

CORPORATION ABBVIE
Employés salariés retraités

Groupe n° 91311B

LISTE DES GARANTIES

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE EN BREF	1
ASSURANCE VIE	8
ASSURANCE MÉDICAMENTS	9
ASSURANCE MALADIE	12
ASSURANCE VOYAGE AU CANADA.....	16

Date d'effet : 1^{er} janvier 2013

91311B – Employés salariés retraités

Votre régime d'assurance collective en bref

La Corporation AbbVie est heureuse de mettre à votre disposition un programme d'assurance collective qui vous offre, à vous et à votre famille, une sécurité médicale et financière. Ce programme vous est offert par l'entremise de Medavie Inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après appelées assureur.

Les différentes sections d'information reprennent, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat intervenu entre le preneur et l'assureur. Vous trouverez dans la présente section les renseignements sur l'admissibilité et la participation au régime, un tableau sommaire des différentes garanties d'assurance dont vous disposez ainsi que les renseignements dont vous avez besoin pour utiliser la protection qui vous est offerte de façon optimale afin d'assurer votre bien-être et celui de votre famille.

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

Si vous le désirez, vous pouvez consulter le texte officiel du contrat en vous adressant au preneur.

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

La Corporation AbbVie se réserve le droit de modifier ou de mettre fin aux programmes et régimes d'avantages sociaux en tout temps.

Quand devenez-vous admissible à l'assurance collective?

À titre de retraité*, vous êtes admissible à la protection d'assurance collective à la date officielle de votre retraite.

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

* Les employés peuvent prendre leur retraite dès l'âge de 55 ans, moyennant l'approbation de l'entreprise, à condition d'avoir été au service d'Abbott/AbbVie depuis au moins 15 années consécutives.

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance vie de base

Montant de la prestation : 10 000 \$

Fin de la protection Au décès

Assurance médicaments

Franchise * 10 \$ par assuré, maximum de 20 \$ par famille, par année civile

Pourcentage de remboursement 100 %

Fin de la protection Au décès

* Il n'y a qu'une seule franchise à satisfaire pour l'assurance médicaments et l'assurance maladie.

Assurance maladie

FRAIS D'HOSPITALISATION 100 %, sans franchise

FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX 100 %, franchise* de 10 \$ par assuré, maximum de 20 \$ par famille, par année civile

Professionnels de la santé :

- **Ostéopathe, chiropraticien, naturopathe, massothérapeute, acupuncteur, podiatre et physiothérapeute (ou thérapeute du sport)** Maximum admissible de 15 \$ par visite et de 400 \$ par année civile, par professionnel, par assuré
- **Psychologue et orthophoniste** Maximum admissible de 400 \$ par année civile, par professionnel, par assuré

Fin de la protection Au décès

* Il n'y a qu'une seule franchise à satisfaire pour l'assurance médicaments et l'assurance maladie.

Une **PRESTATION MAXIMALE de 10 000 \$ PAR ANNÉE CIVILE par assuré** est applicable à l'ensemble de tous les frais admissibles engagés en vertu de la Garantie d'assurance maladie.

Assurance voyage au Canada

Assurance médico-hospitalière

• Franchise	Aucune
• Pourcentage de remboursement	100 %
• Maximum viager par assuré	1 000 000 \$
• Durée maximale de couverture	Valide tant que l'assuré demeure couvert par la RAMQ (maximum de 180 jours hors Canada dans toute année civile)
Fin de la protection	Au décès

Contribution

Chaque retraité doit payer une contribution qui équivaut à 20 % du coût de sa protection.

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

1-888-873-9200

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

www.medavie.croixbleue.ca

CHOISISSEZ « CONNEXION » ET AYEZ EN MAIN VOTRE CARTE D'IDENTIFICATION DE LA CROIX BLEUE (CARTE MÉDICAMENTS) AFIN DE VOUS INSCRIRE AU PORTAIL.

Quelles sont les personnes à charge admissibles?

