



Brochure de votre régime d'assurance collective

GROUPE 96774

À l'intention des membres du personnel de soutien de l'Université de Montréal
Membres des syndicats SCFP – Sections locales 1244, 1186, 4338

Nous sommes heureux de vous compter parmi notre clientèle.

L'**Université de Montréal** et votre **Syndicat** vous offrent, par l'entremise de **CROIX BLEUE MEDAVIE**, une sécurité médicale et financière par le biais de cette assurance collective.

Votre brochure et votre carte d'assurance contiennent des renseignements importants.

Veuillez les conserver dans un endroit sûr.



À noter :

La forme masculine, utilisée dans le texte de la brochure pour plus de commodité, désigne tant les femmes que les hommes.

POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATION, L'ASSURÉ PEUT S'ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE L'ASSUREUR EN TÉLÉPHONANT AU 514-286-8430 ou 1-888-588-1212.

Entrée en vigueur le 1^{er} juin 2000
(Date d'effet mise à jour: 1^{er} juin 2021)

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES.....	1
<u>DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</u>	3
DÉFINITIONS.....	3
PARTICIPATION.....	6
COUVERTURE DES MÉDICAMENTS - CHOIX D'ADHÉSION POUR LES ASSURÉS DE 65 ANS ET PLUS.....	8
ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE.....	8
DÉBUT DE LA PROTECTION.....	9
PROLONGATION DE LA COUVERTURE.....	12
CHOIX DE PROLONGATION.....	14
FIN DE L'ASSURANCE.....	14
COORDINATION DES PRESTATIONS.....	15
LIMITATION DES PRESTATIONS.....	16
DROIT DE TRANSFORMATION.....	16
DEMANDES DE RÈGLEMENT.....	16
<u>GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE.....</u>	17
OBJET DE LA GARANTIE.....	17
PARTIE 1 - GARANTIES D'ASSURANCE SANTÉ.....	18
PARTIE 2 - ASSURANCE VOYAGE.....	25
DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES (applicables aux deux sections).....	26
ASSURANCE MÉDICO-HOSPITALIÈRE.....	27
ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE.....	31
EXCLUSIONS.....	34
<u>GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES.....</u>	37
OBJET DE LA GARANTIE.....	37
FRAIS ADMISSIBLES.....	37
MODALITÉS DE RÈGLEMENT.....	37
ÉVALUATION PRÉALABLE.....	38
LIMITATION DES PRESTATIONS.....	38
SERVICES ADMISSIBLES.....	38
EXCLUSIONS.....	21
<u>COMMENT EFFECTUER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT.....</u>	40
<u>AVIS IMPORTANT.....</u>	44

SOMMAIRE DES GARANTIES

Évaluation préalable disponible pour toute demande de règlement de 500 \$ et plus. Nous vous suggérons de communiquer avec Croix Bleue Medavie.

Assurance accident/maladie*

GARANTIES D'ASSURANCE SANTÉ

A - FRAIS D'HOSPITALISATION	100 %, sans franchise
Frais d'hospitalisation (soins actifs)	Chambre semi-privée, sans limite quant à la durée de l'hospitalisation
Frais de séjour pour convalescence	Chambre semi-privée, 180 jours par période d'invalidité
B- FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX	Franchise annuelle de 50 \$ par adhérent, maximum de 100 \$ par famille
Médicaments	80 % des frais admissibles jusqu'à l'atteinte du déboursé maximal. Par la suite les frais seront remboursés à 100%
Autres frais médicaux et paramédicaux	80 % des frais admissibles
Professionnels de la santé :	
<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue, travailleur social, psychothérapeute et psychoéducateur 	80 %, maximum de 1 300 \$ pour l'ensemble de ces services, par année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuncteur, audiologiste, chiropraticien, diététiste, ergothérapeute, naturopathe, orthopédaogogue, orthophoniste, ostéopathe et podiatre ou podologue 	Maximum combiné de 500 \$ par assuré, par année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Radiographies (chiropraticien) 	30 \$ par radiographie, maximum de 4 radiographies par année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Physiothérapeute, technicien en réadaptation physique (supervisé par un physiatre), thérapeute du sport ou kinésiologue 	80 %, maximum combiné de 1 000 \$ par assuré, par année civile
Vaccins préventifs	Maximum de 750 \$ par année civile Obtenus sur ordonnance d'un médecin
Produits injectables pour varices	50 \$ par visite (maximum d'une visite par jour) et maximum de 500 \$ par année civile
Soins infirmiers	10 000 \$ par période d'invalidité
Stérilet	1 par 24 mois
Réflexomètre ou glucomètre	250 \$ par 60 mois
Bas de soutien	100 \$ par 12 mois
Orthèses podiatriques	200 \$ par année civile
Chaussures orthopédiques (faites sur mesure par un laboratoire spécialisé)	2 paires par année civile et 250 \$ par paire. Les premiers 100 \$ sont à la charge de l'assuré, remboursement maximum de 320 \$ par année civile
Appareil auditif	600 \$ par 36 mois
Prothèses capillaires (suite à une chimiothérapie)	Remboursement maximum de 250 \$ à vie
Transport par ambulance en cas d'urgence	Sous réserve d'une attestation médicale
Frais engagés auprès d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste pour un examen de la vue	50 \$ par période de 24 mois consécutifs (12 mois pour les assurés de moins de 21 ans)

* Voir le texte de la brochure pour une description complète des modalités de la garantie

Frais pour :

- l'achat de Bi-PAP ou CPAP
- la location de Bi-PAP ou CPAP
- l'achat d'humidificateur pour Bi-PAP ou CPAP,
- la location d'humidificateur pour Bi-PAP ou CPAP,
- l'achat de masque pour Bi-PAP ou CPAP
- l'achat d'accessoires pour Bi-PAP ou CPAP

Le remboursement des frais se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
jusqu'à concurrence de 1 par mois;
jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
jusqu'à concurrence de 1 par mois;
jusqu'à concurrence de 2 par année civile

ASSURANCE VOYAGE

Frais engagés à la suite d'une situation d'urgence à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré (avec autorisation préalable de l'assureur)

Sans franchise
Remboursement à 100 %
Remboursement maximum de 1 000 000 \$ par assuré par évènement

Assurance annulation et interruption de voyage

Remboursement maximum de 3 000 \$ par sinistre, par assuré

Assurance soins dentaires

(le retraité et ses personnes à charge ne sont pas admissibles à cette garantie)

Franchise

25 \$ par adhérent, maximum de 50 \$ par famille, par année civile

Pourcentage de remboursement

- Diagnostic et prévention 100 %
- Restauration mineure, endodontie, parodontie 80 %
- Restauration majeure, incluant les prothèses 50 %

Maximum global

Remboursement maximum de 1 500 \$ par année civile

Sauf si autrement mentionné, les montants indiqués dans le présent Sommaire sont des maximums de frais admissibles et sont applicables à chacun des assurés d'une même famille.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Adhérent

Un **employé** ou un **retraité** de l'Université de Montréal, assuré en vertu du Régime.

Adhérent marié

Un adhérent est réputé marié à une date donnée s'il a un conjoint à cette date.

Assuré

L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admissibles.

Employé

Une personne salariée régulière ou en période de probation, qui occupe un poste à temps complet, à temps partiel ou à caractère saisonnier ou cyclique, et qui est membre du personnel de soutien syndiqué, à l'exclusion de toute personne salariée spécifiquement exclue des régimes d'assurance collective par la convention de travail qui lui est applicable.

Personnes à charge

Le conjoint de l'adhérent et ses enfants à charge admissibles.

i. conjoint

personne légalement mariée à un adhérent ou la personne désignée par l'adhérent comme son conjoint et avec qui il cohabite en permanence depuis au moins **un an** sans avoir été séparé de fait depuis plus de **trois** mois consécutifs, la période de cohabitation d'**un an** n'étant pas applicable si un enfant est issu de l'union. Le conjoint est celui désigné sur la demande d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être assurée en tant que conjoint de l'adhérent.

ii. enfant à charge

tout enfant de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent, qui n'a pas de conjoint, qui dépend pour son soutien financier de l'adhérent ou de son conjoint, et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- est âgé de moins de 21 ans;
- est âgé de moins de 26 ans et fréquente à plein temps, à titre d'étudiant dûment inscrit, une école secondaire, un collège ou une université;
- est domicilié chez l'adhérent et est devenu invalide de façon totale et permanente alors qu'il était considéré comme une personne à charge tel que stipulé ci-dessus.

Invalidité totale

L'état d'incapacité résultant d'une maladie ou d'une blessure accidentelle qui fait l'objet d'un congé autorisé pour invalidité aux termes de la convention collective applicable à l'employé.

Hôpital

Toute institution publique reconnue comme centre hospitalier au sens de la législation sur les services de santé et des services sociaux applicable dans la province de résidence de l'assuré, exception faite des centres d'hébergement et des centres de réadaptation ou de toute partie d'un centre hospitalier prodiguant de tels soins ou services.

Centre hospitalier de soins de longue durée

Toute institution publique reconnue comme centre hospitalier de soins de longue durée au sens de la législation applicable dans la province de résidence de l'assuré, ou toute partie d'hôpital prodiguant de tels soins.

Institution pour convalescence

Tout hôpital ou partie d'hôpital prodiguant des soins de convalescence.

