Régime d’assurance collective

ASSOCIATION GENERALE DES ETUDIANT(E)S DU CEGEP DE LEVIS-LAUZON

Contrat : 4602

Émis pour la classe :
1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

Édition :
27 octobre 2020

En collaboration avec :

GROUPE MAJOR INC.
763, BOUL. ST-JOSEPH
GATINEAU QC
J8Y 4B7
Tél. : (819) 777-2882

La présente brochure constitue un document utile et un guide important.

Elle contient les textes qui décrivent brièvement les garanties du régime d'assurance collective auquel vous participez. Toutefois, noter que les textes de cette brochure ne vous confèrent aucun droit contractuel et ne modifient en rien les garanties du régime. Dans tous les cas, les conditions et les stipulations de la police émise au preneur prévalent.

Nous vous invitons à la lire attentivement et à la conserver pour y référer au besoin.

UV ASSURANCE

En collaboration avec :
Groupe Major Inc.
763, Boulevard St-Joseph
Gatineau QC J8Y 4B7
Téléphone: 819 777-2882
https://planmajor.ca/fr/

TABLE DES MATIÈRES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

SOMMAIRE DES GARANTIES

Sommaire des garanties Page 1

DESCRIPTION DES GARANTIES

Dispositions générales Page 5
Garantie d'assurance maladie Page 10
Garantie d'assurance dentaire (dispositions générales) Page 15
Garantie d'assurance dentaire (plan A, soins de base) Page 19
Garantie d'assurance dentaire (plan B, services de restauration mineures) Page 20

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

ASSURANCE MALADIE

Date d'effet: 1 septembre 2020

FRANCHISE :

Protection individuelle : 0 $

FRAIS ADMISSIBLES :

DESCRIPTION	Coass.	Par période			Maximum	Type	Franchise	Âge max
		Fréquence	Nombre	Visite				
HOSPITALISATION :								
HOP. PROV. DE RÉS. [*]	100 %	Voir remarque	7	30 $	300 $	(P)	Non	99
[*] Chambre semi-privée								
PARAMÉDICAUX :								
ACUPUNCTEUR [2]	100%	Voir remarque		20 $	80 $	(P)	Non	99
CHIROPRATICIEN [1] [R]	100%	Voir remarque		20 $	80 $	(P)	Non	99
DIÉTÉTISTE [2]	100%	Voir remarque		20 $	80 $	(P)	Non	99
OPTOMÉTRISTE	100%	Voir remarque		20 $		(P)	Non	99
PHYSIOTHÉRAPEUTE [1]	100%	Voir remarque		20 $	80 $	(P)	Non	99
OSTÉOPATHE [1]	100%	Voir remarque		20 $	80 $	(P)	Non	99
AUTRES FRAIS :								
AMBULANCE	50 %	Voir remarque			300 $	(P)	Non	99
FRAIS DE SCOLARITÉ	50 %	Voir contrat			125 $	(P)	Non	99
RAYONS x	50 %	Voir remarque			75 $	(P)	Non	99
TESTS SANGUINS	50 %	Voir remarque			50 $	(P)	Non	99

Les montants maximums sont combinés pour l'ensemble des frais pour chacun des regroupements.

Voici les différents regroupements : [1] et [2]

Type (A) = montant admissible, Type (P) = montant payable

[R] = recommandation médicale requise pour ces services paramédicaux

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

ASSURANCE MALADIE

CESSATION :

L'âge maximum pour enfant est 21 ans, ou 26 ans si étudiant à temps plein.

REMARQUE(S) SUR L'ASSURANCE MALADIE :

FREQUENCE DE REMBOURSEMENT :
- DU 1ER JANVIER AU 31 AOUT 2019 ET DU 1ER SEPTEMBRE 2019 AU 31 AOUT 2020.
- ANNEES SUBSEQUENTES : DU 1ER SEPTEMBRE AU 31 AOUT.

MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 125 $ POUR L'ENSEMBLE DES FRAIS PARAMEDICAUX POUR LA PERIODE DU 1ER JANVIER AU 31 AOUT 2019 ET DE 150 $ DU 1ER SEPTEMBRE 2019 AU 31 AOUT 2020 AINSI QUE POUR LES ANNEES SUBSEQUENTES.

OPTOMETRISTE: MAXIMUM D'UNE (1) VISITE PAR PERIODE DE 18 MOIS CONSECUTIFS.

MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 400 $ POUR LE REGROUPEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION ET DES AUTRE FRAIS SELON LA FREQUENCE DE REMBOURSEMENT INDIQUEE CI-DESSUS.