Vos personnes à charge sont :

- Votre **conjoint**, qui est la personne avec laquelle vous êtes marié, ou la personne que vous présentez comme votre conjoint et avec laquelle vous habitez depuis au moins un an, ou sans égard à la durée si un enfant est né de votre union.
- Vos **enfants** célibataires entièrement à votre charge et
 - âgés de moins de 21 ans, ou
 - âgés de moins de 26 ans, s'ils sont étudiants à temps plein dans une école secondaire, un collège ou une université, ou
 - sans égard à l'âge, s'ils habitent avec vous et sont devenus invalides de façon totale et permanente alors qu'ils étaient des personnes à charge selon l'un ou l'autre des critères ci-dessus.

Dois-je présenter une preuve d'assurabilité?

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

Toutefois, et ce, pour les assurés du Québec seulement, aucune preuve d'assurabilité ne sera exigée pour la couverture des médicaments.

Comment se procurer un formulaire de demande de règlement?

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement relatifs aux garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada) 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.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement pour la garantie Assurance vie auprès de votre administrateur de régime collectif.

Comment soumettre une demande de règlement?

Croix Bleue offre plusieurs options pratiques pour soumettre rapidement et efficacement vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada) :

- ***Demandes de règlement électroniques faites par les fournisseurs***

En adhérant au système de soumission électronique de Croix Bleue, 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 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 pour les garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada) 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. Au moyen de Paiement express, vous pouvez soumettre en personne vos demandes de règlement pour les garanties soins de santé (Assurances Médicaments, Maladie, Voyage au Canada). 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 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 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'aurait été si l'assuré avait été assuré en vertu de ces lois, sauf stipulation contraire.

Vous pouvez soumettre vos demandes de règlement pour la garantie Assurance vie à Croix Bleue :

- en les envoyant par la poste, par télécopieur ou par numérisation à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de règlement applicable;
- en déposant le formulaire à l'un de nos bureaux Paiement express; ou
- en les donnant à votre administrateur de régime collectif.

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 :

- ***Demandes au sujet de la couverture*** : renseignements détaillés à propos de votre régime collectif;
- ***Formulaires*** : versions imprimables des formulaires de Croix Bleue;
- ***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 au ***www.medavie.croixbleue.ca***.

Quel est le délai pour soumettre une demande de règlement?

Assurance vie

La demande de règlement doit parvenir à Croix Bleue au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Assurance médicaments / maladie

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

Assurance voyage au Canada

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

Qui a accès aux renseignements à mon sujet?

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

Sur demande écrite et avec un préavis de 30 jours, vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de demander une rectification conformément à toute législation applicable sur la protection des renseignements personnels dans votre province de résidence. Veuillez adresser votre demande à :

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

Assurance vie

Assurance vie de base

Le montant de votre assurance vie de base est indiqué au Sommaire des garanties.

À qui sont versées les indemnités?

En cas de décès, l'assureur versera le montant de votre assurance vie de base à votre bénéficiaire désigné.

Assurance médicaments

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

Qu'est-ce que la franchise?

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

Quels sont les frais admissibles?

Le régime rembourse les frais suivants :

- les frais pour des médicaments et produits inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et fournis par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste; certains des médicaments de la liste de la RAMQ ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par règlement, entre autres dans les cas des médicaments d'exception;
- les frais pour des médicaments qui n'apparaissent pas sur la liste de la RAMQ mais qui sont compris dans la **liste régulière** de l'assureur.

La **liste régulière** de l'assureur comprend les frais usuels et raisonnables de médicaments et produits disponibles sur ordonnance seulement, achetés au Canada, prescrits par un médecin, un podiatre ou un dentiste et dispensés par un pharmacien, qui sont utilisés en cas de grossesse, de maladie ou d'accident et dont la quantité ne dépasse pas une provision de 90 jours.