Demande d'adhésion

Une demande de protection aux termes du Régime, que ce soit à titre d'employé ou de retraité ou à l'égard des personnes à charge de l'employé ou du retraité. Pour être considérée, cette demande doit être faite au moyen du formulaire d'adhésion adopté par le titulaire aux fins du Régime, ce formulaire devant être dûment rempli et, le cas échéant, assorti de toute pièce justificative exigible, eu égard à la situation en cause.

Cessation involontaire de la protection

Une cessation de protection aux termes d'une garantie qui résulte essentiellement d'une situation indépendante de la volonté de l'adhérent. La cessation d'emploi de l'adhérent, de son admissibilité ou de celle d'une personne à charge, de même que la résiliation du contrat ou d'une garantie sont considérées comme entraînant une cessation involontaire de la protection d'un assuré. D'autres situations peuvent également se qualifier au titre de cessation involontaire, sous réserve de l'approbation du titulaire et de l'assureur.

Pénalité pour adhésion tardive

La pénalité pour adhésion tardive mentionnée ci-après s'applique dans les cas suivants :

- à l'égard de l'adhérent et/ou de ses personnes à charge : lorsque la cessation de la couverture ayant donné lieu à l'exemption n'est pas involontaire;
- à l'égard de l'adhérent et/ou de ses personnes à charge : lorsque l'employé ou le retraité auparavant exempté remet sa demande d'adhésion à l'employeur plus de 31 jours après la date de cessation de la couverture similaire;
- à l'égard des personnes à charge : lorsque la demande à l'effet de couvrir une personne à charge parvient à l'employeur plus de 31 jours après la date d'admissibilité de l'employé ou du retraité à la couverture de cette personne à charge.

Dans le cas où une personne est soumise à la pénalité pour adhésion tardive, elle deviendra assurée pour les médicaments, les frais d'hospitalisation et l'assurance voyage à la date de réception chez l'employeur de la demande d'adhésion à son égard, mais ses prestations à l'égard des autres protections de l'assurance accident/maladie seront limitées à un maximum de 200 \$ au cours des douze premiers mois de sa couverture, alors que ses prestations en regard de la garantie d'assurance soins dentaires, dans le cas d'un employé ou de l'une de ses personnes à charge, seront limitées à un remboursement maximum de 200 \$ au cours des douze premiers mois de sa couverture.

Retraité

-
- Un employé qui, immédiatement après la cessation de son emploi auprès de l'employeur le 1er juin 2000 ou après cette date, bénéficie d'une rente immédiate en vertu du Régime de retraite de l'Université de Montréal (ou qui en bénéficierait s'il avait été membre dudit régime à la date de sa cessation d'emploi) et est âgé de moins de 65 ans ou;
- tout retraité âgé de moins de 65 ans répondant aux critères suivants :
 - au 31 mai 2000, il était assuré ou exempté en vertu du contrat no 96775 souscrit par l'Université de Montréal auprès de l'assureur et
 - avant la retraite répondait à la définition d'employé du contrat.

PARTICIPATION

1. Employé

a) Règle générale

Sauf s'il est visé par l'exemption décrite ci-dessous, tout employé est tenu d'adhérer aux deux garanties prévues par le Régime dès qu'il y est admissible.

b) Droit d'exemption

Sur demande de l'employé et sous réserve du délai de préavis et des pièces justificatives exigées par l'employeur, un employé couvert à titre de conjoint aux termes de la Garantie d'assurance accident/maladie et/ou de la garantie d'assurance soins dentaires du présent Régime ou d'une garantie équivalente d'un autre régime est exempté de l'obligation d'adhérer à la garantie correspondante du présent Régime pendant qu'il demeure ainsi couvert à titre de conjoint par le Régime ou par cet autre régime. Le cas échéant, lorsque la couverture de l'employé cesse involontairement aux termes du régime de son conjoint, il est tenu de remettre à l'employeur une demande d'adhésion au Régime dans les 31 jours de la date de cessation.

Si la cessation de la couverture ayant donné lieu à l'exemption n'est pas involontaire, ou si l'employé auparavant exempté remet sa demande d'adhésion après l'échéance du délai précité de 31 jours, il sera assujéti à la **pénalité pour adhésion tardive**.

2. Retraité

a) Règle générale

Sauf s'il est visé par l'exemption décrite ci-dessous, tout retraité est tenu de conserver la Garantie d'assurance accident/maladie. **Il n'est cependant pas admissible à la GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES.**

Sous réserve de l'application du droit d'exemption prévu ci-après, un retraité ne peut cesser de participer au Régime tant qu'il n'a pas atteint l'âge de 65 ans.

b) Droit d'exemption

Sur demande du retraité et sous réserve du délai de préavis et des pièces justificatives exigées par l'employeur, un retraité couvert à titre de conjoint aux termes de la garantie d'assurance accident/maladie du présent Régime ou d'une garantie équivalente d'un autre régime est exempté de l'obligation d'adhérer au présent Régime pendant qu'il demeure ainsi couvert à titre de conjoint par le Régime ou par cet autre régime. Le cas échéant, lorsque la couverture du retraité cesse involontairement aux termes du régime de son conjoint, il est tenu de remettre à l'employeur une demande d'adhésion au Régime dans les 31 jours de la date de cessation.

Si la cessation de la couverture ayant donné lieu à l'exemption n'est pas involontaire, ou si le retraité auparavant exempté remet sa demande d'adhésion après l'échéance du délai précité de 31 jours, il sera assujetti à la **pénalité pour adhésion tardive**.

3. Personnes à charge de l'employé

a) Règle générale

Sauf si exigé par la Loi sur l'assurance médicaments, la couverture des personnes à charge est facultative. Elle est disponible sans pénalité de prestations, en autant que l'employé remette sa demande de couverture à leur égard dans les 31 jours de leur date d'admissibilité.

b) Participation tardive

Si un employé choisit de ne pas demander la couverture des personnes à charge, aux termes de l'une et/ou de l'autre des deux garanties du présent Régime, au cours du délai de 31 jours mentionné au paragraphe apparaissant ci-dessus, il peut bénéficier d'une protection à leur égard à une date ultérieure, aux conditions suivantes :

- i. sans pénalité pour adhésion tardive, pourvu qu'il remette à l'employeur sa demande à leur égard dans les 31 jours de la date à laquelle une protection équivalente prend fin involontairement pour ses personnes à charge aux termes du présent Régime ou d'un autre régime.
- ii. sinon, les personnes à charge deviennent assurées à la date de réception de la demande d'adhésion chez l'employeur, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

4. Personnes à charge du retraité

a) Règle générale

Les personnes à charge du retraité sont admissibles à la Garantie d'assurance accident/maladie. Elles ne sont pas admissibles à la Garantie d'assurance soins dentaires.

Sauf si exigé par la Loi sur l'assurance médicaments, la couverture des personnes à charge est facultative. Elle est disponible sans pénalité de prestations, en autant que le retraité remette sa demande de couverture à leur égard dans les 31 jours de leur date d'admissibilité.

b) Participation tardive

Si un retraité choisit de ne pas demander la couverture des personnes à charge au cours du délai de 31 jours mentionné au paragraphe apparaissant ci-dessus, il peut bénéficier d'une protection à leur égard à une date ultérieure, aux conditions suivantes :

- i. sans pénalité pour adhésion tardive, pourvu qu'il remette à l'employeur sa demande à leur égard dans les 31 jours de la date à laquelle une protection équivalente prend fin involontairement pour ses personnes à charge, aux termes du présent Régime ou d'un autre régime
- ii. sinon, les personnes à charge deviennent assurées à la date de réception de la demande d'adhésion chez l'employeur, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

COUVERTURE DES MÉDICAMENTS - CHOIX D'ADHÉSION POUR LES ASSURÉS DE 65 ANS ET PLUS

En ce qui a trait à la couverture des médicaments, l'employé de 65 ans ou plus, ou le conjoint de 65 ans ou plus d'un employé ou d'un retraité, peuvent choisir d'adhérer au Régime général d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ou de demeurer assuré en vertu du présent contrat collectif. En vertu des dispositions du Régime général d'assurance-médicaments, les personnes à charge de moins de 65 ans doivent également s'inscrire au Régime général à compter de la date où l'employé s'inscrit à ce Régime.

- 1) Si un tel assuré adhère au Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ, son choix est irrévocable.

Un tel assuré se fait toutefois rembourser la différence entre les montants payables en vertu du présent Régime et les montants assumés par la RAMQ.
- 2) Si un tel assuré décide de conserver l'entière couverture des médicaments auprès de l'assureur, il est tenu de payer la **surprime** applicable, telle que fixée par l'assureur.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

1. Employé

Un employé est admissible aux garanties prévues à son égard par le Régime à partir de la date de mise en vigueur du Régime s'il est assuré en vertu du contrat antérieur à cette date (qu'il soit alors effectivement au travail ou non), sinon à partir de la date ultérieure à laquelle il est pour la première fois effectivement au travail à titre d'employé.

2. Personnes à charge de l'employé

L'employé devient admissible à la couverture des personnes à charge à la date qui survient la dernière parmi les suivantes :

- la date à laquelle l'employé devient lui-même admissible à l'assurance;
- la date à laquelle ses personnes à charge répondent aux critères de la définition de « personnes à charge » contenue dans le présent chapitre.

