

L'Association générale des étudiants de l'AGE UQTR, s'engage à verser les prestations prévues aux termes de cette police, sous réserve des conditions qui y sont stipulées. Cette couverture ne permet pas de se retirer d'un autre régime d'assurance maladie au Québec, tel que le régime provincial ou une assurance offerte par un employeur.

Cette police est établie en considération de la proposition signée par le preneur et du paiement des primes dont il y est fait mention.

NUMÉRO DE POLICE : **22396**

PRENEUR : **Association générale des étudiants de l'AGE UQTR**

ADMINISTRATEUR DU RÉGIME : **Plan Major**

GARANTIES : **Assurance Maladie (santé complémentaire)
Assurance dentaire**

DATE DE PRISE D'EFFET : **le 1^{er} septembre 2021**

PÉRIODES DE COUVERTURE : **Du 1^{er} septembre au 31 décembre
Du 1^{er} janvier au 31 aout**

Cette couverture est établie à Trois-Rivières, dans la province de Québec, le 1^{er} septembre 2009.

Révision Août 2021

Table des matières

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.	Définitions.....	A-1
2.	Teneur du contrat.....	A-2
3.	Modification du contrat	A-2
4.	Admissibilité	A-2
5.	Demande d'assurance	A-3
6.	Prise d'effet de l'assurance	A-3
7.	Droits de l'étudiant lors de la prise d'effet d'une garantie	A-3
8.	Cessation de l'assurance	A-4
9.	Cessation du contrat	A-4
10.	Primes	A-5
11.	Renouvellement.....	A-5
12.	Certificat	A-5
13.	Administration par le preneur	A-5
14.	Renonciation	A-6
15.	Incontestabilité	A-6
16.	Recouvrement.....	A-6
17.	Cession ou gage	A-6
18.	Numéraire	A-6
19.	Subrogation et remboursement – Responsabilité d'un tiers.....	A-6
20.	Dispositions générales.....	A-7

SOMMAIRE DES GARANTIES

1. ASSURANCE MALADIE
2. SOINS DE LA VUE
3. ASSURANCE DENTAIRE

ASSURANCE MALADIE

1.	Objet de la garantie	K-1
2.	Définitions.....	K-1
3.	Conditions et admissibilité	K-2
4.	Frais admissibles	K-3
5.	Prestations aux survivants	K-6
6.	Coordination des prestations	K-6
7.	Cessation, limitations et exclusions	K-7
8.	Modalités d'application de la franchise.....	K-9
9.	Avis et preuve de réclamation	K-9

ASSURANCE DENTAIRE

1.	Objet de la garantie	K-10
2.	Définitions.....	K-10
3.	Conditions et admissibilité	K-10
4.	Frais admissibles	K-11
5.	Coordination des prestations	K-13
6.	Cessation, limitations et exclusions	K-14
7.	Modalités d'application de la franchise.....	K-15
8.	Évaluation préalable	K-15
9.	Avis et preuve de réclamation	K-15
10.	Prestations aux survivants	K-16

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente

L'**accident** est un événement soudain, fortuit et imprévisible causant directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles résultant exclusivement d'une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de la personne assurée.

Étudiant : personne inscrite à l'université et membre de son association étudiante.

Université : institution d'enseignement.

La **personne assurée** est l'étudiant ou l'une de ses personnes à charge assuré.

Le **participant** est l'étudiant admissible à l'assurance et assuré en vertu de ce contrat.

La **grossesse** comprend la période de gestation, l'accouchement, l'avortement et la fausse-couche.

L'**hospitalisation** est une admission pour un séjour à l'hôpital pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents ou pour une chirurgie qui n'est pas principalement de nature esthétique.

L'**hôpital** est un centre hospitalier de courte durée, reconnu comme tel par la loi, qui dispense des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui offre des services de diagnostic, des services opératoires et une surveillance infirmière continue. Aux fins de cette définition, l'hôpital exclut les maisons pour personnes âgées, les maisons de convalescence, les cliniques médicales et les centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie et/ou de toute autre forme de dépendance.

La **maladie** est la détérioration de la santé ou le désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Le **médecin** est un docteur en médecine, membre de la Corporation professionnelle des médecins dans la province ou l'état où il pratique.

La **personne à charge** de l'étudiant est :

- a) son conjoint, c'est-à-dire la seule personne de sexe opposé ou de même sexe considérée comme son conjoint :
 - 1) soit par le fait d'un mariage non dissout par le divorce, l'annulation, ou la cessation de la cohabitation permanente avec l'étudiant depuis plus d'un an;
 - 2) 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; ou
 - 3) soit par le fait qu'elle a eu un enfant avec l'étudiant, qu'elle habite maritalement avec lui et que leur union n'est pas terminée depuis 90 jours ou plus;
- b) un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de celui-ci, de son conjoint (comme défini au paragraphe précédent) ou des deux, qui dépend de l'étudiant pour son soutien et qui :

- 1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans;
- 2) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
- 3) 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 et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

Le **preneur** est celui désigné comme tel dans la proposition d'assurance collective. Il constitue avec l'administrateur de régime l'une des deux parties à ce contrat.

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

*Veuillez prendre note que les régimes peuvent comprendre des garanties qui sont pleinement assurée notamment mais non limitativement les garanties voyage et décès et mutilation accidentelle. Pour ces garanties, veuillez-vous référer aux polices fournies par le(s) assureur(s).

2. TENEUR DU CONTRAT

Cette police, la proposition d'assurance collective du preneur, le sommaire, les avenants et les annexes joints, de même que les preuves d'assurabilité et les demandes d'adhésion des étudiants constituent le contrat intégral entre les parties.

Tout avenant joint postérieurement au contrat est réputé en faire partie intégrante, selon les modalités qui y sont décrites.

