

UNIVERSITE MONCTON / CAMPUS D'EDMUNDSTON

ENSEIGNANTS

No du contrat: **10185**

La date de prise d'effet: **1 novembre 2004**

Préparé le: 20 décembre 2004

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

L'information contenue dans ce dépliant répondra à la majorité de vos questions. Si toutefois des renseignements additionnels sont nécessaires, communiquez avec l'administrateur (trice) de votre régime collectif ou votre représentant.

SOMMAIRE DES GARANTIES

ASSURANCE-VIE DE L'ADHÉRENT

Montant d'assurance-vie	10 000 \$
Montant maximum d'assurance	10 000 \$
Preuve requise pour montant excédant	10 000 \$

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT

Montant d'assurance	10 000 \$
Montant maximum d'assurance	10 000 \$
Preuve requise pour montant excédant	10 000 \$

Les montants d'assurance en vertu de ces garanties sont réduits de 50% lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

Ces garanties cessent à la première des éventualités suivantes:

- au 66 anniversaire de naissance de l'adhérent;
- à la date de retraite de l'adhérent;
- à la date de cessation de l'assurance.

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

ASSURANCE-VIE DES PERSONNES À CHARGE

Conjoint - 5 000 \$ Enfant(s) - 2 500 \$

Les montants d'assurance en vertu de cette garantie s'appliquent aux personnes à charge assurées d'un adhérent. La garantie cesse à la première des éventualités suivantes:

- la date où l'adhérent atteint l'âge de 66 ans;
- la date de sa retraite;
- la date de cessation de l'assurance.

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

ASSURANCE SANTÉ

Frais d'hospitalisation *chambre semi-privée*

Régime de médicaments

Paiement direct carte médicaments: *Plan A Générique*

Franchise: *20% maximum 10 \$*

**** Employé du Québec seulement**

Paiement direct carte médicaments: *Plan A Générique* incluant les médicaments admissibles selon la liste de la RAMQ.

Franchise: *20% maximum 10 \$* avec une contribution annuelle de 857 \$* par adulte assuré; coassurance de 100 % sur tous montants excédentaires.

*** *Ce montant est sujet à changer en accord avec tous changements législatifs concernant le Régime d'assurance médicaments du Québec.***

Frais complémentaires

Franchise: *N/A* Individuel

N/A Familial

Coassurance: *100%*

- soins à domicile d'infirmier(ère) autorisé(e) jusqu'à concurrence de *15000 \$* / personne assurée par année calendrier;
- services paramédicaux à concurrence d'un maximum de *500 \$* par praticien par 12 mois consécutifs;
(acupuncteur, masseur, chiropraticien, naturopathe, ostéopathe, podiâtre, psychologue ou travailleur social, physiothérapeute, orthophoniste, diététicienne)

Soins de la vue

- frais d'**examen de la vue y compris la réfraction de l'oeil** par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence d'un examen par 24 mois consécutifs pour adultes et 12 mois consécutifs pour les enfants âgés moins de 20 ans.
- frais pour **rééducation visuelle** et **thérapie corrective** lorsque les soins sont donnés par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé.
- frais de **verres correcteurs** et de **montures de lunettes** ou frais de **lentilles cornéennes**, lorsqu'ils sont achetés sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 \$ par 24 mois consécutifs pour adultes et 12 mois consécutifs pour les enfants âgés moins de 20 ans.
- frais de **lentilles cornéennes tous les 24 mois (prestation distincte)** lorsque la personne assurée souffre d'**astigmatisme grave**, de **cicatrice grave de la cornée**, de **kératocône**, d'**aphakie** et que l'acuité visuelle peut atteindre 20/40 à l'aide de verres correcteurs.

Aucune prestation n'est payable pour des soins ou fournitures oculaires demandés par tout employeur comme condition d'embauche.

Assurance voyage

1 000 000 \$ CAN / personne assurée

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes:

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

Toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 70^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles ci-haut.

ASSURANCE DENTAIRE

Franchise *N/A* Individuelle
 N/A Familiale

		Coassurance
PARTIE I	Bénéfice de base (Diagnostic, Prévention, Chirurgie buccale, Restauration mineure, Réparation des prothèses)	100 %
	Endodontie	100 %
	Périodontie	100 %
Partie II	Restauration majeure	50 %
Partie III	Prothèse	50 %
Partie IV	Orthodontie (enfant moins de 21 ans)	50 %

Montant maximal des prestations par personne assurée:

Partie(s) I II III par année calendrier 1 250 \$

Partie(s) IV pour toute la durée du contrat 1 000 \$

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

Cette garantie cesse à la première des éventualités suivantes:

- au 66^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- à la date de retraite de l'adhérent;
- à la date de cessation de l'assurance.

Toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 66^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles ci-haut.

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Admissibilité

Vous êtes admissible à l'assurance le jour où vous avez complété le délai d'admissibilité spécifié au sommaire des garanties du contrat, en autant que vous soyez au travail actif à temps plein pour au moins 20 heures par semaine. Si vous n'êtes pas au travail actif à temps plein le jour où vous deviendriez autrement admissible à l'assurance, vous le devenez à la date de votre retour au travail actif à temps plein.

Admissibilité des Personnes à charge

Vos personnes à charge seront admissibles à l'assurance à la même date que vous le devenez ou à la date où elles deviendront des personnes à charge. Si vous désirez assurer vos personnes à charge, vous devez en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date où elles deviennent admissibles. Sinon, des preuves d'assurabilité seront exigées afin de déterminer si elles pourront participer aux garanties offertes par cette police.

Personnes à charge

Les personnes suivantes sont reconnues comme vos personnes à charge:

Conjoint: la personne considérée comme votre conjoint soit par le fait d'un mariage ou d'une cohabitation depuis plus de douze mois.

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 25 ans s'il est étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue;
- quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était une personne à charge, comme défini précédemment, rendant cette personne totalement incapable d'exercer une occupation rémunératrice.

**** Employés du Québec seulement**

Conjoint: 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;
soit par le fait qu'elle réside en permanence depuis plus d'un an avec celui-ci, ce dernier la présentant publiquement comme étant son conjoint;
personnes vivant maritalement, ayant eu un enfant ensemble, et qui ne se sont pas séparées depuis 90 jours en raison de l'échec de leur union;

Le terme "conjoint" comprend les conjoints de même sexe.

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

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

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

Cessation de l'assurance

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

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

Demande de règlement d'une réclamation

Toute demande de règlement doit être transmise par écrit à l'Assomption Vie dans les 12 mois suivant la date de la réclamation et doit être appuyée des justifications requises pour celle-ci soit considérée.

Les formulaires nécessaires pour fins de réclamation peuvent être obtenus de l'administrateur de votre régime d'assurance.

ASSURANCE-VIE

Objet de la Garantie

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

Exonération de la prime

Si, avant l'âge de 65 ans, vous êtes devenu totalement invalide et que vous le demeurez pendant au moins 6 mois, l'assureur renoncera au paiement de votre prime future pour aussi longtemps que durera votre invalidité totale. Cet état doit vous empêcher d'exercer toutes les fonctions d'un emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié en raison de votre entraînement, éducation et expérience.

Le montant d'assurance sera celui en vigueur le jour du début de votre invalidité totale. Une demande écrite à cet effet ainsi qu'une preuve jugée satisfaisante de l'invalidité totale doivent être reçues chez l'assureur avant l'expiration des 6 mois mentionnés ci-dessus. Des preuves attestant de la continuation de l'invalidité seront requises sur demande.

Droit de conversion

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

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

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

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

GARANTIE POUR LA PERTE DE:	POURCENTAGE DU MONTANT ASSURÉ
La vie	100%
Deux mains	100%
Deux pieds	100%
La vue des deux yeux	100%
Une main et un pied	100%
Une main et la vue d'un oeil	100%
Un pied et la vue d'un oeil	100%
La parole et l'ouïe des deux oreilles	100%
Quadriplégie (paralysie totale des quatre membres)	200%
Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs)	200%
Hémiplégie (paralysie totale des membres inférieur et supérieur d'un côté du corps)	200%
L'usage des deux mains	100%
Un bras	75%
Une jambe	75%
L'usage d'une jambe	75%
L'usage d'un bras	75%
L'usage d'une main	66 2/3%
Une main	66 2/3%
Un pied	66 2/3%
La vue d'un oeil	66 2/3%
La parole	50%
L'ouïe des deux oreilles	50%
Pouce et index	33 1/3%
Quatre doigts d'une même main	33 1/3%
L'ouïe d'une oreille	25%

Les bénéficiaires suivants sont inclus:

- **Prestation d'un programme de réadaptation.**
- **Prestation d'un programme de formation professionnelle du conjoint.**
- **Prestation de rapatriement.**
- **Prestation d'éducation**
- **Prestation de transport familial.**
- **Prestation de modification de la résidence et d'une véhicule.**
- **Exposition et disparition.**

CARACTÉRISTIQUES

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

ASSURANCE-SANTÉ

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

Frais 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 semi-privée.

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'une **infirmière** autorisée en dehors du milieu hospitalier jusqu'à concurrence 15000 \$ par année calendrier par personne assurée, sauf si cette personne réside habituellement à la maison de l'adhérent ou si elle fait partie de sa famille;
- **examens de laboratoire** pour fins de diagnostic;
- transfusion de **sang ou de plasma sanguin**, coût d'**oxygène**, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration;
- examens aux **rayons X**, sauf pour les dents;
- achat d'un **dextromètre** ou d'un **glucomètre** pour diabétique insulino-dépendant.