3. Retraité

Un retraité est admissible à la garantie d'assurance-accident/maladie dès qu'il répond aux critères prévus dans la définition de retraité contenue dans le présent chapitre.

Le retraité n'est pas admissible à l'assurance soins dentaires.

4. Personnes à charge du retraité

Un retraité est admissible à la Garantie d'assurance accident/maladie prévue par le Régime à l'égard de ses personnes à charge aux conditions mentionnées ci-après :

- i) dans le cas du retraité admissible qui a des personnes à charge à sa date de retraite :
 - à sa date de retraite si, immédiatement avant qu'il se qualifie à titre de retraité, il bénéficiait à leur égard de cette garantie;
- ii) dans le cas du retraité admissible qui n'a pas de personnes à charge à sa date de retraite :
 - à la date ultérieure à laquelle il acquiert des personnes à charge répondant aux critères de la définition de personnes à charge contenue dans le présent chapitre.

Le retraité n'est pas admissible à l'assurance soins dentaires pour ses personnes à charge.

DÉBUT DE LA PROTECTION

1. Employé

a) Règle générale

La protection d'un employé aux termes des deux garanties du Régime prend effet à la date de son admissibilité.

b) Droit d'exemption

Un employé marié qui, relativement à l'une ou l'autre des deux garanties du Régime, s'est prévalu d'une demande d'exemption ne devient assuré qu'à l'une des dates suivantes :

- i. la date de cessation involontaire de sa couverture aux termes du régime de son conjoint si une demande d'adhésion est reçue par l'employeur avant cette date;
- ii. la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion si cette demande est reçue dans les 31 jours suivant la date de cessation involontaire;
- iii. dans les autres cas, la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

2. Personnes à charge d'un employé

a) Règle générale

La protection d'une personne à charge aux termes de l'une ou l'autre des deux garanties du Régime prend effet à l'une des dates suivantes :

- i. la date d'admissibilité de l'employé à la couverture des personnes à charge si une demande à cet effet est reçue avant cette date;
- ii. la date à laquelle l'employeur reçoit cette demande, si cette demande est reçue dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité de l'employé à la couverture des personnes à charge;
- iii. lorsque la demande est reçue par l'employeur après l'échéance du délai précité de 31 jours : la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

b) Exemption

Lorsque la protection d'une personne à charge d'un employé, auparavant couverte en vertu d'une garantie équivalente d'un autre régime ou à titre d'adhérent au présent Régime, cesse de façon involontaire, la couverture de cette personne à charge prend effet à l'une des dates suivantes :

- i. à la date de cessation de la protection équivalente si une demande d'adhésion à son égard est reçue par l'employeur avant cette date;
- ii. à la date à laquelle l'employeur reçoit cette demande, si elle est reçue dans les 31 jours suivant la date de cessation;
- iii. lorsque la demande est reçue par l'employeur après l'échéance du délai précité de 31 jours : la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

La couverture d'une personne à charge ne peut en aucun cas prendre effet avant la date à laquelle l'employé devient lui-même couvert en vertu du présent Régime. La couverture des personnes à charge entraîne la couverture de toute personne à charge admissible à la date de prise d'effet de la protection des personnes à charge et celle de toute personne qui répond à la définition de personne à charge après cette date.

3. Retraité

a) Règle générale

La protection d'un retraité prend effet à la date de son admissibilité.

b) Droit d'exemption

Un retraité marié qui, relativement à la Garantie d'assurance accident/maladie du Régime, s'est prévalu d'une demande d'exemption ne devient assuré qu'à l'une des dates suivantes :

- i. la date de cessation involontaire de sa couverture aux termes du régime de son conjoint si une demande d'adhésion est reçue par l'employeur avant cette date;
- ii. la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion si cette demande est reçue dans les 31 jours suivant la date de cessation involontaire;
- iii. dans les autres cas, la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

4. Personnes à charge d'un retraité

a) Règle générale

La protection d'une personne à charge aux termes de la Garantie d'assurance accident/maladie du Régime prend effet à l'une des dates suivantes :

- i. la date d'admissibilité du retraité à la couverture des personnes à charge si une demande à cet effet est reçue avant cette date;
- ii. la date à laquelle l'employeur reçoit cette demande, si cette demande est reçue dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité du retraité à la couverture des personnes à charge;
- iii. lorsque la demande est reçue par l'employeur après l'échéance du délai précité de 31 jours : la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

b) Exemption

Lorsque la protection d'une personne à charge d'un retraité, auparavant couverte en vertu d'une garantie équivalente d'un autre régime ou à titre d'adhérent au présent Régime, cesse de façon involontaire, la couverture de cette personne à charge prend effet à l'une des dates suivantes :

- i. à la date de cessation de la protection équivalente si une demande d'adhésion à son égard est reçue par l'employeur avant cette date;
- ii. à la date à laquelle l'employeur reçoit cette demande, si elle est reçue dans les 31 jours suivant la date de cessation;
- iii. lorsque la demande est reçue par l'employeur après l'échéance du délai précité de 31 jours : la date à laquelle l'employeur reçoit sa demande d'adhésion, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

La couverture d'une personne à charge ne peut en aucun cas prendre effet avant la date à laquelle le retraité devient lui-même couvert en vertu du présent Régime. La couverture des personnes à charge entraîne la couverture de toute personne à charge admissible à la date de prise d'effet de la protection des personnes à charge et celle de toute personne qui répond à la définition de personne à charge après cette date.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE

I. Congé avec traitement (incluant le congé de maternité ou d'adoption)

La couverture est prolongée pendant toute la durée du congé, sous réserve du versement des primes à l'assureur.

II. Absence en raison d'invalidité totale (applicable aux employés assurés en vertu du régime d'assurance salaire de longue durée souscrit par l'employeur)

Pendant le délai de carence de ce régime

La couverture est maintenue jusqu'à la fin du délai de carence défini ci-dessous, sous réserve du versement des primes à l'assureur et sans dépasser le dernier jour du mois durant lequel survient le 65e anniversaire de naissance de l'employé invalide. Le premier jour du mois qui suit le mois durant lequel survient le 65e anniversaire de naissance de l'employé invalide, il devient admissible à l'assurance en vertu du contrat 96775 liant l'Université de Montréal et l'assureur.

Le délai de carence est de 17 semaines (52 semaines s'il s'agit d'une invalidité ouvrant droit à des prestations équivalentes aux termes de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles).

– **Après ce délai de carence**

- si l'employé invalide est admissible aux prestations du régime d'assurance salaire mentionné ci-dessus, sa couverture est prolongée automatiquement, avec **exonération des primes** à compter de la date d'échéance du délai de carence.
- si l'employé invalide n'est pas admissible aux prestations du régime d'assurance salaire, la Garantie d'assurance accident/maladie doit demeurer en vigueur alors que la garantie d'assurance dentaire peut être abandonnée. La couverture choisie par l'employé est maintenue pour une durée maximale de douze mois (à moins qu'une autre période ne soit prévue dans la convention collective). L'assureur doit être avisé du choix de l'employé invalide avant la fin du délai de carence et les primes doivent lui être versées.

Toutefois, l'assurance ne peut en aucun cas se prolonger au-delà du dernier jour du mois durant lequel survient le 65e anniversaire de naissance de l'employé invalide. Le premier jour du mois qui suit le mois durant lequel survient le 65e anniversaire de naissance de l'employé invalide, il devient admissible à l'assurance en vertu du contrat 96775 liant l'Université de Montréal et l'assureur.

Si l'employé devient totalement invalide durant une période de mise à pied temporaire, le délai de carence est décompté à partir de la date prévue de retour au travail.

III. Congé sans traitement - durée d'un mois ou moins

La couverture est prolongée pendant toute la durée du congé, sous réserve du versement des primes à l'assureur.

IV. Congé sans traitement - durée de plus d'un mois

La Garantie d'assurance accident/maladie doit demeurer en vigueur pour la durée du congé, alors que la garantie d'assurance soins dentaires peut être abandonnée ou maintenue pour la durée du congé. L'employeur doit être avisé du choix de l'employé avant le début du congé et les primes doivent être versées à l'assureur.

V. Mise à pied temporaire applicable aux employés détenant un poste à caractère saisonnier ou cyclique

La couverture est prolongée automatiquement durant toute la période de l'absence, sous réserve du versement des primes à l'assureur.

VI. Suspension

Un employé qui cesse d'être au travail actif en raison d'une suspension demeure assuré pendant la durée totale de la suspension, sous réserve du versement des primes à l'assureur.

VII. Congédiement

Lorsqu'un employé congédié conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au

sens du Code du travail, d'appel à tout tribunal compétent, ou de tout protocole en vertu de tout règlement de l'employeur, il est réputé avoir été assuré sans interruption si la décision rendue le rétablit dans ses droits et obligations d'employé. Les primes impayées, le cas échéant, sont alors exigibles dans les 31 jours qui suivent la date de la décision.

CHOIX DE PROLONGATION (applicable aux points II et IV apparaissant ci-dessus)

Options

Aux fins d'application de la **PROLONGATION DE LA COUVERTURE**, il est précisé que si un employé a le choix de maintenir sa protection pendant une période d'absence, il doit exercer un choix unique pour toute la durée du congé.

L'employé qui choisit de suspendre sa protection d'assurance dentaire doit aussi suspendre la protection de ses personnes à charge aux termes de cette garantie.