3. MODIFICATION AU CONTRAT

Ce contrat peut être modifié à la demande écrite du preneur envoyé à l'administrateur du régime. L'administrateur se réserve le droit de demander une résolution d'une instance appropriée pour confirmer la modification. L'acceptation de la modification est sujette à la capacité opérationnelle de l'administrateur du régime d'administrer celle-ci.

4. ADMISSIBILITÉ

a) ÉTUDIANT

Un étudiant membre de l'association étudiante assuré par la RAMQ, ou l'équivalent de tout autre programme d'assurance maladie d'une autre province, ou l'équivalent de tout autre régime d'assurance privée.

b) PERSONNE À CHARGE

Les personnes à charge d'un étudiant deviennent admissibles à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- 1) La date à laquelle l'étudiant dont elles sont à charge devient admissible à l'assurance;
- 2) La date à laquelle elles répondent à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat;

5. DEMANDE D'ASSURANCE

a) ÉTUDIANT

Un étudiant admissible à l'assurance qui ne s'est pas désisté pendant la période prévue à cet effet est présumé avoir fait une demande d'assurance.

b) PERSONNE À CHARGE

Si un étudiant désire assurer ses personnes à charge en vertu de ce contrat, il doit remplir et transmettre à l'administrateur du régime une demande d'assurance à cet effet.

6. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un étudiant et/ou de toute personne à charge admissible prend effet :

- a) À la date prévue du début de sa couverture si l'étudiant se trouve sur une liste transmise par le preneur (ou l'université) à l'administrateur de régime ou
- b) À la date prévue du début de sa couverture sous réserve de la réception et de l'acceptation d'une demande d'assurance par l'administrateur du régime.

Toutefois, il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'administrateur du régime ne peuvent prendre effet qu'à compter de l'acceptation de ces preuves. La date d'acceptation sera alors la date de réception du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'administrateur du régime.

L'administrateur du régime avise alors par écrit le preneur de son acceptation ou de son refus d'accorder la garantie ou partie de garantie d'assurance demandée. L'administrateur du régime, doit transmettre celle-ci, sans délai, à l'étudiant concerné.

Si l'étudiant n'est pas en accord avec la décision prise par l'administrateur du régime, il peut faire une demande au preneur pour qu'il révise celle-ci. Le preneur doit aviser l'administrateur du régime de ce fait.

7. DROITS DE L'ÉTUDIANT LORS DE LA PRISE D'EFFET D'UNE GARANTIE

Lorsqu'une garantie de ce contrat remplace, en tout ou en partie, une garantie comparable d'un autre contrat relativement au même groupe, en entier ou en partie, et ce, dans les 31 jours de la cessation de l'ancienne garantie, les étudiants couverts en vertu de l'ancienne garantie sont assurés, de plein droit, par la nouvelle garantie, à compter de la date de cessation de l'ancienne, si :

- a) ils étaient assurés par le contrat qui a pris fin;
- b) la fin de leur assurance résulte exclusivement de la cessation de l'ancienne garantie;
- c) ils appartiennent à une classe prise en charge par la nouvelle garantie; et
- d) ils sont admissibles à l'assurance conformément aux dispositions du présent contrat.

8. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un étudiant et, le cas échéant, de ses personnes à charge, cesse de plein droit à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de cessation de ce contrat;
- b) le dernier jour du délai de grâce suivant le jour où n'a pas été payé à son égard tout montant alors exigible

relativement à la prime payable par le preneur en vertu de ce contrat;

- c) la date de réception chez l'administrateur du régime d'un avis écrit du preneur à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis;
- d) le jour où il fait de fausses représentations à l'administrateur du régime ou au preneur ou le jour où il commet un acte frauduleux à l'égard de l'administrateur du régime ou du preneur;
- e) le jour où l'étudiant ou ses personnes à charge le cas échéant ne répondent plus aux critères d'admissibilité du contrat; ou
- f) la date de terminaison indiquée au sommaire pour les garanties visées.

9. CESSATION DU CONTRAT

Ce contrat prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) sur avis écrit du preneur à l'administrateur du régime, à la plus éloignée des dates suivantes :
 - 1) la date indiquée dans l'avis; ou
 - 2) la date de réception de l'avis chez l'administrateur du régime;
- b) le dernier jour du délai de grâce, si la prime exigible en vertu de ce contrat n'a pas été payée par le preneur. Le preneur doit toutefois payer à l'administrateur de régime la prime due pour la période de grâce; ou
- c) la terminaison de la police n'affecte aucunement les réclamations pourvu que l'administrateur de régime en soit avisé pendant les délais prévus à l'article – Demande de règlement d'une réclamation.

10. PRIMES

a) Modification des taux de prime

Le preneur peut modifier le taux de prime en tout temps sous réserve des limitations opérationnelles de l'administrateur du régime et de l'institution.

b) Mode de paiement des primes

Les primes sont collectées par l'institution lors du paiement des frais institutionnels, les frais de réintégration et d'ajout de personne à charge doivent être payés directement à l'administrateur du régime.

11. RENOUELEMENT

Ce contrat se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois.

La période à compter de la date de prise d'effet de ce contrat jusqu'à la date du premier renouvellement, tel qu'il est indiqué au sommaire, est considérée comme étant la première année d'assurance. Les années d'assurance subséquentes, d'une période de 12 mois chacune, sont calculées à compter de la date du premier renouvellement.

12. CERTIFICAT

Le participant peut obtenir son certificat de couverture en s'inscrivant à l'application mobile ou au portail web. Il peut aussi obtenir celui-ci sur demande à l'administrateur du régime.

En cas de conflit entre les certificats remis et par l'administrateur du régime d'assurance collective et du contrat, le contrat prévaut.

13. ADMINISTRATION PAR LE PRENEUR

Aux fins d'administration de ce contrat, le preneur est le mandataire des étudiants, sauf quant aux droits et aux obligations qui leur sont attribués personnellement.

