétiques (i.e. les aiguilles, les seringues et les épreuves diagnostiques) sauf les tampons et l'alcool à friction;
- toutes les solutions injectables, y compris les sérums, les vaccins et les vitamines injectables; et
- les médicaments extemporanés préparés par un pharmacien.

Seul le prix d'un médicament générique sera pris en considération lorsque le prix du médicament de marque est plus élevé que celui du médicament générique, à moins d'une prescription d'un médecin obligeant la personne assurée à se procurer le médicament de marque.

Exclusions

- tout médicament ou drogue qui peut être acheté sans prescription;
- les médicaments en vente libre, peu importe s'ils sont obtenus par prescription ou non.

Ce régime exclut aussi :

- les vitamines (sauf les vitamines injectables);
- les spécialités pharmaceutiques et les produits pharmaceutiques généraux;
- le matériel chirurgical et le matériel de premiers soins;
- les atomiseurs, les vaporisateurs;
- les succédanés de sel et de sucre;
- les préparations pour nourrissons, les aliments et les aides diététiques;
- les produits pour les verres de contact;
- les aides diagnostics et les épreuves de laboratoire;
- les contraceptifs autres que les contraceptifs oraux;
- les pastilles, le rince-bouche, les pâtes dentifrices et les produits de beauté;
- les shampoings non médicamenteux, les lotions nettoyantes, les lotions protectrices, les émoullients et les savons;
- les stéroïdes anabolisants, les médicaments de fertilité et tous les auxiliaires anti-tabagiques (nicorette, etc.);
- tous les médicaments assurés en vertu d'un régime gouvernemental;
- tous les médicaments pour dysfonctions érectiles; et
- tous les médicaments anti-obésité.