2) Les frais suivants supportés par ordonnance médicale:

- frais de **transport par ambulance**, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, ainsi que le transport aérien lorsque la personne assurée ne peut être transportée autrement;
- location ou à la discrétion de l'assureur, l'achat d'une **chaise roulante non motorisée y compris les réparations**, 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;
- location ou achat, à la discrétion de l'assureur, d'**appareils orthopédiques** ou d'**équipement thérapeutique**;
- coûts d'**éléments correctifs** ajoutés à des chaussures ordinaires ou **achat d'orthèses et de supports plantaires**, à concurrence d'une paire par année;
- achat de **chaussures orthopédiques** à concurrence d'une paire par année;
- achat de **prothèses oculaires y compris la refection et le polissage**;
- achat de **membres artificiels** (paiement initial seulement) **y compris la réparation et fourniture**;
- achat de **prothèses mammaires externes**, nécessité à la suite d'une mastectomie, à concurrence d'une prothèse par année; en ce qui concerne les **prothèses mammaires implantées**, Assomption Vie payera jusqu'à concurrence du montant payable pour des prothèses mammaires externes;
- coûts pour les fournitures devenues nécessaires suite à une **colostomie**, une **iléostomie** ou une **urostomie**;
- achat de **plâtres, corsets orthopédiques, attelles, bandes herniaires, béquilles** ou **appareils de marche**;
- achat de **bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles**;
- **vêtements de pression** pour brûlures.

- 3) En autant 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, en autant que le chirurgien dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident.

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

- 4) L'achat d'un **appareil auditif**, prescrit par un audiologiste à concurrence de 400\$ par personne assurée, par période de cinq ans.
- 5) Les frais pour **services paramédicaux**:

En autant que ces services relèvent de spécialistes membres de corporations professionnelles et ce, à raison de maximum par spécialiste et par personne assurée. Le praticien ne doit pas résider habituellement à la maison de l'adhérent.

- **Acupuncteur**: Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
- **Masseur**: Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
- **Chiropraticien**: Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
- **Naturopathe**: Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
- **Ostéopathe**: Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.

- **Podiatre:** Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
 - **Psychologue ou travailleur social:** Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
 - **Orthophoniste:** Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
 - **Diététicienne:** Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
 - **Physiothérapie:** Nil par visite avec un maximum de 500 \$ par 12 mois consécutifs.
- 6) Les frais d'une **chambre commune** dans une région d'hospitalisation à l'extérieur du Canada, **en cas d'urgence**, à concurrence de 5000 \$ par personne assurée par accident ou maladie, en excédent des frais payables par tout régime gouvernemental d'assurance. Le remboursement sera effectué seulement si la durée prévue du séjour, à l'extérieur du Canada, n'excède pas trois mois consécutifs.
- 7) **Honoraires de médecins en cas d'urgence** survenant alors que la personne assurée est à l'extérieur de sa province de résidence, pour un séjour dont la durée prévue n'excède pas trois 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 tout régime gouvernemental. Ces frais sont limités à un maximum de 5000 \$ par personne assurée par accident ou maladie.
- 8) Les **stérilets**, obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
- 9) **Prothèse capillaires** - (suite à un traitement de chimiothérapie) maximum de 500 \$ pendant toute la durée de la protection.
- 10) **Soutien-gorge** (suite à une mastectomie) maximum deux par année.
- 11) **Bas pour varice** - 4 paires par année.
- 12) **Produits anti-tabagiques** - maximum de 500 \$ pendant toute la durée de la protection.

- 13) **Médicaments contre l'infertilité** - maximum de 12 000 \$ pendant toute la durée de la protection.
- 14) **Aide technique de communication orale** - maximum de 1 000 \$ pendant toute la durée de la protection.
- 15) **Cigogne mécanique ou hydraulique** - maximum de 2 000 \$ par cigogne, une fois par 5 ans.
- 16) **Rampes d'accès extérieurs** - maximum de 2 000 \$ pendant toute la durée de la protection.

Hôpital de convalescence

Les frais de chambre, pension et autres services nécessaires dans un hôpital de convalescence qui sont en surplus des frais pour salle commune, jusqu'à concurrence de 20 \$ par jour seront considérés frais admissibles.

Cependant, l'assuré doit avoir été admis dans un hôpital de convalescence dans les 14 jours qui suivent une période où il a passé au moins trois jours consécutifs comme patient alité dans un hôpital. Les frais seront seulement considérés admissibles lorsque le séjour en hôpital de convalescence aura été prescrit par le médecin traitant.