Le preneur doit informer les étudiants de leurs droits et de leurs obligations en vertu de ce contrat, de même que de toute modification qui peut par la suite y être apportée. L'étudiant a le droit de consulter le contrat d'assurance chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur doit fournir avec diligence à l'administrateur du régime tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat incluant mais non limitativement les preuves de paiement originales fournies par l'institution.

14. RENONCIATION

La renonciation ou l'omission de la part de l'administrateur du régime ou du preneur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'administrateur du régime ou du preneur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'administrateur du régime ou le preneur ait approuvé une action quelconque d'un participant ou d'une de ses personnes à charge lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser l'étudiant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'administrateur du régime ou du preneur pour toute action semblable subséquente.

15. INCONTESTABILITÉ

En l'absence de fraude, aucune fausse déclaration ou réticence ne peut fonder l'annulation ou la réduction d'une assurance qui a été en vigueur pendant deux ans.

16. RECOUVREMENT

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher l'administrateur de recouvrer toute somme payée en trop.

17. CESSION OU GAGE

L'assurance en vertu de ce contrat ne peut être ni cédée, ni mise en gage.

18. NUMÉRAIRE

Toutes les limites et tous les maximums applicables aux sommes payables sont également exprimés en monnaie canadienne.

19. SUBROGATION ET REMBOURSEMENT – RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

a) Garantie assurance maladie et dentaire

Lorsque toute somme est versée à la personne assurée en vertu du présent contrat sous les garanties d'assurance maladie ou dentaire suite à une maladie ou à un accident dont la responsabilité légale est imputable

à un tiers, le preneur par l'entremise de l'administrateur du régime est subrogé dans les droits de la personne assurée et peut recouvrer du tiers responsable les sommes qu'il a versées lorsque cela est permis par la loi.

La responsabilité conjointe ou solidaire de l'étudiant ou sa négligence contributive n'altèrent en rien ses obligations ainsi que les droits du preneur sous cette section.

20. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions générales du contrat s'appliquent à chacune des garanties pourvu que ces dispositions ne soient pas incompatibles avec les modalités de chacune des garanties.

SOMMAIRE DES GARANTIES

CATÉGORIE D'ÉTUDIANTS

Description 01 Tous les étudiants admissibles

Tous les étudiants éligibles qui ne se sont pas désistés pendant la période prévue à cet effet seront admissibles à ce régime d'assurance.

Maximum annuel de 10 000 \$ par certificat.

1. ASSURANCE-MALADIE

Catégorie d'assurés 01

Frais d'hospitalisation

Chambre à deux lits 100 %
Chambre privée ----

Frais ambulancier par voie terrestre

Coassurance 100 %

Hospitalisation : une indemnité de 50 \$ par jour d'hospitalisation, jusqu'à concurrence de 30 jours consécutifs par hospitalisation.

Transport ambulancier par voie terrestre, remboursé à 100 % jusqu'à un maximum de 5000 \$ par personne assurée par année contractuelle.

Frais complémentaires

Coassurance 100 %

Services professionnels d'une **infirmière autorisée**, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année de couverture.

Frais d'enseignement en cas de maladie ou accident, enseignement individuel par un professeur qualifié, 10 \$ de l'heure jusqu'à un maximum de 300 \$ par accident ou maladie (ne s'applique pas aux personnes à charge).

Services paramédicaux

Physiothérapeute, Massothérapeute, Chiropraticien, Diététicien, Podiatre, Acupuncteur, Ostéopathe, Naturopathe, Psychologue.	20.00 \$ / par visite Max. Combiné 750.00 \$ Max. 400.00 \$ / spécialiste Coassurance 100 %
--	--

Services paramédicaux : Jusqu'à un maximum de 400 \$ par praticien par personne assurée par période de couverture. Le maximum remboursable par jour pour une consultation auprès des spécialistes paramédicaux (Physiothérapeute, Massothérapeute**, Chiropraticien, Diététicien, Podiatre, Acupuncteur, Ostéopathe, Naturopathe, Psychologue***) est de 20 \$ par visite, pour un maximum combiné de 750 \$ par période de couverture.

*** L'Orthothérapie est payable sous massothérapie*

**** La psychothérapie est payable sous psychologie*

Vaccins

Vaccins hors-RAMQ Max. 100 \$ /12 mois

Frais complémentaires :

Coassurance 100 %

Les **vaccins** non couverts par le régime d'assurance provincial, excluant les frais d'administration et les injections contre les allergies, coassurance de 100 % jusqu'à un maximum de 100 \$ par 12 mois consécutifs.

Cette garantie à l'égard d'un étudiant et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes :

- a) Au 99^e anniversaire de naissance de l'étudiant;
- b) À la date où l'adhérent cesse d'être étudiant.
- c) À la date de cessation de l'assurance.

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 99^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

2. SOINS DE LA VUE

Catégorie d'assurés	<u>01</u>
Frais pour examen de la vue par période de couverture - 12 mois	<u>30 \$</u>
Frais pour lunettes ou lentilles cornéennes par 24 mois consécutifs	<u>50 \$</u>
Frais pour opération au laser par période de couverture – 12 mois	<u>150 \$</u>

Ces garanties à l'égard d'un adhérent et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes :

- a) au 99^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b) à la date où l'adhérent cesse d'être étudiant;
- c) à la date de cessation de l'assurance.

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 99^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

3. ASSURANCE DENTAIRE

Catégorie d'assurés

01

Partie I	Diagnostic	Coassurance	70 %
	Prévention	Coassurance	70 %
	Examen de rappel (1 par 12 mois)	Coassurance	70 %
	Restaurations mineures	Coassurance	70 % *
	Chirurgie buccale	Coassurance	70 % *
	Endodontie	Coassurance	50 % *
	Périodontie	Coassurance	50 %
		Frais totaux pour partie I, par période contractuelle :	1000.00\$
Partie II	Restauration et chirurgie majeure	Coassurance	0 %
Partie III	Prothèses	Coassurance	0 %
Partie IV	Orthodontie (Pour enfants de moins de 21 ans)	Coassurance	0 %
		Guide de tarifs dentaires applicable :	Courant
Partie V	Accident dentaire	Coassurance	100 %
		Frais totaux pour accident dentaire, par période contractuelle :	5000.00\$

Les plombages en composite (blanc) ne sont couverts que pour les dents du devant de la bouche. Un remboursement équivalent au montant remboursé pour un plombage en amalgame sera versé pour tout plombage en composite sur les dents arrières.

