

Le présent document n'est pas une copie de la police. Il vous résume cependant toutes les garanties d'assurance qui en font partie, sans que, pour autant, vous participiez à toutes ces garanties. Advenant une divergence entre le libellé du document et la police, c'est la police qui fera autorité dans la mesure prévue par la loi.

POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE NUMÉRO : **330010 - 00**

Conformément aux termes et conditions de la police émise à :

FÉDÉRATION ÉTUDIANTE DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE (FEUS)

« le preneur »

HUMANIA ASSURANCE INC.

« l'assureur »

Catégorie 1 : Tous les étudiants admissibles

s'engage à payer les prestations ou indemnités prévues aux termes de la police, contre paiement par le preneur des primes exigées.

Date d'entrée en vigueur : Le 1^{er} septembre 2022

Ce document renferme des renseignements importants et doit être conservé en lieu sûr.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	3
Assurance santé complémentaire.....	3
Assurance frais dentaires	9
IDENTIFICATION DES PARTIES.....	11
DÉFINITIONS.....	13
CONDITIONS GÉNÉRALES	19
DESCRIPTION DES GARANTIES	29
Assurance santé complémentaire.....	29
Assurance frais dentaires	36
ANNEXE	42

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Dispositions générales

Catégorie 1	Tous les étudiants admissibles
Période de couverture	Du 1 ^{er} septembre 2022 au 31 août 2023
Terminaison	La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque le participant atteint l'âge de quatre-vingt-dix-neuf (99) ans; 2. à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Franchise	Aucune
Ticket modérateur	Aucun
Maximum global 1	10 000 \$ / période de couverture

Médicaments

	Générique	Origine	Unique
Contraceptifs oraux, antidépresseurs et neurostimulants inscrits sur la liste RAMQ (2 ^e payeur)	100 %	100 %	100 %
Contraceptifs oraux, antidépresseurs et neurostimulants non-inscrits sur la liste RAMQ	100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché	100 %

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Frais complémentaires

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Hospitalisation (chambre semi-privée)	100 %	Illimité	Aucun
Allocation lors d'une hospitalisation de courte durée (jusqu'à 30 jours) en chambre semi-privée	100 %	50 \$ / jour, maximum 30 jours	Aucun
Maison de convalescence (chambre semi-privée)	100 %	100 jours / période d'hospitalisation	Aucun
Vaccins préventifs	100 %	150 \$ / période de couverture	Aucun
Frais d'enseignement – tuteur privé	100 %	10 \$ / heure, 300 \$ / accident ou maladie	Aucun
Soins infirmiers	100 %	10 000 \$ / période de couverture	1
Ambulance (par voie terrestre)	100 %	Aucun	1
Ambulance (par voie aérienne)	100 %	Aucun	1

Services diagnostiques

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Radiographies et échographies en clinique privée (excluant échographies de maternité)	100 %	Aucun	1
---	-------	-------	---

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Appareils respiratoires

Coassurance Maximum par couverture Maximum global

Oxygène et matériel nécessaire à son administration	100 %	Aucun	1
Moniteur d'apnée	100 %	Aucun	1
Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique	100 %	Aucun	1

Orthèses et prothèses

Coassurance Maximum par couverture Maximum global

Chaussures orthopédiques	100 %	200 \$ / période de couverture	1
Orthèses et prothèses podiatriques	100 %	Aucun	1
Membres artificiels et prothèses myoélectriques	100 %	10 000 \$ / prothèse	1
Yeux artificiels	100 %	Aucun	1
Prothèses mammaires externes	100 %	Aucun	1
Prothèses auditives	100 %	250 \$ / 2 ans	1

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Fournitures médicales

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Corset métallique ou fabriqué avec des matériaux équivalents, à la condition que ce corset soit essentiel pour le soutien de la colonne vertébrale	100 %	Aucun	1
Support pour un membre, bandage herniaire et plâtre	100 %	Aucun	1
Lit d'hôpital (modèle de base)	100 %	Aucun	1
Neurostimulateur T.E.N.S.	100 %	Aucun	1
Autres appareils thérapeutique médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection	100 %	Aucun	1
Fourniture ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétrostomie	100 %	Aucun	1
Bas de contention à compression de 20 mm de HG ou plus, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique	100 %	Aucun	1
Fourniture pour paraplégique	100 %	Aucun	1
Cathéter	100 %	Aucun	1
Fourniture médicale servant au gavage	100 %	Aucun	1

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Fourniture médicale suite à une trachéotomie	100 %	Aucun	1
Lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis	100 %	Aucun	1
Vêtements compressifs pour brûlés	100 %	Aucun	1
Pansements médicamenteux	100 %	Aucun	1