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

Soins de la vue

- frais d'**examen de la vue y compris la réfraction de l'oeil** par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence d'un examen par 24 mois consécutifs pour adultes et 12 mois consécutifs pour les enfants âgés moins de 20 ans.
- frais pour **rééducation visuelle et thérapie corrective** lorsque les soins sont donnés par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé.
- frais de **verres correcteurs** et de **montures de lunettes** ou frais de **lentilles cornéennes**, lorsqu'ils sont achetés sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 \$ par 24 mois consécutifs pour adultes et 12 mois consécutifs pour les enfants âgés moins de 20 ans.
- frais de **lentilles cornéennes tous les 24 mois (prestation distincte)** lorsque la personne assurée souffre d'**astigmatisme grave**, de **cicatrice grave de la cornée**, de **kératocône**, d'**aphakie** et que l'acuité visuelle peut atteindre 20/40 à l'aide de verres correcteurs.

Aucune prestation n'est payable pour des soins ou fournitures oculaires demandés par tout employeur comme condition d'embauche.

Assurance voyage

Cette garantie supporte les frais d'hospitalisation pour une chambre semi-privée, et certains des 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 180 jours consécutifs**. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence du tarif raisonnable, ordinaire et habituel demandé dans la région où ces frais ont été engagés, moins le montant remboursé par tout régime gouvernemental.

Les frais admissibles sont assujettis à un maximum à vie de 1 000 000 \$ par personne, ou son équivalent en devises canadiennes:

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

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

Assistance paiement

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

Assistance médicale

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

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

Assistance non-médicale

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

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

Coordination des prestations

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de manière à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés (référer au contrat pour l'ordre de 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 supportés à des examens ou traitements médicaux pour des fins autres que curatives;
- frais reliés (incluant médicaments) à une intervention chirurgicale ou un traitement qui, de l'opinion de l'assureur, est de nature expérimentale;
- frais supportés 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 à l'entretien d'appareils auditifs;
- blessures subies à l'occasion d'une opération militaire;
- frais supportés à la suite de:
blessures, dommages physiques ou mentaux, que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
commission par la personne assurée d'un acte criminel;
blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection.

- **les frais payables par la garantie d'assurance voyage peuvent être réduits si un patient hospitalisé à l'étranger ne communique pas aussitôt que possible avec la compagnie d'assistance identifiée sur la carte d'assurance voyage;**
- frais supportés 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;
- aucun assuré voyageant à l'extérieur de sa province de résidence, principalement pour consultations ou traitements, n'aura droit aux prestations, même si un tel voyage est recommandé par médecin;
- pendant qu'une personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence, aucune prestation ne sera versée pour une chirurgie ou un traitement de nature non urgente, si la chirurgie ou le traitement peuvent raisonnablement être remis jusqu'au retour dans la province de résidence. **(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 excepté si recommandés par un endocrinologue ou nécessaire au traitement d'un diabète pendant la grossesse;
- frais non mentionnés parmi les frais admissibles.

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

SOINS DENTAIRES

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

I Diagnostic

Les soins dentaires suivants sont couverts: les examens buccaux, la radiographie interproximale, une série de radiographies impliquant toute la bouche par période de 24 mois consécutifs.

Prévention

Par soins préventifs, nous entendons le polissage de la partie coronaire des dents et l'application topique du fluorure (un traitement par 6 mois) et l'examen de rappel.

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 rebassage ou la réparation des prothèses existantes sont couverts.

Endodontie

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

Périodontie

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

II Restauration majeure

Cela comprend: les couronnes et les incrustations.

III Prothèses

C'est la création et l'installation de ponts fixes et de prothèses partiels ou complets (une fois par cinq ans).

IV Orthodontie

La restauration de l'occlusion des dents jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire des garanties.

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 supportés à des fins autres que curatives ou à des fins esthétiques;
- les frais supportés 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 supportés pour les rendez-vous manqués ou pour les formulaires;
- les frais supportés à la suite de blessures volontaires ou de blessures subies lors d'une opération militaire, de la commission d'un acte criminel, de la participation à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;

- les frais pour l'installation initiale d'une prothèse, si la prothèse sert à remplacer une ou plusieurs dents dont l'extraction a eu lieu avant l'émission du contrat;
- les frais pour analyses de diète, les recommandations, les instructions d'hygiène buccale, les programmes de contrôle de la plaque dentaire et les traitements correcteurs relatifs à une malformation congénitale ou évolutive;
- les frais pour soins dentaires pour la reconstruction de la bouche au complet, pour la correction de la dimension verticale ou pour la correction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- les frais relatifs à des traitements d'orthodontie, y compris la correction d'une malocclusion;
- les frais non mentionnés parmi les frais admissibles.