Cette garantie à l'égard d'un étudiant et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse à la première des éventualités suivantes :

- a) au 99^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- b) À la date où l'adhérent cesse d'être étudiant
- c) à la date de cessation de l'assurance.

De plus, toute garantie à l'égard des personnes à charge prend fin au 99^e anniversaire de naissance de la personne à charge si cette date est antérieure à celles qui sont indiquées ci-dessus.

ASSURANCE-MALADIE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'administrateur de régime rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire et toutes les autres conditions du contrat, les frais admissibles décrits ci-dessous :

2. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente

La **coassurance** désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'assurance à la personne assurée pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Une **consultation** a lieu lorsqu'une personne assurée rencontre un professionnel de la santé, à la demande d'un autre professionnel de la santé, afin qu'il émette des recommandations ou donne son opinion puisqu'il détient une expertise pertinente dans les circonstances.

Le **co-paiement** est la portion des frais admissibles qui est payée par l'adhérent pour chaque réclamation.

En cas d'urgence signifie la détérioration soudaine de la santé nécessitant des soins immédiats par un professionnel de la santé.

Famille immédiate désigne le conjoint, la conjointe, l'enfant ou le parent de la personne assurée.

Frais admissibles désigne les frais encourus par la personne assurée pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;
- b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé;
- c) sont approuvés par l'administrateur du régime, cependant un adhérent insatisfait peut demander la révision de la décision au preneur.
- d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;
- e) n'ont pas été fournis par une personne qui habite avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur; et
- f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

Les **frais raisonnables, ordinaires et habituels** sont les honoraires ou frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires ou pharmacies de la même région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables.

La **franchise** est la partie des frais admissibles que la personne assurée doit prendre à sa charge chaque année civile avant que ces frais ne lui soient remboursés. La franchise peut être individuelle ou familiale. Dans le cas d'une franchise familiale, si cette franchise est prise en charge par une personne assurée membre de la famille, aucune autre franchise n'est déduite des frais contractés par les autres membres de cette famille pour le reste de l'année en question.

Le **guide des tarifs** désigne le « Guide des tarifs » suggéré pour les actes bucco-dentaires et indiqué au sommaire dans la province de résidence de l'adhérent. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui du Québec.

Infirmière privée désigne une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée qui est inscrite auprès de son association professionnelle respective et qui ne réside pas avec la personne assurée et ne fait pas partie de sa famille immédiate.

Le **montant maximal de couverture** désigne le montant de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque personne assurée, et ce, tel qu'indiqué au sommaire, sans tenir compte de la coassurance.

Nécessaire du point de vue médical désigne des soins, des fournitures ou des services qui sont généralement acceptés par les professionnels de la santé et qui sont appropriés et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui sont dispensés selon les normes généralement acceptées et reconnues par les professionnels de la santé.

Professionnel de la santé désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmières praticiennes ou tout autre professionnel approuvé par l'administrateur de régime.

Régime gouvernemental désigne tout régime d'assurance qui est établi par tout gouvernement ou agence gouvernementale ou qui est sous son contrôle administratif.

Les **services diagnostiques** désignent les examens et les tests médicaux nécessaires afin d'identifier la nature ou l'étendue d'une maladie ou d'une blessure et qui sont administrés à la personne assurée dans les bureaux d'un médecin ou d'un dentiste, dans un hôpital ou encore dans un établissement privé de soins de santé préalablement approuvé par l'administrateur de régime, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un médecin, un dentiste ou une infirmière praticienne.

3. CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ

La présente garantie couvre les frais raisonnables, ordinaires et habituels contractés pour les services, les fournitures et les soins médicaux décrits à la section « Frais admissibles », sous réserve des limites et exclusions applicables.

La présente garantie n'a pas pour effet de remplacer le régime d'assurance-maladie de la province de résidence de la personne assurée ou tout autre régime d'assurance-maladie gouvernemental.

Une personne assurée ne peut être admissible à la présente garantie qu'à la condition qu'elle soit admissible aux garanties disponibles en vertu des régimes gouvernementaux d'hospitalisation et des programmes de soins de santé provinciaux.

Seuls les frais raisonnables, ordinaires et habituels excédant les frais payés ou remboursés par tout régime gouvernemental pourront être remboursés sous la présente garantie.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la police :

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours indépendamment de la date de service.

4. FRAIS ADMISSIBLES

a) Frais d'hospitalisation au Canada

La couverture inclut le paiement, sans franchise, pour les frais d'hospitalisation au Canada en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à un ou deux lits, tel qu'indiqué au sommaire. L'hospitalisation doit :

- être recommandé par deux médecins canadiens spécialisés dans le domaine de l'affection dont souffre l'assuré;
- recevoir l'approbation préalable par écrit de l'administrateur de régime après étude d'un rapport du médecin, si l'adhérent est insatisfait il peut demander la révision de la décision au preneur; et
- être couvert partiellement par le régime provincial d'assurance-maladie de l'assuré.

b) Frais à l'extérieur de la province de résidence

La couverture inclut le paiement, sans franchise, des honoraires de médecins engagés 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 90 jours consécutifs. Les honoraires de médecins sont toutefois admissibles seulement à concurrence des frais raisonnables, ordinaires et habituels demandés dans la région où ces frais sont engagés, réduit du montant remboursé ou remboursable par tout régime gouvernemental. Ces frais sont limités à un maximum de 5000 \$ par personne assurée par accident ou maladie.

c) Frais complémentaires au Canada

Les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants sont payés après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire,