Le médicament ou produit doit être commercialisé en vertu du règlement sur les aliments et drogues de la loi canadienne, doit porter un numéro d'identification DIN (Drug Identification Number), doit être utilisé conformément aux indications officielles pour lesquelles il est autorisé et doit faire partie de la liste dressée et tenue à jour par l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

Sont également inclus :

- les frais pour des vaccins préventifs et des médicaments par injection prescrits et injectés par un médecin ou sous sa surveillance;
- les seringues, les aiguilles, les dispositifs à lancettes, les aiguilles pour stylo-injecteur, les fournitures d'analyse d'urine, les tampons alcoolisés, les bâtonnets réactifs destinés au contrôle du diabète ainsi que la chambre de retenue et l'inhalateur;
- certains médicaments qui sont nécessaires à la survie de l'assuré ou au traitement d'une maladie chronique clairement diagnostiquée, principalement dans les cas de troubles cardiaques, troubles pulmonaires,

diabète, arthrite, maladie de Parkinson, épilepsie, fibrose kystique et glaucome. Une demande de règlement peut alors être soumise avec, à l'appui, une ordonnance et une déclaration écrite du médecin indiquant le diagnostic et la période pour laquelle les médicaments sont prescrits.

Limites

- Les médicaments reliés à tout traitement de fertilité, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 2 500 \$ par assuré;
- Les produits anti-tabagiques, jusqu'à concurrence du montant admissible en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments (RAMQ) ainsi que tous les autres produits qui ne sont pas couverts sur la liste de la RAMQ, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 600 \$ par assuré.

Est-ce qu'il y a des frais qui ne sont pas remboursés par le régime?

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

- les produits pour l'entretien des lentilles cornéennes;
- les protéines ou suppléments diététiques, les acides aminés;
- les préparations alimentaires pour nourrissons;
- les produits de toilette, y compris les savons et les émoullients;
- les substances adoucissantes et protectrices pour la peau;
- les minéraux;
- les produits homéopathiques;
- les stimulants pour la pousse des cheveux;
- les médicaments servant à traiter les troubles de la fonction érectile, ainsi que tous les stimulants sexuels;
- les stéroïdes anabolisants;
- les hormones de croissance;
- les médicaments et les injections reliés à des traitements amaigrissants;
- les médicaments administrés à des fins expérimentales;
- les médicaments ou les formes de médicaments visant essentiellement à améliorer la qualité de la vie et n'ayant pas d'indication thérapeutique;
- les rince-bouche, les pansements, les sirops et les pastilles*;
- les shampooings, les huiles et les crèmes*;
- les vitamines ou multivitamines*;
- les suppléments ou les vitamines prénataux*;
- services, soins ou produits que l'assuré reçoit gratuitement;
- frais de médicaments remboursables en vertu de l'ASSURANCE VOYAGE faisant partie du contrat;
- frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident couvert par une commission de la santé et de la sécurité du travail ou d'une société de l'assurance automobile, si applicable.

*Ces produits sont toutefois couverts lorsqu'ils ne peuvent être obtenus que sur l'ordonnance d'un médecin, comme l'exige Santé Canada.

Qu'arrive-t-il à votre décès?

La protection de vos personnes à charge prend fin à votre décès.

Qu'arrive-t-il lorsque vous atteignez 65 ans?

La plupart des provinces canadiennes ont mis en place un régime d'assurance-médicament pour leurs résidents âgés de 65 ans et plus. Les franchises et co-assurance exigées par ces régimes constituent des frais admissibles en vertu du régime d'AbbVie. En d'autres termes, les régimes provinciaux d'assurance-médicament sont les premiers payeurs et le régime d'AbbVie le second payeur.

Dispositions particulières applicables aux résidents du Québec – Choix du fournisseur d'assurance-médicament

Pour les résidents du Québec, la même règle s'applique à **moins que** vous ne choisissiez d'être couvert par le régime d'AbbVie seulement (plutôt que par le régime d'assurance-médicament du Québec et le régime d'AbbVie à la fois). Dans ce cas, **vous devez annuler** votre inscription au régime d'assurance-médicament du Québec (qui est automatique à partir de l'âge de 65 ans) **et payer une surprime selon les modalités prévues par l'assureur.**

Si vous choisissez de vous assurer en vertu du régime d'assurance-médicament du Québec, vous devez aussi y inscrire vos personnes à charge. Cependant, vous et vos personnes à charge demeurez admissibles au régime d'AbbVie **pour les frais de la franchise et de la coassurance payés par l'assuré en vertu du régime public**, et aucune surprime ne vous sera exigée.