L'employé qui choisit de maintenir sa protection d'assurance dentaire doit aussi maintenir la protection de ses personnes à charge aux termes de cette garantie.

Remise en vigueur

Si la couverture d'assurance dentaire d'un employé et de ses personnes à charge, le cas échéant, a été interrompue durant une période d'absence, conformément aux règles précitées, cette couverture est remise en vigueur automatiquement à la date de retour effectif au travail de l'employé, sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**.

FIN DE L'ASSURANCE

1. Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à la date qui survient la première parmi les suivantes :

- sous réserve des dispositions de la **PROLONGATION DE LA COUVERTURE** en cas d'absence du travail, la date à laquelle l'employé n'est plus effectivement au travail;
- la date à laquelle l'adhérent cesse d'être un employé au sens prévu dans les définitions du présent chapitre;
- le jour où l'employé cesse définitivement son emploi auprès de l'employeur pour toute raison, y compris la retraite, sauf en ce qui a trait à la Garantie d'assurance accident/maladie s'il devient à cette date couvert à titre de retraité;
- le dernier jour du mois durant lequel l'employé invalide atteint l'âge de 65 ans;

- la date à laquelle le retraité atteint l'âge de 65 ans;
- la date pour laquelle l'employeur accepte la demande d'exemption aux termes de la garantie en cause;
- la date à compter de laquelle les primes pour l'assurance d'un adhérent ne sont plus versées à l'assureur;
- la date de résiliation du contrat d'assurance collective;
- en ce qui concerne l'ASSURANCE VOYAGE prévue dans la Garantie d'assurance accident/maladie, le jour où l'adhérent cesse d'être couvert par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence;
- le jour où l'adhérent commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur, sauf pour la protection des médicaments;
- le cas échéant, la date du décès de l'adhérent.

2. Personnes à charge

L'assurance de toute personne à charge prend fin à la date qui survient la première parmi les suivantes :

- la date à laquelle l'assuré cesse de répondre aux critères de la définition de « personnes à charge » contenue dans le présent chapitre;
- la date à laquelle la protection de l'adhérent prend fin;
- la date à laquelle l'adhérent demande la cessation de la protection à l'égard de ses personnes à charge;
- la date de résiliation du contrat d'assurance collective;
- en ce qui concerne l'ASSURANCE VOYAGE prévue dans la Garantie d'assurance accident/maladie, le jour où la personne à charge cesse d'être couverte par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'adhérent;
- le jour où la personne à charge commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur, sauf pour la protection des médicaments;
- la date à compter de laquelle les primes pour l'assurance d'une personne à charge ne sont plus versées à l'assureur;
- la date du décès de la personne à charge.

COORDINATION DES PRESTATIONS

1. Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ

Les assurés qui participent au Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ (ou à un autre régime étatique) se feront rembourser la différence entre les montants payables en vertu du présent Régime et les montants assumés par la RAMQ ou par le régime étatique.

2. Autres sources

Si, dans l'une ou l'autre des garanties du Régime, un adhérent peut recevoir, pour une même demande de règlement, une prestation d'un autre régime collectif en plus de celle du présent Régime, les prestations provenant des deux régimes sont coordonnées de façon à ce que le paiement de toutes les sources ne dépasse pas les frais réellement engagés. L'ordre de détermination des prestations est le suivant :

- priorité est donnée au régime qui ne comporte pas de clause de coordination; dans les autres cas, les frais que l'adhérent engage sont remboursés par le présent Régime;
- les frais engagés par le conjoint couvert à titre d'employé en vertu d'un autre régime sont remboursés par son régime, et puis par le présent Régime s'il y a un solde;
- les frais engagés par les enfants couverts à titre de personnes à charge des deux parents sont remboursés d'abord par le régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année.

L'ensemble des remboursements ne peut pas excéder 100 % du total des frais supportés.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Pour l'application des garanties du Régime, tous les assurés sont considérés comme étant assurés en vertu des lois sur l'assurance-hospitalisation et sur l'assurance-maladie de leur 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.

DROIT DE TRANSFORMATION

applicable à la Garantie d'assurance accident/maladie

Si, alors que la présente garantie est en vigueur, l'assuré cesse d'être admissible à cette garantie d'assurance, il a le droit de transformer sa protection en un contrat d'assurance individuelle tel qu'offert par l'assureur en pareils cas, en faisant une demande écrite dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance, sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin, sans être obligé de fournir une preuve d'assurabilité. La première prime entière, selon le mode de paiement des primes choisi par l'assuré et accepté par l'assureur, doit accompagner la demande de transformation.

DEMANDES DE RÈGLEMENT

Les dépenses engagées peuvent être soumises à l'assureur au fur et à mesure qu'elles sont engagées. Toutefois, la demande de règlement complétée doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les factures originales doivent être annexées à un formulaire de demande de règlement dûment rempli.

GARANTIE D'ASSURANCE ACCIDENT/MALADIE

OBJET DE LA GARANTIE

Sous réserve des dispositions de la présente garantie, lorsque vous-même ou l'une de vos personnes à charge engagez des frais à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident, l'assureur vous rembourse les frais admissibles usuels et raisonnables selon les modalités de règlement et à la condition qu'ils soient jugés médicalement nécessaires par l'assureur compte tenu de la gravité de la maladie.

Les frais sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus ou les produits fournis.

Les maximums de prestations indiqués dans la présente garantie sont applicables à chacun des assurés d'une même famille, à moins d'indication contraire.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais admissibles se divisent en deux parties :

- **LES GARANTIES D'ASSURANCE SANTÉ**
- **L'ASSURANCE VOYAGE.**

PARTIE I - GARANTIES D'ASSURANCE SANTÉ

Les Garanties d'assurance santé comprennent :

- les frais d'hospitalisation; et
- les frais médicaux et paramédicaux.

A. FRAIS D'HOSPITALISATION REMBOURSÉS À 100 %, SANS FRANCHISE

a) Prestations d'hospitalisation (soins actifs)

Frais de séjour dans un hôpital situé dans la province de résidence de l'assuré, jusqu'à concurrence du prix qu'est en droit d'exiger un **hôpital public** pour une chambre semi-privée, sans limite quant à la durée de l'hospitalisation.

b) Frais de séjour dans une institution pour convalescence ou un centre hospitalier de soins de longue durée

Les frais de séjour dans une institution pour convalescence ou un centre hospitalier de soins de longue durée, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée et de 180 jours par période d'invalidité.

B. FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX, SOUMIS À LA FRANCHISE ET AUX FRAIS PARTAGÉS

Franchise :

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être défrayée par l'adhérent, ou par l'ensemble d'une même famille assurée, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. La franchise annuelle par adhérent est de 50 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum de 100 \$ par famille par année civile.

Les frais admissibles en vertu de ce contrat et du contrat antérieur, supportés au cours des trois derniers mois d'une année civile et qui n'ont pu être utilisés parce qu'insuffisants pour satisfaire la franchise non encore satisfaite pour cette année-là, peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

Frais partagés :

Services d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un psychothérapeute (membre de l'Ordre des psychologues du Québec) et d'un psychoéducateur : 80 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 300 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile.

Les médicaments : 80 % des frais admissibles jusqu'à l'atteinte du déboursé maximal*. Par la suite les frais seront remboursés à 100 %.

Autres frais médicaux et paramédicaux : 80 % des frais admissibles.

**Déboursé maximal : lorsque l'adhérent a déboursé, en franchise et en coassurance, pour lui-même ou pour ses enfants, la somme de 525 \$ pour des médicaments admissibles dans toute l'année civile, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile en médicaments admissibles pour lui-même ou pour ses enfants à charge sont remboursables à 100 % par l'assureur.*

De même, lorsque le conjoint de l'adhérent a déboursé pour lui-même, en franchise et en coassurance, la somme de 525 \$ pour des médicaments admissibles dans toute l'année civile, les montants déboursés ultérieurement dans cette même année civile en médicaments admissibles pour lui-même sont remboursables à 100 % par l'assureur.

Les différents services professionnels énumérés ci-dessous 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, il doit alors être membre en règle d'un regroupement reconnu et accepté par l'assureur et prodiguer des soins et traitements dans les limites de sa compétence.

1. Services à domicile d'un infirmier licencié, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 10 000 \$ par période d'invalidité et à la condition que la personne ne réside pas habituellement au domicile de l'adhérent ou ne soit pas membre de sa famille. Le médecin traitant doit attester par écrit que les soins sont médicalement nécessaires.
2. Services professionnels d'un acupuncteur, d'un audiologiste, d'un chiropraticien, d'un diététiste, d'un ergothérapeute, d'un naturopathe, d'un orthopédocogues, d'un orthophoniste, d'un ostéopathe, d'un podiatre ou d'un podologue, sous réserve d'un maximum admissible combiné de 500 \$, par assuré, par année civile.

Les frais de radiographies prises par un chiropraticien sont admissibles jusqu'à concurrence de 30 \$ par radiographie et de quatre radiographies par assuré, par année civile.

3. Frais pour les services d'un physiothérapeute, d'un technicien en réadaptation physique (T.R.P.) (sous la supervision d'un physiatre), d'un thérapeute du sport ou d'un kinésiologue, sous réserve d'un maximum combiné admissible de 1 000 \$, par assuré, par année civile.
4. Les médicaments admissibles sont ceux compris dans les points a) et b) qui suivent.