1) Les frais engagés pour les services suivants rendus sur recommandation médicale :

- les analyses sanguines pour fins de diagnostic;
- le coût d'oxygène, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration;
- les épreuves diagnostiques incluant les frais de laboratoires et rayons-x jusqu'à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par période de couverture; et

2) Les frais suivants supportés par une ordonnance médicale :

- Infirmière privée autorisée : les services professionnels d'une infirmière privée autorisée en dehors du milieu hospitalier jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire. Ces services doivent toutefois être pré autorisés par l'administrateur du régime et supportés par une ordonnance médicale indiquant :
 - l'état de santé et le pronostic;
 - les services requis ainsi que leur fréquence; et

- la durée totale prévue des services;
 - Ambulance : lorsque requis et non-couverts par un régime gouvernemental, les 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 pas être transportée autrement, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par période de couverture;
 - la location ou, à la discrétion de l'administrateur du régime, l'achat d'une chaise roulante non motorisée (inclus les réparations), d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital ou de tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques temporaires jusqu'à concurrence de 5 000 \$ à vie par personne assurée, incluant les frais de réparation. Dans le cas de l'achat d'une chaise roulante, une limite d'une (1) chaise roulante à vie est imposée, sauf dans les cas où une chaise roulante doit être remplacée suite à la croissance d'un enfant;
 - la location ou achat, à la discrétion de l'administrateur du régime, des fournitures ou équipements médicaux suivants :
 - **corsets orthopédiques;**
 - **appareils de marche** ou aide à la mobilité (cane, béquilles, marchette) : limite de un à vie pour chaque type d'appareil;
 - **orthèses** fabriquées de matériel rigide, tel que le plastique ou le métal, et qui servent à maintenir une partie du corps en bonne position (les bandes de maintien élastiques et les orthèses du pied ne sont pas couvertes sous cette catégorie) : limite d'une orthèse par période de 60 mois consécutifs; et
 - le coût d'**éléments correctifs** ou l'achat d'**orthèses fabriquées sur mesure et de supports plantaires** et le coût d'achat de **chaussures orthopédiques** ajustés sur mesure fabriquées spécialement pour la personne assurée dans un laboratoire spécialisé et reconnu par la Corporation professionnelle des médecins, jusqu'à concurrence de 400 \$ par période de couverture et pourvu que la facture du laboratoire soit présentée;
 - l'achat de **prothèses oculaires** ou de **membres artificiels** (une seule prothèse oculaire par œil ainsi qu'un seul membre artificiel par membre amputé est couvert à vie à moins qu'un remplacement soit nécessaire suite à la croissance d'un enfant ou à la suite d'un changement pathologique). Un nettoyage par prothèses oculaires par année calendrier;
 - l'achat de **vêtements de pression** pour brûlures à concurrence de 500 \$ par personne assurée par période de couverture; et
- 3) Sous réserve d'une évaluation préalable par l'administrateur du régime, 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 la présente garantie; ces services doivent être rendus dans les 90 jours suivant la date de l'accident et cette garantie doit être en vigueur au moment où les soins

sont prodigués.

Les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ des honoraires prévus au guide des tarifs de l'année courante à l'usage du praticien général et approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes, ainsi que les honoraires prévus au guide des tarifs approuvés par l'Association des denturologues. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'assuré.

- 4) L'achat d'un **appareil auditif**, prescrit par un audiologiste, à concurrence de 500 \$ par personne assurée, par période de 36 mois consécutifs.

**Les tests auditifs ne sont pas couverts.*

- 5) Les frais pour **services paramédicaux** rendus par un psychologue, un chiropraticien, un naturopathe, un ostéopathe, un acupuncteur, un massothérapeute, une diététiste, un physiothérapeute ou un podiatre, pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur corporation professionnelle, et ce, à concurrence du maximum par spécialiste et par personne assurée, tel qu'il est indiqué au sommaire. Le praticien ne doit pas résider dans la maison de l'adhérent ou faire partie de sa famille immédiate. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire.
- 6) Les **prothèses capillaires** – (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie) jusqu'à un maximum de 400 \$ à vie.
- 7) Les **soutien-gorge** (suite à une mastectomie) jusqu'à un maximum de deux par période de couverture.
- 8) Les bas **pour varices ou phlébites** jusqu'à un maximum de deux paires par période de couverture.
- 9) Béquilles (achat ou location)

d) Frais pour soins de la vue

La couverture inclut les frais suivants :

- 1) frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste autorisé, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire;
- 2) frais de verres correcteurs* et de montures de lunettes ou frais de lentilles cornéennes, lorsqu'elles sont achetées sur ordonnance écrite d'un médecin ou d'un optométriste, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire.
- 3) frais de chirurgie au laser, jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire.

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, la limite prévue au paragraphe 2) ci-dessus ne sera jamais inférieure à 200 \$.

*Si la personne souffre de ces conditions, l'assuré peut être remboursé jusqu'à un maximum de

200\$ pour les lunettes.

5. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, ses personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continue d'être en vigueur, sans le paiement des primes. Cependant, l'assurance cesse à la plus rapprochée des dates suivantes :

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

6. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations sont réclamées en vertu de plus d'une section de la présente garantie, la réclamation sera évaluée selon la section qui prévoit les prestations les plus élevées.