Professionnels de la santé

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Acupuncteur	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Chiropraticien	100 %	40 \$ / visite, 600 \$ / période de couverture	1
Diététiste	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Ergothérapeute	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Kinésiologue	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Massothérapeute (recommandation médicale requise)	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Naturopathe	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Ostéopathe	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Physiothérapeute/Physiatre	100 %	50 \$ / visite, 750 \$ / période de couverture	1
Podiatre/Podologue	100 %	20 \$ / visite, 400 \$ / période de couverture	1
Psychologue/Psychothérapeute/Travailleur social	100 %	40 \$ / visite, 800 \$ / période de couverture	1
Technique d'imagerie utilisées par un chiropraticien, un ostéopathe, un podiatre ou un podologue	100 %	1 examen / période de couverture inclus dans le maximum du professionnel associé	1

Soins de la vue

Coassurance

Maximum par couverture

Maximum global

Examen de la vue	100 %	60 \$ / période de couverture	Aucun
Lunettes et lentilles cornéennes	100 %	150 \$ / 24 mois consécutifs	Aucun
Remplacement ou réparation de lunettes en cas de bris accidentel	100 %	150 \$ / 24 mois consécutifs	Aucun
Chirurgie au laser	100 %	150 \$ / période de couverture	Aucun

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Dispositions générales

Catégorie 1	Tous les étudiants admissibles
Période de couverture	Du 1 ^{er} septembre 2022 au 31 août 2023
Terminaison	La présente garantie prend fin à la première des éventualités suivantes : <ol style="list-style-type: none"> 1. lorsque le participant atteint l'âge de quatre-vingt-dix-neuf (99) ans; 2. à la date d'annulation de la présente garantie ou de la police d'assurance.

Couverture

Franchise	Aucune
Guide des tarifs	Guide de l'année en cours de la province de résidence de l'assuré.
Paiement direct	Oui
Maximum global	1 000 \$ / période de couverture

Soins diagnostics et préventifs

Coassurance

Diagnostic Examens et radiographies	60 %
Prévention Nettoyage et polissage	60 %

SOMMAIRE DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Soins de base

Coassurance

Chirurgie Extractions	50 %
Anesthésie générale Lors d'une chirurgie ou d'un traitement	50 %
Restaurations mineures Obturations (plombages)*	50 %
Périodontie Traitement des gencives	50 %
Endodontie Traitement de canal	50 %

* Les obturations en amalgame (plombages gris) pour les molaires et en composite (plombages blancs) pour les autres dents

IDENTIFICATION DES PARTIES

Administrateur de régime

Organisation responsable de l'administration du présent contrat d'assurance collective ainsi que du paiement des réclamations des garanties d'assurance santé complémentaire et d'assurance frais dentaires. Dans le cadre de ce contrat, l'administrateur de régime est Plan Major inc.

Assuré

Le participant et ses personnes à charge lorsque l'assurance est entrée en vigueur selon les conditions de la police.

Assureur

L'assureur est Humania Assurance inc.

Employé

L'employé est un salarié, travaillant pour l'Association Étudiante De L'université De Sherbrooke.

Étudiant

L'étudiant est une personne membre de la Fédération Étudiante De L'université De Sherbrooke ainsi que les étudiants non-membre de l'association étudiante en stage autorisé par l'institution.

Participant

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

Personne à charge

Le conjoint et l'enfant à charge d'un participant qui ont été déclarés à l'assureur et tels que définis ci-après :

Conjoint

La personne

1. qui est mariée avec le participant et cohabite avec lui; ou
2. qui vit maritalement avec le participant depuis au moins douze (12) mois consécutifs; ou immédiatement si un enfant est né de leur union et

IDENTIFICATION DES PARTIES

- a. est désignée sur le formulaire « Déclaration d'état matrimonial » au titre de conjoint par le participant; et
- b. est publiquement présentée comme son conjoint.

Toutefois, l'annulation du mariage, le divorce ou la séparation entraîne la perte du statut de conjoint.

Enfant à charge

Pour être admissible, l'enfant du participant ou de son conjoint doit être célibataire et sans emploi à plein temps, il doit résider au Canada et doit dépendre du participant ou de son conjoint pour son soutien. De plus, l'enfant doit :

1. être âgé de moins de vingt et un (21) ans; ou
2. être âgé de vingt et un (21) ans à vingt-cinq (25) ans inclusivement et fréquenter une maison d'enseignement reconnue où il est inscrit à titre d'étudiant à temps plein; ou
3. quel que soit son âge, avoir été frappé d'invalidité totale avant son dix-huitième (18^e) anniversaire de naissance et demeurer totalement invalide depuis.

Preneur

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

Université

L'Université est l'institution d'enseignement tel qu'indiqué à la proposition d'assurance collective.

DÉFINITIONS

A

Accident

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.