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

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

Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

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

- a) les frais de médicaments et produits payables en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, tels qu'inscrits sur la liste de la RAMQ (Régie de l'assurance-maladie du Québec) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un dentiste.

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

- b) les frais de médicaments, de vaccins préventifs* et de produits non payables en vertu du paragraphe précédent et obtenus sur ordonnance d'un médecin, d'un résident en médecine ou d'un chirurgien dentiste et vendus par un pharmacien licencié (ou par un médecin dans une localité où il n'y a pas de pharmacien). Sont également inclus tout médicament pouvant être injecté et tout sérum prescrits par un médecin dans le but de traiter une maladie. Le remboursement est limité aux substances portant un D.I.N. (Drug Identification Number). De plus, les médicaments et produits doivent être utilisés conformément à l'indication et à la posologie spécifiées à la monographie du produit pour laquelle un avis de conformité a été émis par les autorités canadiennes.

***Note : les frais de vaccins préventifs sont admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 750 \$, par assuré, par année civile.**

Les services professionnels et les produits injectables pour le traitement des varices sont admissibles jusqu'à concurrence de 50 \$ par visite (maximum d'une visite par jour), sous réserve d'un maximum admissible par assuré de 500 \$ par année civile, que les services soient rendus sur recommandation médicale ou non et à des fins esthétiques ou non esthétiques.

5. Frais pour l'achat d'un stérilet, sur autorisation médicale, sous réserve d'un seul par période de 24 mois consécutifs.

6. Frais d'achat d'aiguilles, de seringues et d'indicateurs standard nécessaires dans les cas de diabète, sous réserve d'une attestation médicale.
7. Frais pour l'achat d'un réfractomètre (glucomètre) et de son étui, admissibles jusqu'à concurrence de 250 \$ par assuré, par période de 60 mois consécutifs et sous réserve d'une attestation médicale.
8. Frais admissibles engagés pour les services suivants, dispensés sous surveillance médicale :
 - traitements au radium et examens radiologiques;
 - examens de laboratoire aux fins de diagnostic (incluant les tests d'imagerie par résonance magnétique, les tomographies par ordinateur (scanner) ainsi que les tests de grossesse si effectués dans un laboratoire commercial);

Les frais accessoires ou administratifs reliés à de tels services ne sont pas remboursables par l'assureur. Pour toute information additionnelle concernant les modalités de remboursement, l'assuré peut s'adresser au service à la clientèle de l'assureur en téléphonant au 514-286-8430 ou 1-888-588-1212.

- frais d'oxygène, c'est-à-dire cylindre gazeux et concentrateur d'oxygène (et accessoires), l'oxygène liquide n'étant pas admissible, à moins d'indication médicale contraire;
 - sang et plasma sanguin, exception faite de la conservation de son propre sang par mesure préventive;
 - soins en clinique ou à l'hôpital à titre de patient externe, s'ils ne sont pas couverts par le régime gouvernemental.
9. En cas d'urgence, les frais admissibles de transport par ambulance dans la province de résidence de l'assuré, à destination ou en provenance d'un hôpital, ainsi que le transport aérien ou ferroviaire lorsque l'assuré ne peut être transporté autrement. Ces frais sont couverts sous réserve d'une attestation d'un médecin à l'effet que les services et le type de transport sont ou ont été médicalement nécessaires. Seuls les frais engagés par l'assuré sont admissibles.
 10. Avec attestation médicale et approbation préalable de l'assureur, frais admissibles de location d'un fauteuil roulant (à condition qu'il soit de type manuel standard), d'un poumon d'acier, d'un lit de type hospitalier manuel standard et de tout équipement thérapeutique.
 11. Frais admissibles d'achat d'appareils orthopédiques, d'orthèses (autres que podiatriques), de prothèses, de béquilles, d'attelles, de plâtres, de corsets, d'écharpes, de bandages herniaires, de marchettes et de cannes, sous réserve d'une attestation médicale.
 12. Frais pour l'achat d'orthèses podiatriques obtenues auprès d'un laboratoire licencié et reconnu à cet effet, sur recommandation d'un médecin ou d'un podiatre. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$ par assuré, par année civile.
 13. Frais de bas élastiques de soutien sur ordonnance médicale, admissibles jusqu'à concurrence de 100 \$ par assuré, par période de douze mois consécutifs.

14. Achat initial et coût de remplacement de chaussures orthopédiques faites sur mesure, fabriquées et vendues par un laboratoire orthopédique spécialisé et recommandées par un médecin ou un podiatre.
- Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence de deux paires par année civile et de 250 \$ par paire, sous réserve que les premiers 100 \$ de frais de l'année civile sont à la charge de l'assuré. Le maximum remboursable est de 320 \$ par année civile.
15. Services professionnels dispensés par un chirurgien dentiste pour réparer des dommages causés à des dents naturelles saines à la suite d'un accident survenu alors que l'adhérent ou ses personnes à charge étaient assurés en vertu de la présente garantie, à condition que ces services soient dispensés moins d'un an après la date de l'accident, et ce, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 1 500 \$ par accident, par assuré.
16. Frais admissibles engagés à des fins esthétiques à la suite d'un accident survenu alors que l'adhérent ou ses personnes à charge étaient assurés en vertu de la présente garantie.
17. Frais pour l'achat d'un appareil auditif prescrit par un audiologiste, admissibles jusqu'à concurrence de 600 \$ par assuré, par période de 36 mois consécutifs.
18. Frais pour l'achat de prothèses capillaires requises par suite d'une chimiothérapie, sous réserve d'un remboursement maximal à vie de 250 \$ par assuré.
19. Les frais engagés auprès d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste pour un examen de la vue, jusqu'à concurrence de 50 \$ par par période de 24 mois consécutifs (12 mois pour les assurés de moins de 21 ans).
20. Frais pour :
- l'achat de Bi-PAP ou CPAP, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
 - la location de Bi-PAP ou CPAP, jusqu'à concurrence de 1 par mois;
 - l'achat d'humidificateur pour Bi-PAP ou CPAP, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
 - la location d'humidificateur pour Bi-PAP ou CPAP, jusqu'à concurrence de 1 par mois;
 - l'achat de masque pour Bi-PAP ou CPAP, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
 - l'achat d'accessoires pour Bi-PAP ou CPAP.

Le remboursement des frais se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

EXCLUSIONS

Les frais suivants engagés pour des produits ou des médicaments, autres que ceux payables par le Régime général d'assurance-médicaments de la RAMQ, sont exclus :

- les frais engagés alors que la personne en cause n'est pas couverte par la garantie;
- les frais remboursables en vertu de toute loi, autre que la Loi sur l'assurance médicaments, ou dans le cadre de tout autre régime gouvernemental;
- les frais qui, selon l'assureur, sont engagés à des fins non curatives ou à des fins esthétiques, sauf ceux qui sont expressément inclus dans la liste des frais admissibles apparaissant ci-dessus;
- les frais relatifs aux produits ou médicaments suivants :
 - médicaments de nature expérimentale;
 - vitamines et multivitamines;
 - lait de toute nature ou substituts de lait;
 - substituts alimentaires et suppléments diététiques;
 - hormones de croissance;
 - produits dits « naturels »;
 - produits pour soins considérés comme esthétiques par l'assureur, à l'exclusion des produits injectables pour le traitement des varices;
 - savons, huiles, shampooings, crèmes et pastilles;
 - médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels.
- toute intervention de type planning familial, y compris l'insémination artificielle, les frais de médicaments non inclus dans la liste de la RAMQ et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité de toute nature, que l'infertilité soit ou non considérée comme une maladie, ainsi que les contraceptifs autres que les contraceptifs oraux ou les stérilets;
- tous frais (incluant les médicaments) engagés pour le traitement de l'obésité ou pour une cure d'amaigrissement;
- 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 généralement utilisés par un médecin pour administrer son traitement ou établir son diagnostic (ex. stéthoscopes, sphygmomanomètres et autres appareils de même nature);
 - les articles de support de toute nature (ex. coussins « Obus form », ceintures, corsets).
- frais engagés à la suite de la participation active à un acte criminel, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire;
- tous frais pour lesquels le régime d'assurance-hospitalisation ou d'assurance-maladie de la province de résidence de l'adhérent interdit une assurance privée;

- frais pour les services admissibles en vertu de l'assurance voyage, le cas échéant;
- frais qui n'auraient pas été exigés si aucune garantie d'assurance n'avait existé.

PARTIE 2 - ASSURANCE VOYAGE

L'assurance voyage comprend deux sections :

- assurance médico-hospitalière
- assurance annulation et interruption de voyage.

Les remboursements sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime.

Pour 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 (ou dans les 90 jours précédant la date de réservation dans le cas de l'Assurance annulation et interruption de voyage), 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.