À noter : Si votre conjoint atteint l'âge de 65 ans avant vous, il peut aussi exercer le choix, également irrévocable, de s'assurer en vertu du régime public.

Assurance maladie

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

Qu'est-ce que la franchise?

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

Quels sont les frais admissibles?

Les frais usuels et nécessaires d'un point de vue médical et **recommandés par un médecin** * sont remboursés selon les pourcentages et jusqu'à concurrence des maximums indiqués au Sommaire des garanties. Les honoraires sont payables seulement lorsque les soins sont fournis par des professionnels membres d'une association professionnelle reconnue.

Les montants maximums mentionnés au Sommaire des garanties et dans la présente section sont applicables à chaque assuré d'une même famille, sauf stipulation contraire.

* Aucune recommandation médicale n'est exigée pour les services paramédicaux.

FRAIS D'HOSPITALISATION

Les frais d'hospitalisation pour soins actifs, jusqu'à concurrence du montant que l'hôpital est en droit de se faire payer par un patient pour une chambre semi-privée.

Les frais pour un séjour dans un hôpital de convalescence ne sont pas couverts.

FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Tests diagnostiques

Lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour le traitement d'une maladie ou à la suite d'un accident, sans qu'il y ait hospitalisation, ou pour des fins préventives :

- Les frais d'analyses de laboratoire (prélèvements sanguins et d'urine), de radiographies, de tomographies par ordinateur, de même que les frais de tests génétiques, d'électrocardiogrammes, d'échographies dans un bureau privé et d'imagerie par résonance magnétique (IRM).

Professionnels de la santé

Les services paramédicaux suivants ne nécessitent pas de recommandation médicale.

- Les services d'un psychologue clinicien, d'un chiropraticien, d'un naturopathe, d'un acupuncteur, d'un ostéopathe, d'un podiatre, d'un massothérapeute, d'un physiothérapeute (ou thérapeute du sport) et d'un orthophoniste, jusqu'aux maximums par visite et par année civile indiqués au Sommaire des garanties pour chaque catégorie de professionnel ou pour l'ensemble des professionnels, tel qu'indiqué au Sommaire;
- les frais pour la coupe d'ongles d'orteils et l'excision de verrues plantaires sont couverts lorsque ces services sont rendus par un podiatre agréé, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximum de 100 \$ par année civile;
- les frais de radiographies prises par un ostéopathe, un chiropraticien, un naturopathe, un massothérapeute ou un acupuncteur, jusqu'à concurrence d'un maximum global admissible de 15 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialistes.

Autres frais

- 1) Les services à domicile d'un infirmier licencié (ou d'un infirmier auxiliaire si un infirmier licencié n'est pas disponible) qui n'est pas un membre de votre famille et qui ne réside pas habituellement avec vous ou l'une de vos personnes à charge. Les frais pour ces services ne sont admissibles que sous la recommandation d'un médecin et seulement s'ils sont nécessaires d'un point de vue médical.
- 2) Les frais de transport par ambulance vers l'hôpital le plus près qui peut assurer les soins d'urgence dont l'assuré a besoin; incluant le transport aérien ou ferroviaire dans votre province de résidence.
- 3) L'achat de chaussures orthopédiques (chaussures profondes et chaussures faites sur mesure) y compris l'ajustement et la réparation, ainsi que d'orthèses podiatriques, jusqu'à concurrence d'un maximum de deux paires de chaussures et de deux paires d'orthèses, par assuré, par année civile. L'achat doit être effectué auprès d'un fournisseur reconnu d'appareils orthopédiques. La recommandation médicale doit être présentée à l'assureur lors de l'achat initial et lors de tout achat subséquent.
- 4) L'achat de bas de soutien, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 25 \$ par année civile.
- 5) Les frais de traitement par le radium, le cobalt et d'autres isotopes radioactifs ou tout autre matière semblable.
- 6) L'achat de prothèses mammaires, lorsqu'elles sont requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 300 \$ par période de deux années civiles.