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après, de manière 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. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été présentée auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit lorsque la personne assurée en vertu de la présente garantie l'est aussi en vertu d'une autre couverture d'assurance similaire :

- a) Pour tous les régimes complémentaires étudiants, lorsque l'étudiant assuré ou ses personnes à charge bénéficient de la couverture d'un autre régime d'assurance collective, ce dernier devient le premier payeur.
- b) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination des prestations devient le premier payeur;
- c) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge assurée sous plus d'un régime d'assurance à titre de personne à charge, le régime complémentaire étudiant est le dernier payeur.
- d) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge dont les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre de préséance est établi comme suit :

- 1) le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - 2) le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
 - 3) le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant; puis
 - 4) le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
 - 5) le régime complémentaire étudiant
- e) Lorsqu'une personne assurée requiert des soins dentaires par suite d'un accident et qu'il participe à la fois à un régime d'assurance maladie couvrant les lésions accidentelles aux dents et à un régime dentaire, le premier a préséance sur le second en ce qui a trait à la détermination des frais pris en charge.
- f) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut pas être établi par les sous-alinéas a), b), c), d), et e) ci-dessus, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

7. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

a) Cessation

Cette garantie cesse de plein droit, à l'égard d'un étudiant et, le cas échéant, de ses personnes à charge, lorsqu'il atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

b) Limitations et exclusions

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie à l'égard des frais suivants :

- 1) les frais qui ne sont pas des frais raisonnables, ordinaires et habituels selon l'opinion de l'administrateur du régime;
- 2) les frais d'examen de routine ou de bilan de santé ou tous frais engagés à l'occasion d'examens ou de traitements médicaux pour des fins autres que curatives;
- 3) la partie des frais couverte 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, s'il y a lieu;
- 4) les frais engagés, incluant les médicaments, à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement qui est jugé de nature expérimentale ou cosmétique par l'administrateur du régime;
- 5) les frais engagés pour des achats de médicaments prescrits résultant en une provision de médicaments correspondant à une période de traitement supérieure à trois mois;

- 6) les frais ayant trait à l'ajustement de lunettes et de lentilles cornéennes ou à l'achat de lunettes de soleil ou de lunettes de sécurité;
- 7) les services ou les fournitures obtenus ou contractés exclusivement afin de faciliter la participation à une activité sportive ou récréative;
- 8) les frais ayant trait à l'achat de prothèses dentaires, sauf l'achat d'une seule prothèse dentaire qui est devenue nécessaire suite à un accident survenu alors que cette garantie est en vigueur;
- 9) les frais ayant trait à l'ajustement ou à l'entretien d'appareils auditifs;
- 10) les frais de traitement de l'infertilité, y compris la fécondation *in vitro*;
- 11) les frais relatifs à un changement de sexe;
- 12) les frais encourus suite à une blessure subie ou une maladie contractée à l'occasion ou à la suite d'une opération militaire;
- 13) les frais pour des cures de repos, des soins de convalescence, des soins de garde ou des services de réadaptation dans un établissement pour malades chroniques, ou tous frais qui, de l'opinion de l'administrateur de régime, se rapportent à des soins qui devraient se donner dans un établissement pour malades chroniques.
- 14) Les frais engagés 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 ou tentative de commission par la personne assurée d'un acte criminel; ou
 - blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- 15) les frais engagés à l'extérieur du Canada alors que la condition médicale de la personne assurée permet le rapatriement mais que la personne assurée a refusé;
- 16) les frais encourus à l'extérieur du Canada alors que ces frais n'ont pas été préalablement approuvés par l'administrateur du régime;
- 17) les frais pour pompes à perfusion d'insuline;
- 18) les frais qui ne seraient normalement pas chargés à la personne assurée s'il n'en était de la couverture fournie par la présente garantie;

- 19) les frais pour des soins cosmétiques ou qui ne sont pas nécessaires du point de vue médical;
- 20) les frais pour des médicaments qui ne sont pas approuvés par la législation fédérale ou provinciale;
- 21) les frais administratifs ou de complétion de documents;
- 22) tous les frais non mentionnés parmi les frais admissibles; et
- 23) tous les frais assurés ou remboursés en vertu d'un régime gouvernemental.

8. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

Le montant de la franchise est celui indiqué au sommaire. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais admissibles engagés par l'adhérent et, le cas échéant, ses personnes à charge assurées.

Dans le cas d'un changement d'assureur, la partie des frais supportée en vertu du régime précédent sert à réduire la franchise en partie ou en totalité.

9. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

La personne assurée ou toute autre personne qui agit en son nom doit donner un avis à l'administrateur du régime dans les 24 heures de l'accident ou de la maladie ayant engendré des frais admissibles sous la présente garantie ou dans les meilleurs délais, advenant une impossibilité d'agir.

En cas de demande de paiement, l'étudiant ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'administrateur de régime, accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par celui-ci, dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été encourus sans quoi elle ne sera pas recevable.

Les frais admissibles sont remboursés ou payés au plus tard dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires à l'exception des périodes de désistement qui peuvent engendrer des délais plus long.

L'étudiant ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'administrateur du régime peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite au preneur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de douze mois après la décision initiale de l'administrateur du régime.

ASSURANCE DENTAIRE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais, l'administrateur du régime rembourse, sous réserve des autres dispositions du contrat, les frais admissibles qui sont nécessaires du point de vue médical selon les modalités de paiement indiquées au sommaire.

Les frais admissibles ne sont remboursables ou payables que si les soins dentaires sont administrés par un dentiste, un denturologiste, un chirurgien-dentiste ou, sous sa surveillance, par un hygiéniste dentaire ou tout membre de leur corporation professionnelle respective. Les frais sont considérés avoir été contractés le jour où le service dentaire fut rendu ou, si l'acte dentaire exige deux rendez-vous ou plus, la date du dernier traitement.

Tous les frais admissibles décrits à la présente garantie sont disponibles à compter de la date à laquelle l'étudiant devient admissible à la présente garantie dans le cas où l'adhérent souscrit à cette garantie dans les 31 jours de la date à laquelle il est devenu admissible à cette garantie.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de cette garantie :

La **franchise** est la partie des frais admissibles qui est supportée par l'étudiant.

Le **guide des tarifs** désigne le « Guide des tarifs » suggéré pour les actes bucco-dentaires à l'usage du praticien général en vigueur dans la province de résidence de la personne assurée. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui du Québec.

Coassurance désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'administrateur du régime à l'étudiant pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Les **frais raisonnables, ordinaires et habituels** sont les honoraires ou frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires ou pharmacies de la même région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, services ou fournitures identiques ou comparables.