DÉFINITIONS COMPLÉMENTAIRES

(applicables aux deux sections)

a) Hôpital

Hors de la province de résidence de l'assuré, «hôpital» désigne un établissement enregistré en tant qu'hôpital accrédité et offrant des soins et des traitements à des patients internes ou externes. Un infirmier diplômé y est toujours de garde et on y trouve un laboratoire, de même qu'une salle d'opération où les interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité. Le terme «hôpital» ne désigne en aucun cas un établissement ou une partie d'un établissement accrédité ou utilisé principalement comme clinique, un établissement ou une partie d'établissement pour les soins prolongés, un hôpital de convalescence, une maison de repos, un établissement thermal ou un centre de désintoxication pour toxicomanes ou pour alcooliques.

b) Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques qui surviennent dans les 32 premières semaines.

c) Membre de la famille de l'assuré

Le conjoint, le père, la mère, les grands-parents, petits-enfants, beaux-parents, un enfant de l'assuré et/ou de son conjoint, un frère, une sœur, un demi-frère, une demi-sœur, un beau-frère, une belle-sœur, un oncle, une tante, un neveu, une nièce.

d) Membre de la famille immédiate de l'assuré

Le conjoint et les enfants de l'assuré, de son conjoint ou des deux (ou les parents dans le cas d'un enfant à charge).

e) Compagnon de voyage

Une personne qui partage des arrangements de voyage payés à l'avance avec ceux de l'assuré (jusqu'à un maximum de quatre personnes incluant l'assuré).

f) Réunion d'affaires

Une réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps ou de la profession de l'assuré, et qui constitue la seule raison du voyage. En aucun cas, une réunion d'affaires ne pourra inclure un congrès, une assemblée, un colloque, un forum, une foire, une exposition, un symposium, un séminaire, une réunion du conseil d'administration ou toute autre réunion de même nature.

CONDITIONS GÉNÉRALES **(applicables aux deux sections)**

1) Condition de remboursement

Pour fins de remboursement, les frais admissibles décrits dans la présente section doivent être engagés avec l'autorisation préalable de CANASSISTANCE.

2) Rapatriement de l'assuré

En l'absence de contre-indication médicale, l'assureur peut exiger le rapatriement de tout assuré ou son transfert à un lieu de traitement différent. Tout refus au rapatriement met fin au droit à des prestations.

3) Limitation de responsabilité

L'assureur et CANASSISTANCE ne sont pas responsables de l'accessibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de l'impossibilité d'obtenir de tels soins.

ASSURANCE MÉDICO-HOSPITALIÈRE

OBJET DE LA GARANTIE

Les frais usuels et raisonnables et les services décrits dans la présente section sont admissibles s'ils sont engagés par suite d'une **situation d'urgence** survenant à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré et à la condition que l'assuré soit couvert par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence.

Les traitements admissibles sont ceux déclarés nécessaires à la stabilisation de la condition médicale et les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux.

Le remboursement maximal en vertu de la présente section est de 1 000 000 \$ par assuré par événement.

«Événement» désigne une occurrence isolée de cas d'urgence.

DESCRIPTION DES FRAIS ET SERVICES COUVERTS

1. Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux

a) Hospitalisation

Les frais d'hospitalisation en chambre semi-privée ou privée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré.

b) Frais accessoires

Les frais inhérents (téléphone, télévision, stationnement, etc.) à une hospitalisation, sur présentation de pièces justificatives, jusqu'à un maximum de 100 \$ par hospitalisation.

c) Honoraires de médecin

La différence entre les honoraires demandés par un médecin et les prestations prévues par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré.

d) Appareils médicaux

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.

e) Honoraires d'infirmiers

Les honoraires pour les soins privés d'un infirmier diplômé (sans aucun lien de parenté avec l'assuré) durant la période d'hospitalisation, lorsqu'ils sont médicalement requis et prescrits par le médecin traitant.

f) Frais de diagnostic

Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies lorsqu'elles sont prescrites par le médecin traitant.

g) Médicaments

Les frais de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin dans le cadre d'un traitement d'urgence.

h) Soins dentaires

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour les soins dentaires requis par suite de traumatisme externe (et non pas par suite de l'introduction volontaire d'un aliment ou d'un objet dans la bouche), seulement lorsqu'il y a endommagement des dents naturelles et saines n'ayant subi aucun traitement ou pour réduction de fracture ou de dislocation de la mâchoire. Dans tous les cas, le traitement doit débuter pendant que l'assurance est en vigueur et se terminer dans les six mois suivant la date de l'accident. Le montant remboursable est de 2 000 \$ par accident et par assuré.

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour tout autre traitement d'urgence (à l'exclusion d'un traitement de canal) sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 200 \$.

2. Frais de transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par CANASSISTANCE.

a) Service d'ambulance

Les frais de transport terrestre ou aérien pour conduire l'assuré jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Ce service comprend également le transfert entre hôpitaux lorsque le médecin traitant et CANASSISTANCE estiment que les installations sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition.

b) Rapatriement dans la province de résidence

Les frais de rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence par un moyen de transport adéquat pour que l'assuré puisse recevoir des soins médicaux immédiats et ce, 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 est également assuré en vertu de la présente garantie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour.

c) Transport pour visiter l'assuré

Les frais de transport aller-retour, en classe économique, d'un membre de la famille de l'assuré se rendant :

- à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept jours (présentation obligatoire d'un document rédigé par le médecin traitant attestant de la nécessité de la visite), ou
- identifier la personne décédée, si nécessaire, avant le transport de la dépouille.

d) Retour du véhicule

Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence de location appropriée la plus proche, si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant de la localité où son incapacité à utiliser son véhicule s'est manifestée.

e) Disposition de la dépouille

En cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) jusqu'au point de départ dans la province de résidence, sous réserve d'un remboursement maximal de 5 000 \$, ou le coût de crémation ou de l'enterrement sur place, sous réserve d'un remboursement maximal de 3 000 \$.

3. Allocation de subsistance

Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial, lorsqu'un assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, sous réserve d'un remboursement maximale de 1 500 \$ (150 \$ par jour, maximum 10 jours).

4. Assistance voyage (CANASSISTANCE)

a) Assistance médicale

L'assureur s'engage à fournir les lignes CANASSISTANCE, sans frais et au service de l'assuré 24 heures par jour et sept jours par semaine, pour l'aider lorsqu'il doit consulter un médecin ou être hospitalisé à la suite d'un accident ou d'une maladie subite. Le service CANASSISTANCE prend les dispositions nécessaires pour fournir à l'assuré les services suivants :

- pour l'État de la Floride, le diriger vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau Preferred Patient Care;
- pour l'État de la Caroline du Sud, le diriger vers une clinique ou un hôpital approprié membre du réseau Preferred Personal Care;
- pour les autres destinations, le diriger vers une clinique ou un hôpital approprié et avancer les fonds à l'hôpital, si nécessaire;
- confirmer la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré un dépôt monétaire souvent substantiel;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille;
- coordonner le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence, s'il y a lieu;
- coordonner le retour en toute sécurité des enfants à charge à leur domicile si le parent est hospitalisé;
- prendre les dispositions nécessaires pour faire venir un membre de la famille si l'assuré doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin traitant le prescrit;
- coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper.

b) Assistance générale

Par l'intermédiaire de CANASSISTANCE, l'assureur s'engage également à fournir les services suivants à l'assuré qui se trouve en situation d'urgence :

- assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour, sept jours par semaine;
- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- services d'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.

Par CANASSISTANCE, l'assureur peut également fournir à l'assuré des informations sur les visas et vaccins nécessaires.

ASSURANCE ANNULATION ET INTERRUPTION DE VOYAGE

OBJET DE LA GARANTIE

L'assureur garantit le paiement des prestations décrites dans l'article qui suit relativement aux risques assurés mentionnés ci-dessous, sous réserve des définitions, limitations, conditions, exclusions et réductions de la couverture de la présente garantie. Le montant des prestations est limité aux sommes qui sont non remboursables à la date où la cause d'annulation survient, sous réserve d'un maximum de 3 000 \$ par assuré, par sinistre.

Déclaration du sinistre

Lorsqu'un événement mentionné dans les risques assurés survient avant la date du départ, l'assuré doit contacter son agent de voyage ou le transporteur, selon le cas, dans les 48 heures qui suivent l'événement afin d'annuler le voyage et l'assuré doit aviser l'assureur dans le même délai.

Preuves pour appuyer une demande de règlement

Pour appuyer une demande de règlement des frais non remboursables ou excédentaires, l'assuré doit fournir selon le cas :

- i. un certificat médical donnant un diagnostic complet, délivré par un médecin dûment qualifié qui traite l'assuré personnellement dans la localité où la maladie ou la blessure est survenue; la surveillance médicale doit débiter avant la date de départ ou de retour du voyage, selon le cas;
- ii. une preuve documentaire attestant qu'un risque assuré fut en fait la cause de l'annulation;
- iii. les originaux des billets de transport non utilisés, les reçus officiels pour le transport de retour ou la note de crédit, ou les trois;
- iv. les reçus pour les frais d'arrangements terrestres et autres déboursés.

Le défaut de fournir toute preuve requise en vertu des présentes rendra nulle toute demande de règlement en vertu de la présente assurance.