REMBOURSEMENT DES FRAIS D'HOSPITALISATION :
- MAXIMUM DE 7 JOURS CONSECUTIFS PAR EVENEMENT.
- MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 250 $ POUR LA PERIODE DU 1ER JANVIER AU 31 AOUT 2019 ET DE 300 $ POUR LA PERIODE DU 1ER SEPTEMBRE 2019 AU 31 AOUT 2020 AINSI QUE POUR LES ANNEES SUBSEQUENTES.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

ASSURANCE DENTAIRE

Date d'effet : 1 septembre 2020

PLAN(S) DENTAIRE(S) COUVERT(S) :

Plan A, Soins de base :	Date d'émission au 1 janvier 2019
Plan B, Soins de restauration mineures :	Date d'émission au 1 janvier 2019

FRANCHISE :

Protection individuelle :	0 $

REMBOURSEMENT :

	COASSURANCE	FRANCHISE
Plan A, Soins de base :	50 %	Non applicable
Plan B, Soins de restauration :	50 %	Non applicable

MONTANT D'ASSURANCE MAXIMUM :

Selon les tarifs en vigueur dans le guide de l'association dentaire de la province de résidence de l'assuré à la date à laquelle les services sont rendus. Le montant maximum admissible des services rendus est celui du généraliste.

REGROUPEMENT 1, montants maximums combinés pour : Plan A, Plan B

Jusqu'au 31 août 2019 :	250 $
Pour les années suivantes :	250 $

FRÉQUENCE EXAMEN DE RAPPEL : 12 mois

ASSUREUR PRÉCÉDENT :

Plan A, Soins de base :	Non
Plan B, Soins de restauration :	Non

CESSATION :

L'âge maximum pour enfant à charge est 21 ans, ou 26 ans si étudiant à temps plein.
Cessation de la garantie à l'âge de 99 ans de l'adhérent.

EXONÉRATION DES PRIMES :

Aucune exonération des primes en cas d'invalidité.

REMARQUE(S) SUR L'ASSURANCE DENTAIRE :

FREQUENCE DE REMBOURSEMENT :
- DU 1ER JANVIER AU 31 AOUT 2019 ET DU 1ER SEPTEMBRE 2019 AU 31 AOUT 2020.
- ANNEES SUBSEQUENTES : DU 1ER SEPTEMBRE AU 31 AOUT.

REMBOURSEMENT SUJET A LA FREQUENCE DE REMBOURSEMENT INDIQUEE CI-HAUT ET A UN MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 250 $ POUR LES FRAIS COMBINES DU PLAN A ET DU PLAN B.
- MONTANT MAXIMUM PAYABLE DE 230 $ PAR PERIODE DE 12 MOIS CONSECUTIFS POUR LES FRAIS DU PLAN B QUI INCLUT :
- LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TRAITEMENT DE CANAL ET EXTRACTIONS DES DENTS ET PARODONTIE[*] : COASSURANCE DE 75%.
- LE REMBOURSEMENT DES FRAIS DE PLOMBAGES : COASSURANCE DE 55%.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CONTRAT NO : 4602, CLASSE 1 - TOUS LES ETUDIANTS ADMISSIBLES

ASSURANCE DENTAIRE

[*] FRAIS DE PARONDONTIE, A L'EXCEPTION DES FRAIS DE DETARTRAGE, PAYABLES A COMPTER DU 1ER SEPTEMBRE 2019.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Dans la présente police, à moins que l'une des garanties, une modification, un avenant ou le "Sommaire des Garanties" stipule autrement, on entend par:

a) ACCIDENT
Une atteinte corporelle constatée par un médecin, provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine, violente et imprévue d'une cause extérieure.

b) ADHÉRENT
Un étudiant admissible et assuré en vertu du présent contrat.

c) ÂGE
L'âge atteint au dernier anniversaire d'un assuré au moment où il est calculé ou le jour où un événement prévu au contrat se produit.

d) ASSURÉ
Un adhérent ou l'une de ses personnes à charge.

e) CONJOINT
Celui ou celle avec qui l'adhérent est uni. Cette union doit être un mariage reconnu comme valide par les lois du Québec ou l'état de fait d'une personne célibataire, veuve ou divorcée résidant en permanence depuis plus d'un (1) an avec une personne, elle-même célibataire, veuve ou divorcée, qu'elle présente publiquement comme son conjoint. La période précitée n'est pas applicable si un enfant est issu de l'union. La dissolution du mariage par jugement de divorce ou la séparation de corps fait perdre le statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois, dans le cas d'une union non légalement contractée.