- 7) Avec l'approbation préalable de l'assureur, les frais de location ou d'achat, incluant l'ajustement et la réparation d'armatures orthopédiques, de bandages herniaires, de béquilles, de colliers cervicaux, de corsets lombaires, de cannes tétrapodes; les frais d'achat d'yeux artificiels, de membres artificiels, de couvre-moignons pour jambes artificielles, de plâtres, de pansements chirurgicaux, de reins artificiels ou d'appareils similaires. Ces fournitures doivent être recommandées ou approuvées par le médecin traitant ou, lorsque la loi le permet, par l'ostéopathe ou le podiatre traitant.
- 8) Avec l'approbation préalable de l'assureur, les frais de location ou d'achat, y compris la réparation, d'un fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital, d'équipement d'assistance respiratoire, d'appareil à oxygène ou respirateur. Ces fournitures doivent être recommandées ou approuvées par le médecin traitant ou, lorsque la loi le permet, par l'ostéopathe ou le podiatre traitant.
- 9) Soins dentaires à la suite d'un accident
Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents naturelles à la suite d'un coup accidentel reçu pendant que la personne est assurée, à condition que les soins commencent ou qu'un plan de traitement satisfaisant soit soumis à l'assureur dans les 90 jours suivant la date de l'accident. Aucun remboursement n'est accordé pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident.

Les procédures chirurgicales et manuelles des dents, de la mâchoire ou des gencives, incluant les extractions normales ou chirurgicales des dents, le traitement de canal périphérique, et les appareils prosthétiques dentaires (incluant les frais d'ajustement) sont considérés des frais dentaires admissibles à la suite d'un accident.

Le remplacement d'appareils ou d'aides existants tels que décrits aux points 7) et 8) est couvert si le remplacement est nécessaire à la suite d'un changement dans la condition physique ou si l'appareil d'origine a plus de cinq ans d'usure et n'est plus approprié.

Est-ce qu'il y a des frais qui ne sont pas remboursés par le régime?

Oui. Les frais suivants ne sont pas remboursés par le régime :

- les soins médicaux auxquels vous ou vos personnes à charge avez droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale, ou les frais qui étaient considérés comme un service assuré par un régime gouvernemental au moment de l'émission du régime / de l'assurance et dont la prise en charge a été modifiée, interrompue ou éliminée;
- les services, les soins ou les produits reçus gratuitement;
- les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
- les soins de nature préventive, sauf dans le cas de **Tests diagnostiques**;
- les traitements ou prothèses à des fins esthétiques;

- les services d'une infirmière à domicile lorsque celle-ci agit à titre de sage-femme, ou que l'infirmier agit à titre de psychothérapeute ou qu'il donne des soins autres que des soins infirmiers;
- les soins dentaires, à l'exception des soins requis à la suite d'un accident;
- les frais reliés à la planification des naissances;
- les frais relatifs à la production et à l'obtention de certificats médicaux;
- les frais, services ou produits n'apparaissant pas dans la section sur les frais admissibles;
- les frais qui n'auraient pas été exigés en l'absence d'une garantie d'assurance;
- les frais pour les soins, les traitements, les services ou produits autres que ceux déclarés nécessaires au traitement par les autorités compétentes;
- les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré (ces frais d'urgence sont couverts par l'assurance voyage au Canada);
- les frais engagés en raison d'une maladie ou d'un accident relevant d'une commission de la santé et de la sécurité au travail ou d'une société d'assurance automobile, si applicable, ou de toute loi ou autre régime semblable;
- les frais qui découlent de
 - dommages corporels que l'assuré s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - blessure subie lors de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, sauf dans l'accomplissement de ses fonctions, ou blessure subie durant une guerre;
 - la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel.

Qu'arrive-t-il à votre décès?

La protection des personnes à charge prend fin à votre décès.

Assurance voyage au Canada

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

POUR BÉNÉFICIER DE CETTE GARANTIE, VOUS ET VOS PERSONNES À CHARGE DEVEZ EN TOUT TEMPS ÊTRE COUVERTS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DE VOTRE PROVINCE DE RÉSIDENCE.

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

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la présente brochure.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

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

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

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou des résultats d'examen 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.

Assurance médico-hospitalière

Quels sont les frais admissibles?

Le régime rembourse les frais usuels et raisonnables engagés par suite d'une **situation d'urgence**, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ à vie par assuré.