Risques assurés (causes d'annulation ou d'interruption couvertes)

L'assurance s'applique lorsque l'assuré est obligé d'annuler son départ, d'interrompre ou de prolonger son voyage par suite :

- de maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou son décès ou celui d'un membre de sa famille, de son compagnon de voyage ou d'un membre de la famille de son compagnon de voyage;
- de maladie, hospitalisation, lésion corporelle ou décès d'un associé d'affaires ou d'un employé clé;
- diagnostic de grossesse après la date d'achat du voyage (ou la date du dépôt initial non remboursable), si la date de départ ou de retour se situe dans les huit semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement ;
- de convocation à agir comme juré, mise en quarantaine ou piraterie de l'air;
- d'un sinistre qui rend sa résidence principale inhabitable;
- d'une mutation demandée par son employeur et nécessitant un déménagement de sa résidence principale;
- appel, dans le cas des officiers de police, des pompiers volontaires, des réservistes et des membres des Forces armées (à l'exclusion du service militaire durant une guerre, déclarée ou non ou participation à une force de la paix);
- retard en raison d'une panne mécanique de la voiture, du mauvais temps, d'un accident de la route ou d'un barrage routier ordonné par la police et à la suite duquel l'assuré manque une correspondance ou ne peut poursuivre son voyage selon les arrangements prévus, à condition que la voiture ait été censée arriver au point de correspondance au moins deux heures avant l'heure prévue pour le départ;
- du décès ou de l'hospitalisation, avant son départ, de son hôte à destination;
- d'une assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont l'audition est prévue pendant la période du voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la loi;
- d'une perte involontaire de l'emploi que l'assuré occupait comme poste permanent chez le même employeur depuis plus d'un an;

- d'un événement dans le pays constituant la destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre une recommandation à l'effet que ses citoyens ne devraient pas voyager à l'intérieur de ce pays pour une période couvrant le voyage. Les arrangements du voyage doivent avoir été pris avant que la recommandation gouvernementale ne soit divulguée;
- d'une annulation d'une réunion d'affaires suite à une maladie, de l'hospitalisation ou lésion corporelle de la personne avec qui les arrangements pour la réunion d'affaires ont été pris au préalable, une preuve écrite des arrangements étant requise;
- du refus de la demande de visa pour séjourner dans un pays prévu, pourvu que l'assuré ait été admissible à demander un visa et que le refus ne soit pas motivé par une demande tardive ou le fait que la demande ait été présentée à la suite d'un premier refus.

Description des frais couverts

1) Annulation de vacances

L'assureur garantit le remboursement des frais suivants :

Avant le départ :

- la portion non remboursable des frais de voyage payés à l'avance lorsque survient l'un des risques assurés énumérés à l'article précédent;
- les frais supplémentaires que l'assuré a engagés pour les nouveaux tarifs d'occupation lorsque l'assuré décide de poursuivre le voyage lorsque son compagnon de voyage doit annuler en raison d'un des risques assurés mentionnés dans l'article précédent. Les frais supplémentaires sont remboursés jusqu'à concurrence d'une somme ne dépassant pas la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler.

Après le départ :

Le coût supplémentaire d'un billet d'avion (retour simple) le plus économique, jusqu'au point de départ de l'assuré, et la portion inutilisée et non remboursable des autres arrangements de voyage que l'assuré a payés à l'avance (autre que le billet de retour prévu initialement), lorsque survient un des risques assurés mentionnés à l'article précédent.

2) Indemnité d'interruption

L'assureur garantit le remboursement des frais suivants :

- la portion non utilisée et non remboursable des frais de voyage payés d'avance, si les conditions météorologiques empêchent l'assuré d'effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur causant une interruption du voyage d'au moins 30 % de la durée du voyage (la demande de règlement doit être appuyée d'un document qui en atteste le bien-fondé);

- ii. le coût supplémentaire le plus économique exigé par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train), jusqu'au point de destination du voyage ou des vacances, lorsqu'une correspondance ou un vol de départ sont manqués en raison :
 - d'un retard du transporteur devant assurer la correspondance (avion, autobus ou train). Ce retard peut être causé par les conditions météorologiques ou une défaillance mécanique;
 - d'un accident de la circulation dans lequel sont impliqués la voiture privée ou louée de l'assuré, de son conjoint, ou de son compagnon de voyage, ou le taxi dans lequel l'assuré circule (le tout appuyé d'un rapport de police).

Dans tous les cas, l'assuré doit prévoir arriver au point de correspondance au moins deux (2) heures avant l'heure prévue pour le départ;

- iii. le coût supplémentaire du transport le plus économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si, après le départ, l'assuré manque une partie du voyage en raison de la survenance de l'un des risques assurés énumérés à l'article précédent.

3) Indemnités de délai de retour

L'assureur garantit le remboursement du coût supplémentaire d'un billet d'avion (retour simple) le plus économique, jusqu'au point de départ, lorsque l'assuré doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'il subit lui-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui accompagne l'assuré ou le compagnon de voyage de l'assuré (la demande de règlement doit être appuyée par un rapport médical). Le rapport doit démontrer hors de tout doute raisonnable que la maladie ou la blessure est suffisamment grave pour empêcher les déplacements, et l'assuré doit revenir lorsqu'il ou la personne malade est en état de se déplacer.

EXCLUSIONS

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

- a) Défaut de l'assuré de communiquer avec CANASSISTANCE en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation, suite à un accident ou une maladie subite, ou, dans le cas de l'Assurance annulation et interruption de voyage, défaut de l'assuré de communiquer avec CANASSISTANCE en cas de sinistre.
- b) Frais engagés après que l'assuré ait été rapatrié par l'assureur pour raison médicale.
- c) Frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement.
- d) 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, au parachutisme en chute libre ou non, au saut à l'élastique (bungy jumping) ou à toute autre activité dangereuse.
- e) Abus de médicaments ou consommation de drogue, de même que conduite d'un véhicule moteur, d'un aéronef ou d'un bateau alors que l'assuré est sous l'influence d'une drogue quelconque ou que son taux d'alcoolémie est supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

- f) Suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non
- g) Participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, à une guerre ou un fait de guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou à tout autre acte belliqueux.
- h) Commission ou la tentative de commission, directe ou indirecte, d'un acte criminel en vertu de toute loi.
- i) Frais pour tous soins, traitements, produits ou services autres que ceux qui sont déclarés nécessaires au traitement de la blessure ou de la maladie ou à la stabilisation de la condition médicale par les autorités compétentes.
- j) Honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou des soins qui sont principalement donnés pour le confort du patient.
- k) Frais engagés à des fins esthétiques.
- l) Frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que des soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré.

Sans limiter la généralité de l'exclusion du paragraphe précédent, aucun assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence principalement ou accessoirement pour consultation ou traitement n'a droit aux prestations en vertu de la présente garantie, même si un tel voyage est recommandé par un médecin.

- m) Frais hospitaliers ou médicaux qui sont engagés hors de la province de résidence de l'assuré et qui ne sont pas couverts par la Régie de l'assurance-maladie de cette province de résidence.
- n) Les produits suivants ne sont pas couverts par la présente garantie, même s'ils sont obtenus sur ordonnance :
 - les préparations alimentaires pour nourrissons, les suppléments ou substituts alimentaires ou diététiques de toute nature y compris les protéines, les produits dits «naturels», les multivitamines, les antiacides, les produits digestifs, les laxatifs, les anti diarrhéiques, les décongestionnants, les antitussifs, les expectorants et tout autre médicament contre le rhume ou la grippe, les gargarismes, les huiles, shampooings, lotions, savons et tout autre produit dermatologique.
- o) Frais qui sont remboursés ou remboursables par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré.
- p) Dans le cas de l'assurance annulation et interruption de voyage, les frais relatifs à un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause d'annulation, de retour prématuré ou de retour retardé;
- q) Dans le cas de l'assurance annulation et interruption de voyage, l'incapacité d'obtenir le logement désiré, les difficultés financières ou l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

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 d'identification.

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

GARANTIE D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

(Le retraité et ses personnes à charge ne sont pas admissibles à cette garantie)

OBJET DE LA GARANTIE

Lorsqu'un assuré engage des frais pour des soins dentaires reconnus, l'assureur rembourse les frais admissibles selon les modalités de règlement et jusqu'à concurrence des maximums indiqués ci-après.

Les frais pour les soins dentaires sont réputés être engagés le jour où les soins sont rendus et les services doivent être nécessaires à des fins de diagnostic ou de traitement.

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais pour des services décrits dans la présente garantie, rendus à l'adhérent ou à l'une de ses personnes à charge par un dentiste (praticien général ou spécialiste), un denturologue ou par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste, jusqu'à concurrence des montants suivants :

- a) dans le cas des services rendus par un denturologue, le moindre des honoraires demandés et des honoraires fixés dans le guide des tarifs de l'année courante de l'Association des denturologues du Québec, ou
- b) dans les autres cas, le moindre des honoraires demandés par le dentiste et des honoraires fixés dans le guide des tarifs de l'année courante de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec.

MODALITÉS DE RÈGLEMENT

a) Franchise

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être défrayée par l'adhérent, ou par l'ensemble d'une même famille assurée, avant que l'assureur n'effectue un paiement quelconque en vertu du contrat. La franchise annuelle par adhérent est de 25 \$ par année civile, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par famille, par année civile. Elle s'applique à tous les frais admissibles.

Les frais admissibles, supportés au cours des trois derniers mois d'une année civile et qui n'ont pu être utilisés parce qu'insuffisants pour satisfaire la franchise non encore satisfaite pour cette année-là, peuvent servir à réduire la franchise de l'année civile suivante.

b) Frais partagés et remboursement maximum

Les services admissibles décrits ci-dessous se répartissent dans les catégories suivantes et le pourcentage de remboursement varie selon le type de soins couverts de la façon suivante :

- diagnostic et prévention : 100 %
- restauration mineure : 80 %
- endodontie : 80 %
- parodontie : 80 %
- restauration majeure : 50 %

Sous réserve de la **pénalité pour adhésion tardive**, si applicable, le remboursement maximum pour l'ensemble des soins couverts a été majoré à 1 300 \$ par assuré par année civile à compter du 1^{er} juin 2004.