Par **nécessaire du point de vue médical**, on entend des soins, des fournitures ou des services qui sont généralement acceptés par les professionnels de la santé et qui sont appropriés et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure et qui sont dispensés selon les normes généralement acceptées et reconnues par les professionnels de la santé. L'administrateur du régime se réserve le droit d'évaluer indépendamment ce qui est considéré nécessaire du point de vue médical, et pourrait par conséquent refuser une demande s'il juge autrement. Si l'adhérent est insatisfait, il peut demander la révision de la décision au preneur.

Régime gouvernemental désigne tout régime d'assurance qui est établi par tout gouvernement ou agence gouvernementale ou qui est sous son contrôle administratif.

Par **famille immédiate**, on entend le conjoint, enfant, ou parent de l'assuré.

3. CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ

L'administrateur de régime paie, après déduction de la franchise et selon les pourcentages indiqués à cet effet au sommaire, les frais raisonnables, ordinaires et habituels pour les soins dentaires suivants :

Frais admissibles désigne les frais encourus par la personne assurée pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;
- b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé;
- c) sont approuvés par l'administrateur de régime;
- d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;
- e) n'ont pas été fournis par une personne qui habite avec la personne assurée, qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur; et
- f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

4. FRAIS ADMISSIBLES

L'administrateur du régime paie, après déduction de la franchise et selon les pourcentages indiqués à cet effet au sommaire, les frais raisonnables, ordinaires et habituels pour les soins dentaires suivants :

PARTIE I – Soins de base

Les frais suivants sont admissibles à un remboursement et sont sujets à la franchise, à la coassurance et au maximum indiqués au sommaire, s'il y a lieu.

a) Diagnostic et prévention

1) l'examen buccal clinique, soit :

- l'examen complet initial, sous réserve d'un examen par période de 36 mois consécutifs, à moins que cet examen ne soit fait par le même dentiste, auquel cas une période de 60 mois est applicable;
- l'examen de rappel ou périodique, sous réserve d'un examen par période indiquée au sommaire;
- autres examens ou consultations (sauf pour les traitements orthodontiques); et

2) la radiographie, soit :

- la série complète de pellicules, sous réserve d'un maximum d'une série par période de 24 mois consécutifs;
- la pellicule panoramique, sous réserve d'un maximum d'une pellicule par période de 24 mois consécutifs;
- les pellicules interproximales, sous réserve d'un maximum de une série par période de six mois consécutifs; et

- les autres films intra-oraux, extra-oraux et céphalométriques (sauf pour les traitements orthodontiques), sous réserve d'un maximum de 4 séries par période de 24 mois consécutifs.
- 3) les tests et examens de laboratoire;
 - 4) le polissage des dents, sous réserve d'une unité par période indiquée au sommaire;
 - 5) l'application topique de fluorure, sous réserve d'un traitement par période indiquée au sommaire pour dépendants de moins de 16 ans;
 - 6) le détartrage des dents sous réserve d'un maximum de deux unités par période de couverture.

b) Restauration mineure

- 1) Caries, traumatisme et contrôle de la douleur
- 2) Restauration à l'aide d'amalgame (non-liée)
- 3) Tenons dentinaires pour restauration
- 4) Restauration en acrylique ou résine composite ou silicate et tenons dentinaires et autres services. Les plombages en composite (blanc) ne sont couverts que pour les dents du devant de la bouche. Un remboursement équivalent au montant remboursé pour un plombage en amalgame sera versé pour tous plombages en composite sur les dents arrières.
- 5) Obturations des dents postérieures avec matériaux esthétiques avec ou sans acide liant
- 6) Réparation d'une prothèse amovible
- 7) Réparation de ponts
- 8) Pansements sédatifs
- 9) Restaurations temporaires

c) Chirurgie buccale

Les frais admissibles sous cette catégorie comprennent les extractions simples et les extractions chirurgicales de dents ou de racines, l'excision ou l'incision chirurgicale et autres actes bucco-dentaires, y compris les soins préopératoires et postopératoires.

d) Services complémentaires

- 1) Anesthésie intraveineuse, sous réserve d'un maximum de 6 unités par 12 mois consécutifs

e) Endodontie

- 1) Pulpotomie
- 2) Traitement de canal
- 3) Apexification
- 4) Traitements périapicaux
- 5) Amputation de racine
- 6) Traitements endodontiques spéciaux

Tous les frais payables indiqués à la présente catégorie comprennent la consultation en prévision du traitement, les actes cliniques nécessaires du point de vue médical et les radiographies appropriées et jugées raisonnables par l'administrateur du régime.

f) Périodontie

Les frais payables sous cette catégorie sont les services nécessaires du point de vue médical afin de détecter et de guérir les états pathologiques des éléments de soutien des dents, soit : gingivectomie, gingivoplastie, autres actes parodontaires, aplanissement de la racine jusqu'à concurrence de 2 unités par année et parodontie non chirurgicale.

**Plaque occlusale couvert ainsi que le bruxisme.*

Partie V – Soins dentaire accidentel

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 la présente garantie; ces services doivent être rendus dans les six mois suivant la date de l'accident et cette garantie doit être en vigueur au moment où les soins sont prodigués.

Par contre, si la personne assurée est âgée de moins de 16 ans, le délai de traitement de six mois ne s'applique pas, pourvu que le chirurgien-dentiste traitant en informe l'assureur dans les 90 jours de la date de l'accident et qu'il obtienne l'approbation de l'assureur.

Les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire 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.

5. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si des prestations sont réclamées en vertu de plus d'une session de la présente garantie, la réclamation sera évaluée selon la section qui prévoit les prestations les plus élevées.