Le conjoint est celui désigné par l'adhérent. En tout temps une seule personne peut être assurée en tant que conjoint.

f) DROGUES
Drogues contrôlées ou drogues d'usage restreint incluant les médicaments ou stupéfiants au sens et suivant les dispositions de la Loi sur les aliments et drogues et de la Loi sur les stupéfiants.

g) ÉTUDIANT
Une personne membre en règle du preneur et couverte par la régie d'assurance maladie de sa province de résidence ou par une assurance privée.

h) ENFANT
Tout enfant célibataire de l'adhérent ou de son conjoint y compris l'enfant légalement adopté domicilié au Canada et qui satisfait à l'une des conditions suivantes:

- est âgé de moins de vingt et un (21) ans, ou;

- est âgé de moins de vingt-six (26) ans et est dûment inscrit, à titre d'étudiant à plein temps, dans une institution d'enseignement reconnue, ou;
- est totalement invalide et l'est devenu pendant que l'une des deux (2) conditions précédentes existait, et est domicilié chez l'adhérent.

En ce qui concerne l'assurance sur la vie des personnes à charge, l'enfant doit être âgé d'au moins vingt-quatre (24) heures.

i) FAMILLE IMMÉDIATE

La famille immédiate d'un adhérent signifie le conjoint (ou conjoint de fait), les parents, grands-parents, enfants, petits-enfants, frères et sœurs âgés de plus de dix-huit (18) ans.

j) FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré à chaque année civile, avant que la garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est spécifié au "Sommaire des Garanties" s'il y a lieu.

Si le présent contrat en remplace un autre, les frais déboursés entre le premier (1er) janvier et la date d'entrée en vigueur du contrat seront applicables contre la franchise.

Pour la première (1ière) année d'assurance dans le cas où il n'y a pas d'assureur précédent, la franchise est proportionnelle au nombre de mois entre la date d'entrée en vigueur et la fin de l'année civile, à moins d'entente différente entre l'assureur et le preneur.

k) MALADIE

Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme certifié par un médecin spécialisé à traiter la maladie. La grossesse n'est pas considérée une maladie; seules les complications graves de la grossesse sont considérées comme une détérioration de la santé.

l) MÉDECIN

Désigne toute personne légalement autorisée à exercer la médecine dans le domaine de sa compétence. Le médecin ne doit pas être la personne assurée, ni un membre de sa famille immédiate.

m) PÉRIODE DE MODIFICATION

Période minimale de quinze (15) jours par session déterminé par le preneur permettant à l'étudiant admissible de se désister des couvertures du présent contrat ou d'adhérer ses personnes à charge.

n) PERSONNE À CHARGE

Un enfant de l'adhérent pris individuellement et répondant à la définition de d'enfant du présent contrat. Il est précisé que les personnes suivantes ne sont pas considérées personnes à charge de l'adhérent:

1) l'enfant qui ne dépend pas de l'adhérent pour son soutien financier ou qui travaille à plein temps;
2) l'enfant ayant un conjoint.

o) POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT
Le pourcentage de remboursement qui s'applique sur les frais admissibles, après déduction de la franchise s'il y a lieu, tel que spécifié au "Sommaire des Garanties".

p) PRENEUR
La personne physique ou morale désignée comme tel sur la page frontispice de la présente police ou au "Sommaire des Garanties". Le preneur est le seul et unique titulaire du contrat.

q) SESSIONS
Période du premier (1er) février au trente-et-un (31) août pour la session d'hiver et du premier (1er) septembre au trente-et-un (31) janvier pour la session d'automne.

ADMISSIBILITÉ DES ÉTUDIANTS

Un étudiant devient admissible à l'assurance:

a) à chaque début de session s'il est membre du preneur.

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Les personnes à charge d'un étudiant deviennent admissibles à la date à laquelle l'étudiant est lui-même admissible.

ADHÉSION À L'ASSURANCE

Pour être assuré en vertu du présent contrat, un étudiant admissible est présumé avoir rempli une demande d'assurance lorsqu'il se retrouve sur la liste de membres du preneur et ne pas se désister pendant la période de modification.

Pour adhérer ses personnes à charge, un étudiant doit en faire la demande écrite durant la période de modification.

L'adhésion est confirmée par le preneur suite à la réception du paiement de la prime de l'étudiant.

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UN ADHÉRENT

L'assurance d'un adhérent, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses garanties ou services, prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;

b) la date où l'adhérent cesse d'être un étudiant admissible;

c) la date de réception chez l'assureur d'un avis écrit du preneur de cesser l'assurance d'un adhérent ou à toute date ultérieure mentionnée dans l'avis;

d) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative à l'adhérent n'est pas payée;

e) la date du décès d'un adhérent sous réserve du paiement des prestations dues;

f) rétroactivement à la date d'admissibilité s'il y a désistement de l'étudiant pendant la période de modification;

g) rétroactivement à la date d'admissibilité si la prime n'a pas été acquittée dans les douze (12) mois suivant cette date.

CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance d'une personne à charge d'un adhérent, en vertu du présent contrat ou de l'une de ses garanties ou services, prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de résiliation du présent contrat ou de la garantie concernée;

b) la date où l'adhérent cesse d'être un étudiant admissible;

c) la date où l'assurance de l'adhérent cesse;

d) la date où la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge;

e) la date d'échéance de toute prime, si à cette date la prime relative aux personnes à charge n'est pas payée;

f) la date du décès d'une personne à charge, sous réserve du paiement des prestations dues.

g) rétroactivement à la date d'admissibilité s'il y a désistement de l'étudiant pendant la période de modification.

ERREUR ET FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration sur l'âge de l'assuré n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Dans ce cas, la date réelle de la naissance, établie à la satisfaction de l'assureur, sert de base au calcul de la prime et il est fait un réajustement équitable des primes et des montants assurés au contrat, s'il y a lieu.

L'assureur est fondé à demander la nullité de l'assurance vie lorsque l'âge de l'assuré se trouve, au moment où se forme le certificat d'assurance, hors des limites d'âge fixées par les tarifs de l'assureur. L'assureur est tenu d'agir dans les trois (3) ans de la conclusion du certificat d'assurance d'un assuré, pourvu qu'il le fasse du vivant de l'assuré et dans les soixante (60) jours de la connaissance de l'erreur par l'assureur.

Aucune erreur d'âge ne peut avoir pour effet de prolonger tout montant d'assurance au delà de la date à laquelle ces montants se seraient terminés, tenant compte de l'âge réel d'un assuré.

INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, la fausse déclaration ou la réticence portant sur le risque ne peut fonder la nullité ou la réduction de l'assurance qui a été en vigueur pendant deux (2) ans. Toutefois, cette règle ne s'applique pas à l'assurance portant sur l'invalidité si le début de celle-ci est survenu durant les deux (2) premières années de l'assurance.

INFORMATIONS AUX ADHÉRENTS

L'assureur fournit au preneur un résumé écrit des droits et devoirs des assurés en vertu du présent contrat ainsi qu'un certificat attestant que l'employé est assuré en vertu des présentes.

Sur demande de l'adhérent, ces informations doivent être remises par le preneur. Elles ont pour but de renseigner l'adhérent sur ses droits et obligations, mais en cas de litige, seul le contrat peut être invoqué.
L'assuré peut consulter la police chez le preneur et en prendre une copie à ses frais.

LOIS RÉGISSANT CE CONTRAT

Dans cette police, la référence à une loi signifie un renvoi à la loi en vigueur à ce moment, ou, si cette loi a été abrogée, à celle qui l'a remplacée ou à toute loi de même nature ou poursuivant la même fin.

ACCÈS AU DOSSIER DE L'ASSURÉ

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus au sujet de l'assuré, l'assureur s'engage de la façon suivante:

À constituer un dossier d'assurance de personnes dans lequel seront versés les renseignements concernant la demande d'assurance de l'assuré, ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés, conseillers juridiques ou mandataires de l'assureur qui seront responsables de la souscription, des enquêtes et des déclarations auront accès à ce dossier.

Le dossier de l'assuré est détenu par L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance. L'assuré a le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'assureur, à l'attention du responsable de l'accès à l'information.

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Cette garantie comprend l'assurance en cas d'hospitalisation et l'assurance en cas de frais médicaux et paramédicaux

OBJET DE LA GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

L'objet de la présente garantie est de rembourser les frais admissibles à la suite d'un accident ou d'une maladie tels qu'indiqués au "Sommaire des Garanties" et pendant que cette garantie est en vigueur.

ADMISSIBILITÉ

Seules les personnes qui sont couvertes par la régie d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré ou une assurance privée sont admissibles à la garantie d'assurance maladie.

HOSPITALISATION

L'objet de l'assurance hospitalisation est de rembourser un montant pour chaque jour où un assuré doit, à cause de maladie ou de blessure, séjourner dans un hôpital ou un centre de réadaptation sur la recommandation d'un médecin.

a) HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE

Les frais de séjour selon le type de chambre indiqué au "Sommaire des Garanties" dans un hôpital pour y recevoir des soins de courte durée, excédant ceux qui sont remboursés ou remboursables en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.

Les soins de courte durée couverts sont les soins de prévention, de diagnostic médical et de traitement médical pour maladie aiguë.

DÉFINITION DES INSTITUTIONS

a) HÔPITAL

Désigne un centre hospitalier de soins de courte durée ou de longue durée tel qu'établi en vertu des lois en vigueur, à l'exclusion de toute partie d'un tel centre qui serait réservée aux soins prolongés.