À compter du 1^{er} janvier 2005, le maximum est fixé à 1 500 \$ par année civile, par assuré.

ÉVALUATION PRÉALABLE

S'il est prévu que les frais engagés pour des soins dentaires dépasseront 300 \$, l'adhérent peut, avant le début du traitement, soumettre le plan de traitement proposé par le dentiste à l'assureur, afin de connaître à l'avance et de façon précise le remboursement auquel il a droit.

LIMITATION DES PRESTATIONS

Si, en cours de traitement, une personne assurée change ou doit être transférée à un autre dentiste ou denturologue, ou s'il y a plus d'un dentiste ou denturologue qui participe à un même traitement dentaire, l'assureur ne verse que des prestations égales à celles qui auraient été payées si les soins et les traitements avaient été rendus par un seul dentiste ou denturologue.

Lorsqu'un traitement, procédé ou appareil aurait pu coûter moins cher si le dentiste ou le denturologue avait eu recours à un substitut conforme aux normes reconnues de l'art dentaire, seuls les frais qui auraient été engagés à l'égard d'un tel substitut sont reconnus.

SERVICES ADMISSIBLES

a) Diagnostic et prévention

- examen initial complet
(1 par période de 48 mois consécutifs)
- radiographies de toutes les dents et leur interprétation
(1 seule série de pellicules par période de 24 mois consécutifs)
- examens buccaux périodiques
(1 seul examen par période de 9 mois consécutifs)
- détartrage et polissage des dents, sous réserve d'un traitement par 9 mois consécutifs (ou par 6 mois consécutifs lorsqu'un plan de traitement attestant la nécessité médicale d'une plus grande fréquence a été soumis au préalable et accepté par l'assureur);
- radiographies interproximales et leur interprétation
(1 série de pellicules par période de 9 mois consécutifs)
- applications topiques de fluorure ou d'autres substances anti-cariogéniques pour les assurés âgés de moins de 18 ans
(un seul traitement par période de 9 mois consécutifs)
- anesthésie (acte et médication)
- prévention et contrôle de la carie
- examens aux rayons-x et tests de laboratoire relatifs à un acte de chirurgie buccale d'ordre dentaire

- consultations demandées par le chirurgien dentiste traitant auprès d'un membre de sa profession.

b) Restauration mineure

- obturations et remplacements d'amalgame, de silicate, d'acrylique ou de composite sans restriction quant à l'emplacement des dents restaurées;
- tenons par restauration;
- couronnes simples en acier inoxydable préfabriquées;
- réparation des prothèses amovibles et des ponts;
- recimentation d'incrustations ou de couronnes;
- chirurgie buccale, y compris l'ablation des dents.

c) Endodontie

d) Parodontie

e) Restauration majeure

- Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :
 - Incrustations;
 - Incrustations avec recouvrement de cuspidés; et
 - Couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (autre que les restaurations préfabriquées).

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années civiles.

- Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :
 - Corps coulé;
 - Pivot préfabriqué;
 - Recimentation d'incrustation ou de couronne; et
 - Ablation d'incrustation ou de couronne.
- Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :
 - Prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
 - Pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles;
 - Implants, si mentionnés dans le Sommaire des garanties;
 - Si les implants sont couverts d'après le Sommaire des garanties : restaurations finales sur implants (c'est-à-dire couronnes, ponts et prothèses), jusqu'à concurrence de 1 par dent par 10 années civiles;
 - Services reliés aux implants, si les implants sont couverts;

- Construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
- Remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que :
 - la prothèse ou le pont soit nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
 - la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.

EXCLUSIONS

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

- frais pour des soins, services ou fournitures que l'employé n'est pas tenu de payer, ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de la présente garantie;
- frais de traitement dentaire effectué, selon l'assureur, principalement à des fins esthétiques, sauf dans le cas des restaurations en composite;
- frais de traitement qui n'est pas encore approuvé par l'Association dentaire canadienne ou qui, selon l'assureur, est de nature purement expérimentale;
- frais engagés à la suite de la participation active de l'assuré à un acte criminel, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire;
- frais pour rendez-vous manqué ou pour remplir des formulaires de demande de règlement requis par l'assureur;
- frais engagés pour analyses de diète, recommandations et instructions d'hygiène buccale, ainsi que programmes de contrôle de la plaque dentaire;
- frais pour soins dentaires engagés pour la reconstruction de la bouche au complet, pour la correction de la dimension verticale ou pour la correction de l'articulation mandibulaire;
- frais supportés pour une série de soins dentaires ayant commencé avant le début de la couverture de l'assuré, y compris le prix demandé pour une couronne, une prothèse complète ou partielle ou un pont fixe commandés avant le début de la couverture;
- frais engagés alors que la personne n'est plus couverte par la présente garantie;
- frais admissibles en vertu de la Garantie d'assurance accident/maladie et ce, pour la partie des frais payables en vertu de ladite garantie.

COMMENT EFFECTUER UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT

Les dépenses engagées peuvent être soumises à l'assureur au fur et à mesure qu'elles sont engagées. Toutefois, la demande de règlement complétée doit parvenir à l'assureur au plus tard dans les douze mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Hospitalisation

Dans les hôpitaux de court séjour, il vous suffit de présenter votre carte médicaments.

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 votre franchise, s'il y a lieu, de même que votre coassurance.

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

Frais médicaux et paramédicaux

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement de l'une des façons suivantes :

- sur le site des adhérents (voir les instructions ci-dessous);
- à l'un de nos bureaux Paiement express;
- auprès de votre administrateur de régime collectif; ou
- auprès de notre Service à la clientèle au numéro sans frais indiqué à la fin de la brochure.

Comment soumettre une demande de règlement?

Croix Bleue Medavie offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement :

Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs

En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue Medavie, les fournisseurs approuvés peuvent soumettre instantanément les demandes de règlement au moment de l'achat. Vous n'avez donc pas besoin de soumettre vous-même votre demande à Croix Bleue Medavie et vous n'avez donc qu'à déboursier le montant non couvert en vertu du régime.

Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent

Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement au moyen de notre site des adhérents sécurisé. Vous devez simplement numériser vos reçus et les soumettre grâce au lien approprié sur notre site des adhérents.

Application mobile

Remplir une demande de règlement n'a jamais été si rapide et facile! Soumettez vos demandes de règlement à l'aide de l'application mobile Medavie et recevez votre remboursement directement dans votre compte bancaire.

Visitez **www.medavie.croixbleue.ca/application** pour obtenir plus d'information ou pour télécharger l'application.

Paiement express®

Paiement express® est un service unique offert par Croix Bleue Medavie. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement. Vous serez immédiatement informé de la décision et recevrez votre remboursement sur place.

En fait, Paiement express vous offre l'occasion de discuter du traitement de votre demande de règlement, de la coordination des prestations, de la subrogation et de d'autres détails de votre régime collectif. Vous rencontrerez en personne un représentant qualifié du Service à la clientèle qui pourra répondre à vos questions.

Pour localiser le bureau de Croix Bleue Medavie ou de Paiement express le plus près de chez vous, veuillez visiter notre site Internet à **www.medavie.croixbleue.ca**.

Vous pouvez également poster votre formulaire de demande de règlement dûment rempli au bureau de Croix Bleue Medavie le plus près.

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 du Québec, ou de toute autre province, 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.

Site des adhérents

Le site des adhérents est un site Internet sécurisé et simple à utiliser, accessible 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Il offre des renseignements supplémentaires concernant votre couverture, ainsi que d'autres options utiles, telles que :

- **Demands au sujet de la couverture** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- **Formulaires** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue Medavie;
- **Demande de nouvelles cartes d'identification**;
- **Ajouter/mettre à jour les informations bancaires** pour le dépôt direct des demandes de règlement;
- **Relevés de l'adhérent** : pour consulter votre historique de demandes de règlement et celui de vos personnes à charge;
- **Historique de paiements** : voir les montants de prestations reçus par vous-mêmes ou par votre fournisseur de service;
- **Soumettre des demandes de règlement** électroniquement.

Pour vous inscrire sur le site des adhérents, ouvrez une session sur le site Internet de Croix Bleue Medavie au **www.medavie.croixbleue.ca**.

Garantie d'assurance voyage

L'adhérent doit obtenir des factures détaillées couvrant les services 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 fournis. L'assureur s'occupera de réclamer auprès des régimes d'État concernés la partie des frais qui sont remboursables par ces derniers.

POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATION, L'ASSURÉ PEUT S'ADRESSER AU SERVICE À LA CLIENTÈLE DE L'ASSUREUR EN TÉLÉPHONANT AU 514-286-8430 ou 1-888-588-1212.

AVIS IMPORTANT

Les renseignements personnels qui nous seront transmis seront détenus dans votre dossier d'assurance auprès de Croix Bleue Medavie.

Ces renseignements serviront à traiter toute demande de règlement.

Seuls les employés ou mandataires dûment autorisés par Croix Bleue Medavie auront accès à ces informations dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Votre dossier sera détenu dans les bureaux de Croix Bleue Medavie. Sur demande écrite et avec un préavis de trente (30) jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce 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**, 1993, c. 7.