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

Hospitalisation et soins médicaux et paramédicaux

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

Transport

Les services suivants doivent être approuvés et planifiés par Canassistance :

- le transport par ambulance terrestre ou aérienne vers l'établissement médical adéquat le plus proche, incluant le transfert vers un autre hôpital lorsque le médecin traitant et Canassistance estiment que les installations sont inadéquates pour traiter le patient ou stabiliser sa condition;
- les frais de rapatriement de l'assuré pour recevoir des soins médicaux immédiats, après autorisation du médecin traitant et de Canassistance;
- les frais pour le rapatriement simultané du compagnon de voyage ou de tout membre de la famille immédiate de l'assuré qui sont également couverts en vertu de la présente garantie, s'ils ne peuvent revenir à leur point de départ par le moyen de transport initialement prévu;
- les frais de transport aller-retour, en classe économique, pour un membre de la famille de l'assuré se rendant :
 - à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept jours, ou
 - identifier la personne décédée, si nécessaire, avant la disposition de la dépouille;
- sur présentation d'un certificat médical du médecin traitant certifiant l'incapacité à utiliser le véhicule, le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré ou d'un véhicule de location, jusqu'à concurrence de 1 000 \$;
- en cas de décès, le coût de la préparation et du retour de la dépouille (excluant le coût du cercueil) ou le coût de crémation ou d'enterrement sur place, jusqu'à concurrence de 7 500 \$.

Frais de subsistance

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

Assistance voyage

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

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

Vous avez également accès aux services suivants :

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

Est-ce qu'il y a des frais qui ne sont pas remboursés par le régime d'assurance voyage?

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

- défaut de communiquer avec Canassistance en cas de consultation médicale ou d'hospitalisation;
- les frais engagés après le rapatriement pour des raisons médicales;
- les frais occasionnés par une grossesse et ses complications dans les huit semaines précédant la date prévue de l'accouchement;
- accident survenu lors de la participation de l'assuré à un sport contre rémunération, à tout genre de compétition de véhicules moteurs ou à tout genre d'épreuve de vitesse, au vol plané ou à voile, à l'alpinisme (routes grades 4 ou 5 selon l'échelle de la Yosemite Decimal system - YDS), au parachutisme en chute libre ou non, ainsi qu'au saut à l'élastique (*bungee jumping*).
- l'abus de médicaments ou consommation de drogues, et la conduite d'un véhicule, d'un aéronef ou d'un bateau alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- les frais pour les soins autres que ceux qui sont médicalement requis;
- les honoraires d'infirmiers pour des soins de soutien ou qui sont donnés principalement pour le confort du patient;
- les frais pour des soins esthétiques;
- les frais engagés hors de la province de résidence quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence sans danger pour la vie de l'assuré ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence. 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;
- les frais engagés lorsque le voyage a principalement ou accessoirement pour but la consultation médicale ou le traitement, même si le voyage est recommandé par un médecin;
- les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas admis par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence de l'assuré;

- 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 et les médicaments « grand public », 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;

- les frais admissibles qui découlent des éléments suivants :
 - suicide, tentative de suicide ou blessure volontaire, que l'assuré soit sain d'esprit ou non;
 - blessure subie lors de la participation de l'assuré à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection;
 - blessure subie durant une guerre ou un acte de guerre, déclarés ou non;
 - blessure ou maladie découlant directement ou indirectement de toute force ou menace impliquant l'utilisation d'armes ou d'agents nucléaires, chimiques ou biologiques utilisés par une personne, un groupe de personnes ou une organisation dans un but politique, religieux ou idéologique;
 - commission ou la tentative de commission d'un acte criminel;
- la partie des frais qui sont remboursés par la Régie de l'assurance-maladie de la province de résidence.

Quand la protection prend-elle fin?

La protection d'assurance voyage des personnes à charge admissibles prend fin à la date à laquelle votre protection prend fin ou à la date à laquelle elles cessent de répondre à la définition de personnes à charge, selon la première échéance.

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

Qu'arrive-t-il à votre décès?

La protection des personnes à charge prend fin à votre décès.

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 au numéro suivant : **1-866-491-7726**

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