Un hôpital ne désigne en aucun cas un centre local de services communautaires, un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, un centre d'hébergement et de soins de longue durée, une clinique, un hôpital pour soins psychiatriques ou pour tuberculeux, un sanatorium, un centre d'accueil, une maison de repos ou de retraite, une station thermale, un centre pour sidatiques ou tout autre établissement dont le but est de prodiguer des soins de garde.

MONTANT DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

Pour les frais admissibles d'hospitalisation, il n'y a aucune franchise et le pourcentage de remboursement tel qu'indiqué au "Sommaire des Garanties".

a) HOSPITALISATION DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE DE L'ASSURÉ

Si l'assuré est hospitalisé dans sa province de résidence, l'assureur rembourse pour chaque jour d'hospitalisation une somme égale à cette partie des frais de chambre et de pension demandés par l'hôpital, jusqu'à concurrence du coût du type de chambre spécifié au "Sommaire des Garanties", prévu par la loi de l'assurance hospitalisation du Québec incluant l'indexation annuelle.

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est obtenu en enlevant des frais admissibles celui de la franchise et en multipliant le reste par le pourcentage de remboursement. Le montant maximum des prestations admissibles est spécifié au "Sommaire des Garanties".

LES FRAIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX ADMISSIBLES

Tous les frais énumérés ci-dessous, à l'exception des soins paramédicaux, sont couverts à condition qu'ils soient prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident et qu'ils soient normaux et raisonnables par rapport à la pratique médicale courante. Lorsqu'une recommandation médicale est exigée pour certains soins paramédicaux, une note est inscrite à cet effet au "*Sommaire des Garanties*".

a) soins paramédicaux; les frais pour services paramédicaux rendus par un:
- ostéopathe
- chiropraticien;
- acupuncteur;
- diététiste;
- physiothérapeute;
- optométriste.

Le montant maximum et le nombre de visites par fréquence de remboursement pour chaque spécialiste ou chaque regroupement de spécialiste indiqués au "Sommaire des Garanties";

De plus, les frais admissibles sont limités pour chaque assuré à une (1) visite par jour, par spécialiste. Les spécialistes doivent être membre en règle de leur corporation et les services rendus doivent relever de leur spécialité;

b) en cas d'urgence, les frais de transport à l'hôpital dans une ambulance dûment autorisée à cette fin, ainsi que le transport par train ou par avion à l'hôpital le plus près, si la personne ne peut être transportée autrement;

c) lorsqu'ils sont jugés nécessaires pour fins de prévention ou de diagnostic, les frais suivants sont remboursables sous réserve du montant maximum payable et de la période indiqués au "Sommaire des Garanties";
- analyses de laboratoire;
- examens radiologiques tels que les frais des rayons X et d'écographie (sauf pour les dents et les orthèses).

REMBOURSEMENT RELATIF AUX FRAIS DE SCOLARITÉ

Pour avoir droit au remboursement relatif aux frais de scolarité (frais obligatoire ainsi que la cotisation au régime d'assurance) sous réserve du montant maximum payable indiqué au "Sommaire des Garanties", voici les modalités à respecter :

a) La situation ne pouvait pas être prévisible au moment de la date limite pour l'annulation sans frais de la session du Collège;

b) Avoir un billet médical justifiant l'incapacité de poursuivre le programme scolaire pour des raisons médicales;

c) La date de l'annulation doit survenir après la date limite pour avoir un remboursement du collège;

d) L'étudiant ne peut pas avoir reçu un remboursement du collège pour ces mêmes frais;

e) Le collège doit avoir accepté la demande d'interruption.

PREUVES D'UN SINISTRE

Les frais admissibles sont remboursables sur présentation des factures originales des déboursés.

Pour établir la preuve d'un sinistre, un assuré doit soumettre à l'assureur les notes ou factures originales des fournisseurs de soins ou de produits.

L'assuré doit se soumettre à un examen médical, lorsque l'assureur est justifié de le demander en raison de la nature des soins requis par l'état de santé de la personne assurée. Lorsqu'un examen médical est requis, le médecin est désigné et payé par l'assureur.