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites, selon l'ordre de paiement établi ci-après de manière 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. Les sommes assurées en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprennent les prestations qui auraient été payables si une demande en règle avait été présentée auprès de l'autre assureur.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit lorsque la personne assurée en vertu de la présente garantie l'est aussi en vertu d'une autre couverture d'assurance similaire :

- a) Pour tous les régimes complémentaires étudiants, lorsque l'étudiant assuré ou ses personnes à charge bénéficient de la couverture d'un autre régime d'assurance collective, ce dernier devient le premier payeur.
- b) Un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination des prestations devient le premier payeur.
- c) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge assurée sous plus d'un régime d'assurance à titre de personne à charge, le régime complémentaire étudiant est le dernier payeur.
- d) Lorsqu'il s'agit d'une personne à charge dont les parents sont séparés ou divorcés, l'ordre de préséance est établi comme suit :

- 1) le régime du parent ayant la garde de l'enfant;
 - 2) le régime du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant;
 - 3) le régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant;
 - 4) le régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant; puis
 - 5) le régime complémentaire étudiant
- e) lorsqu'une personne assurée requiert des soins dentaires par suite d'un accident et qu'elle participe à la fois à un régime d'assurance maladie couvrant les lésions accidentelles aux dents et à un régime dentaire, le premier a préséance sur le second en ce qui a trait à la détermination des frais en charge; et
- f) Lorsque l'ordre de priorité de paiement ne peut être établi par les sous-alinéas a), b), c), d) et e) ci-dessus, les prestations devront être réparties au prorata entre les régimes en proportion des montants qui auraient dû être payés en vertu de chaque régime.

6. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

a) Cessation

Cette garantie à l'égard d'un étudiant et, le cas échéant, de ses personnes à charge assurées cesse, de plein droit, lorsque l'adhérent atteint l'âge indiqué à cet effet au sommaire.

b) Limitations

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable à l'égard des frais suivants :

- 1) la partie des frais en excédent des tarifs indiqués à l'édition courante du guide des tarifs de la province de résidence de la personne assurée;
- 2) l'excédent, par personne assurée, du montant maximal de prestations mentionné au sommaire; et

c) Exclusions

Aucune prestation en vertu de cette garantie n'est payable à l'égard des frais suivants :

- 1) les frais excédant les frais raisonnables, ordinaires et habituels normalement exigés pour les soins dentaires les moins chers, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire;
- 2) la partie des frais couverts en vertu d'une loi sur les accidents du travail, sur l'assurance maladie, sur l'assurance automobile, ou toute autre loi équivalente en vigueur au Canada;
- 3) les frais couverts en vertu d'une autre garantie d'assurance de ce contrat;
- 4) les frais engagés à l'occasion de traitements pour des fins principalement esthétiques ou

pour des fins autres que curatives;

- 5) les frais engagés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement de nature expérimentale selon l'opinion de l'administrateur de régime;
- 6) les frais de remplacement de prothèses perdues, égarées ou volées;
- 7) les frais engagés pour les 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;
- 8) les frais facturés par un chirurgien-dentiste pour un rendez-vous auquel la personne assurée ne s'est pas présentée ou les frais chargés pour remplir un formulaire d'assurance ou autre document;
- 9) les frais pour soins dentaires engagés pour la reconstruction de la bouche au complet, pour la correction de la dimension verticale ou pour le traitement de l'articulation temporo-mandibulaire;
- 10) les frais relatifs à des traitements d'orthodontie, y compris la correction d'une malocclusion;
- 11) les frais engagés à la suite de :
 - blessures ou dommages physiques ou mentaux que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - commission ou tentative de commission par la personne assurée d'un acte criminel; ou
 - blessures subies à l'occasion de la participation active de la personne assurée à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non; et
- 12) les frais non mentionnés parmi les frais admissibles.
- 13) les frais relatifs à un implant. Incluant rayons-x, greffe d'os, élévation du sinus et autres travaux relatifs.

7. MODALITÉS D'APPLICATION DE LA FRANCHISE

Le montant de la franchise est celui indiqué au sommaire. La franchise ne s'applique qu'une seule fois par année civile à l'ensemble des frais dentaires admissibles engagés par l'adhérent et, le cas échéant, ses personnes à charge assurées.

Dans le cas d'un changement d'assureur ou d'administrateur de régime, la partie des frais supportée en vertu du régime précédent sert à réduire la franchise en partie ou en totalité pour l'année civile en cours.

8. ÉVALUATION PRÉALABLE

Un plan de traitement détaillé doit être soumis à l'administrateur de régime avant le début du traitement, s'il est prévu que le montant des frais pour un service dentaire distinct proposé par le chirurgien-dentiste est supérieur à 200 \$.

Nonobstant l'évaluation mentionnée ci-dessus faite par l'administrateur du régime, le montant des prestations est payé selon les modalités de la garantie en vigueur au moment où les traitements sont effectués.

L'administrateur de régime transmet à la personne assurée, dans les 31 jours suivant la réception des documents requis, le renseignement quant au montant des prestations reconnues en vertu de cette garantie que l'administrateur du régime est prêt à déboursier si le traitement est effectué.

9. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de demande de paiement, l'étudiant ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'administrateur du régime, accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'administrateur du régime, dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été encourus.

Les frais admissibles sont remboursés ou payés dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires. (Nouveau rayon-x, photos, modèles d'étude devrait être envoyé avant que le traitement ne soit complété)

L'étudiant ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'administrateur du régime peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'administrateur du régime et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de 12 mois après la décision initiale de l'administrateur du régime.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la police :

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours indépendamment de la date de service.

10. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'étudiant, les personnes à charge sont assurées en vertu de la présente garantie, l'assurance des personnes à charge continuera d'être en vigueur sans le paiement des primes. Cependant, l'assurance cessera à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) La date de cessation du présent contrat;
- b) Vingt-quatre mois après la date du décès de l'adhérent;
- c) La date à laquelle une police remplaçante émise par un autre assureur entre en vigueur; où
- d) La date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge admissible pour n'importe quelle raison, sauf le cas où il n'y a plus d'adhérent survivant admissible.