L'assureur peut aussi demander, aux frais de l'assuré, un rapport du professionnel de la santé qui traite l'assuré. L'assureur peut exiger des déclarations de la personne qui demande les prestations et aussi l'utilisation des formulaires fournis par l'assureur.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance, un assuré a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

De plus, l'ordre de versement des prestations pour chacun des contrats est déterminé de la façon suivante:

a) si un autre contrat ne renferme aucune clause de coordination des prestations, les prestations de cet autre contrat sont censées être versées avant celles du présente contrat;

b) si un autre contrat renferme une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:

1) est un adhérent détenant une couverture d'assurance collective avec son employeur;

2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;

3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

c) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec deux statuts différents (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:

1) est un adhérent détenant un statut d'étudiant à temps plein;

2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;

3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

d) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec le même statut (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:

1) est l'adhérent pour lequel la date de début de couverture au régime est la plus ancienne;

2) n'est pas une personne à charge ou, à défaut;

3) est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

S'il est impossible de déterminer la priorité selon la manière précitée, les prestations de tous les contrats feront l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur les montants qui auraient été versés en vertu de chaque contrat comme si chacune d'elles avait été la seule en vigueur.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable pour les pertes résultant des causes ou événements suivants:

a) la participation de l'assuré à un acte ou tentative d'acte criminel;

b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

c) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;

d) le suicide ou toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;

f) de la participation de l'assuré à des courses de véhicules motorisés terrestres ou aquatiques, à de la plongée sous-marine, à du vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, à des sauts à l'élastique (bungee) ou à toutes autres activités ou sports dangereux similaires;

g) aucuns frais ne sont payés pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent ou si le voyage à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré a été entrepris avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

h) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;

i) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été, ou régime privé;

j) tous les frais en excédent des frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;

k) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'un assuré;

l) les frais relatifs à un voyage de santé, à une cure de repos, à l'alimentation ou à un traitement d'amaigrissement;

m) les soins ou services donnés par une personne membre de la famille immédiate de l'assuré;

n) les frais médicaux résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit, sauf si l'adhérent bénéficie d'une couverture d'assurance pour un risque professionnel en vertu de la présente garantie;

N.B. Les exclusions a) et b) ne s'appliquent pas aux médicaments remboursables publiés sur la liste de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ).

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'adhérent stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" de la présente police, l'assurance d'un adhérent en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

a) la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";

b) pour une personne à charge, lorsqu'elle ne répond plus à la définition de personne à charge.

GARANTIE D'ASSURANCE DENTAIRE

FRAIS ADMISSIBLES

Les frais sont admissibles à l'assurance si ces frais ont été effectivement payés, et:

a) sont engagés par un assuré pour des fournitures, des soins et des services couverts en vertu des garanties prévues au "Sommaire des Garanties";

b) sont recommandés, approuvés et considérés comme nécessaires par un dentiste ou un denturologiste;

c) ne dépassent pas les montants fixés dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires précisés au "Sommaire des Garanties". Pour les frais non déterminés par ce guide, les frais sont limités à ceux généralement demandés au Québec pour des fournitures, des soins ou des services comparables et se rapportant à un état similaire;

d) sont engagés pendant que l'assurance de l'assuré est en vigueur. Les frais sont considérés engagés à la date à laquelle l'assuré reçoit les soins dentaires donnant lieu à ces frais; si un même traitement dentaire requiert plus d'un rendez-vous, les frais de ce traitement sont considérés engagés à la date de la fin du traitement.

e) ne sont pas exclus à l'article intitulé "Exclusions" de la présente garantie.

MONTANT DES PRESTATIONS

Le montant des prestations est obtenu en enlevant des frais admissibles celui de la franchise, s'il y a lieu, et en multipliant le reste par le pourcentage de remboursement.

MONTANT MAXIMUM

Le montant maximum de prestations remboursables est un maximum annuel applicable par année civile pour chaque assuré et est spécifié au "Sommaire des Garanties".

PREUVES D'UN SINISTRE

Pour établir la preuve d'un sinistre, un assuré doit soumettre à l'assureur par l'entremise du preneur, une demande de prestation sur le formulaire fourni par l'assureur à cette fin.

L'assureur peut exiger à titre de preuve, des états détaillés des fournitures, des soins et des services reçus, un schéma dentaire complet montrant les extractions, les obturations ou tout autre traitement fait antérieurement. Il peut également exiger des rapports de laboratoire ou d'hôpital, des modèles d'étude de diagnostic, des radiographies ou toute autre justification du traitement ou de l'état pathologique des dents ou de la bouche.

Si un assuré refuse de subir un examen exigé par l'assureur, le paiement de toute prestation cesse automatiquement à partir de la date de la demande de l'examen.

RÉDUCTION DE LA GARANTIE DUE À LA COORDINATION DES PRESTATIONS

Lorsque, en vertu d'un autre contrat d'assurance, un assuré a droit à des prestations semblables à celles prévues par la présente garantie, les prestations payables par l'assureur sont ajustées de sorte que le total des sommes payées pour tous les contrats n'excède pas cent pour cent (100%) des frais admissibles en vertu de la présente garantie.

De plus, l'ordre de versement des prestations pour chacun des contrats est déterminé de la façon suivante:

a) si un autre contrat ne renferme aucune clause de coordination des prestations, les prestations de cet autre contrat sont censées être versées avant celles du présente contrat;

b) si un autre contrat renferme une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
- **1)** est un adhérent détenant une couverture d'assurance collective avec son employeur;
- **2)** n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
- **3)** est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

c) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec deux statuts différents (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
- **1)** est un adhérent détenant un statut d'étudiant à temps plein;
- **2)** n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
- **3)** est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

d) si un adhérent est couvert par le régime d'assurance complémentaire de deux (2) associations étudiantes avec le même statut (étudiant à temps plein ou étudiant à temps partiel) et qui renferment une clause de coordination des prestations, la priorité de paiement est accordée au contrat en vertu duquel la personne qui a droit de recevoir les prestations:
- **1)** est l'adhérent pour lequel la date de début de couverture au régime est la plus ancienne;
- **2)** n'est pas une personne à charge ou, à défaut;
- **3)** est une personne à charge de l'adhérent dont le jour et le mois de naissance arrivent en premier au cours de l'année civile.

S'il est impossible de déterminer la priorité selon la manière précitée, les prestations de tous les contrats feront l'objet d'un calcul proportionnel fondé sur les montants qui auraient été versés en vertu de chaque contrat comme si chacune d'elles avait été la seule en vigueur.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

L'assurance prévue par la garantie d'assurance dentaire ne s'applique pas et l'assureur n'encourt aucune obligation pour:

a) la participation de l'assuré à un acte ou tentative d'acte criminel;

b) toute blessure ou maladie qui résulte de la participation active de l'assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection, à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;

c) la participation de l'assuré à une envolée aérienne à tout autre titre que celui de passager individuel payant sur un vol régulier ou nolisé;

d) toute blessure ou lésion que l'assuré s'est infligées, qu'il soit sain d'esprit ou non;

e) du fait pour un assuré d'avoir subi des lésions corporelles en conduisant un véhicule quand ses facultés étaient affectées par l'alcool ou la drogue;

f) les frais encourus à la suite d'un accident survenu lors de la participation de l'assuré à des courses de véhicules motorisés terrestres ou aquatiques, à de la plongée sous-marine, à du vol plané ou à voile, à l'alpinisme, au parachutisme en chute libre ou non, à des sauts à l'élastique (bungee) ou à toutes autres activités ou sports dangereux similaires;

g) tous les frais payables ou remboursables en vertu de tout régime d'assurance gouvernemental ou qui habituellement l'auraient été;

h) les frais encourus pour des soins non médicalement nécessaires, ou donnés dans un but esthétique ou des soins qui excèdent les soins ordinaires;

i) les frais pour des soins ou des services qui ont été engagés avant la date d'effet de l'assurance de l'assuré;

j) les frais facturés pour des dépenses de voyage, des rendez-vous annulés, des conseils donnés par téléphone ou pour remplir les formulaires exigés par l'assureur;

k) les frais rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport;

l) les frais qui ne sont pas payés par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec du seul fait que le dentiste consulté est un professionnel non participant en regard de la Loi sur l'Assurance Maladie;

m) tous les soins ou services donnés gratuitement ou qui le seraient à défaut d'assurance ou qui ne sont pas à la charge d'aucune personne assurée;

n) les frais de traitement admissibles à un remboursement en vertu de la garantie d'assurance maladie de la présente police;

o) les frais dentaires résultant de toute maladie ou blessure attribuable à une occupation ou à un emploi pour salaire ou profit, sauf si l'adhérent bénéficie d'une couverture d'assurance pour un risque professionnel en vertu de la présente garantie;

p) tous les soins ou fournitures nécessaires à la reconstruction de l'arcade dentaire ou à la correction de la dimension verticale.

De plus, s'il existe plus d'un type de traitement pour la condition dentaire de l'assuré, l'assureur rembourse les frais pour le traitement normal et approprié le moins dispendieux.

CESSATION DE L'ASSURANCE

En plus des motifs de la cessation de l'assurance de l'assuré stipulés dans la section intitulée "Dispositions générales" de la présente police, l'assurance d'un assuré en vertu de la présente garantie prend fin à la première des dates suivantes, à 24:00 heures:

- la date de cessation ou l'âge limite spécifié au "Sommaire des Garanties";
- pour une personne à charge, lorsqu'elle ne répond plus à la définition de personne à charge.

OBJET DE L'ASSURANCE DENTAIRE DU PLAN A : SOINS DE BASE

L'objet du présent plan est de rembourser à l'adhérent, en tout ou en partie, les frais admissibles pour les soins dentaires d'un assuré rendus à la suite de services diagnostiques et de prévention, ainsi que les frais engagés en raison de la mise en place de mainteneurs d'espace.

FRAIS ADMISSIBLES DU PLAN A, SOINS DE BASE

Les frais admissibles en vertu du présent plan, sont ceux qui ont trait aux fournitures, aux services et aux soins suivants:

a) SERVICES DIAGNOSTIQUES

1) EXAMENS BUCCAUX

- examen complet (ou initial), sous réserve d'un seul examen au cours d'une période de trente-six (36) mois et incluant les radiographies s'il y a lieu;
- un seul examen de rappel ou périodique par période de douze (12) mois consécutifs et incluant les radiographies, s'il y a lieu;
- examen d'urgence ou d'aspect particulier.

2) **RADIOGRAPHIES**

Films intra-oraux et extra-oraux:

- radiographies de toute la bouche, se limitant à une série complète au cours d'une période de trente-six (36) mois;
- pellicules interproximales, se limitant à une série de deux (2) films au cours d'une période de six (6) mois;
- pellicule panoramique, se limitant à un (1) film au cours d'une période de trente-six (36) mois;
- autres radiographies couvertes en vertu de ce plan.

3) SERVICES DIVERS

- tests et examens de laboratoire;
- modèles diagnostiques.

b) SERVICES DE PRÉVENTION

- nettoyage des dents (prophylaxie), deux (2) unités au cours d'une période de douze (12) mois;
- autres services de prévention prévus en vertu du présent plan.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DU PLAN A, SOINS DE BASE

L'assurance en vertu du présent plan ne s'applique pas pour les frais:

a) d'éducation et de formation y compris les fournitures requises en ce qui concerne l'alimentation ou la nutrition, l'hygiène buccale et la prévention de la plaque dentaire;

b) occasionnés à la suite de services diagnostiques rendus nécessaires pour fins de traitement d'orthodontie ou se rapportant au traitement de l'articulation temporomandibulaire ou aux implants dentaires;

c) de finition des obturations, autre qu'au moment de l'obturation.

OBJET DE L'ASSURANCE DENTAIRE DU PLAN B : SERVICES DE RESTAURATION DENTAIRE

L'objet du présent plan est de rembourser à l'adhérent, en tout ou en partie, les frais admissibles pour les soins dentaires d'un assuré rendus à la suite de traitements de restaurations mineures, de chirurgies mineures, d'endodontie, de parodontie et de réparations de prothèses amovibles.

FRAIS ADMISSIBLES DU PLAN B, SERVICES DE RESTAURATION DENTAIRE

Les frais admissibles en vertu du présent plan, sont ceux qui ont trait aux fournitures, aux services et aux soins suivants:

a) RESTAURATIONS MINEURES

- obturations en amalgame ou en composite;
- tenon par restauration;
- les frais de restauration de molaires sont limités aux frais de restauration en amalgame.

b) CHIRURGIES MINEURES

- extractions simples et complexes de dents ou de racines résiduelles.

c) ANESTHÉSIE

- les frais d'anesthésie générale employée en corrélation avec la chirurgie buccale et parodontale, sont limités à cent cinquante dollars (150$) par année civile;
- sédation consciente;
- médicaments et remèdes nécessitant l'ordonnance d'un dentiste et fournis par un pharmacien autorisé.

d) ENDODONTIE

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements des maladies de la pulpe dentaire et des tissus périapicaux:

- traitement de canal;
- tous autres services couverts en vertu du présent plan.

e) PARODONTIE

Comprenant les services dentaires se rapportant aux traitements des maladies du tissu gingival:

- détartrage à raison de deux (2) par période de douze (12) mois consécutifs;
- curetage du parodonte;
- gingivoplastie, gingivectomie et chirurgies mucco-gingivales;
- chirurgie corrective des défauts osseux;
- équilibration de l'occlusion;
- tous autres traitements couverts en vertu du présent plan.

EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS DU PLAN B, SERVICES DE RESTAURATION DENTAIRE

L'assurance en vertu du présent plan ne s'applique pas pour les frais:

a) occasionnés à la suite d'extractions rendues nécessaires pour fins de traitement d'orthodontie;

b) anesthésie employée en fonction de traitements de fractures et dislocation de la mandibule ou employée en fonction de tout traitement non couvert en vertu de ce plan;

c) engagés à la suite de traitements pré et post-chirurgicaux rendus en milieu hospitalier;

d) reliés à la mise en bouche et à l'achat d'une prothèse amovible;

e) d'achat, d'installation et de réparation d'une prothèse fixe;

f) se rapportant au traitement de l'articulation temporomandibulaire ou aux implants dentaires.