B

Blessure corporelle

Lésion corporelle résultant directement d'un accident subi par l'assuré alors que la police est en vigueur.

C

Coassurance

Pourcentage des frais admissibles assumés par l'assureur.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie nécessitant l'intervention d'un anesthésiste.

D

Date de mise à la retraite

Date à laquelle un participant débute sa retraite selon :

- le régime de retraite auquel il participe; ou
- la convention de travail en vigueur chez l'employeur; ou
- la pratique en usage chez l'employeur.

DÉFINITIONS

Dentiste

Tout dentiste ou chirurgien-dentiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le dentiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

Denturologiste

Tout denturologiste membre en règle de son ordre professionnel provincial ou d'une association professionnelle reconnue par l'autorité législative ayant juridiction où le denturologiste exerce, et pratique activement sa profession au Canada.

F

Franchise

Partie des frais admissibles que doit assumer l'assuré avant que l'assureur n'effectue un remboursement. La franchise ne s'applique qu'une fois par année de couverture.

Les frais admissibles assumés par l'assuré au cours des trois (3) derniers mois d'une année civile et servant à couvrir en partie ou en totalité la franchise de l'année, sont appliqués en réduction de la franchise de l'année suivante.

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 juridiction lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables.

Frais admissibles

Désigne les frais encourus par l'assuré pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- sont inclus dans les couvertures prévues au Sommaire des garanties; et
- sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels; et
- sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé; et
- sont approuvés par l'assureur; et

DÉFINITIONS

- excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental.

G

Guide des tarifs

Désigne le guide des tarifs et nomenclature des actes bucco dentaires indiqué au Sommaire des garanties. S'il n'y a aucun guide applicable dans cette province ou ce territoire, le guide des tarifs utilisé est celui de la province du Québec.

H

Hôpital

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins de courte durée en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, à l'exception toutefois de l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents.

Hospitalisation

Séjour à l'hôpital d'une durée minimale de dix-huit (18) heures à titre de patient alité ou à la suite d'une chirurgie d'un jour.

I

Invalidité totale

Pendant la période de vingt-quatre (24) mois qui suit le début de l'invalidité : État du participant résultant d'un accident ou une maladie qui le rend inapte à remplir toutes et chacune des fonctions inhérentes à son occupation et qui, durant cette période, n'occupe pas un autre emploi et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Si l'invalidité persiste au-delà de vingt-quatre (24) mois : État du participant inapte à vaquer à toute occupation ou tout travail rémunérateur pour lequel il est raisonnablement qualifié par sa formation, son éducation et son expérience sans égard à la disponibilité d'emploi, qui n'occupe aucun emploi, sauf

DÉFINITIONS

dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur et est sous les soins et traitements continus et appropriés d'un médecin.

Une invalidité totale, débutant plus de trente et un (31) jours après un accident, est considérée comme résultant d'une maladie.

J

Jour

Jour calendrier, sauf indication contraire dans la garantie.

M

Maison de convalescence

Institution reconnue comme centre hospitalier de soins prolongés en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation du Québec et régie par cette loi, ou à l'extérieur du Québec, par une loi équivalente, et l'unité de soins prolongés ou de l'unité de soins réservée aux convalescents dans un hôpital.

Médecin

Professionnel de la santé légalement autorisé à pratiquer la médecine au Canada, en vertu de son doctorat en médecine (M.D.), qui est membre en règle de sa corporation professionnelle et qui pratique activement sa profession au Canada.

Maladie

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin et qui n'a pas été causé par un accident.

Maximum

Désigne le montant maximal de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque assuré, tel qu'indiqué au Sommaire des garanties, après application de la franchise, du ticket modérateur et de la coassurance, s'il y a lieu.

DÉFINITIONS

P

Période de modification et de désistement

Est la période prédéterminée par l'association étudiante et l'administrateur de régime pendant laquelle un participant peut apporter des modifications à son régime ou s'en désister. Cette période est communiquée sur le site web de l'administrateur de régime.

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'assureur.

R

Régime gouvernemental

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

S

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'assureur, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un médecin, un dentiste ou une infirmière praticienne.

DÉFINITIONS

T

Ticket modérateur

Montant que doit assumer l'assuré pour chaque médicament admissible avant l'application de la coassurance.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Adhésion

Étudiant

L'adhésion est automatique pour tous les étudiants admissibles avec possibilité de retrait pendant la période de modification et de désistement.

Employé

L'employé admissible adhère à la police en remplissant le formulaire requis et en justifiant, lorsqu'il s'agit d'une des conditions à l'assurance, de son assurabilité à la satisfaction de l'assureur dans le cas des garanties autres que l'assurance santé complémentaire. L'employé doit justifier de cette assurabilité lorsque le formulaire requis parvient à l'assureur plus de trente (30) jours après l'expiration de la période d'attente.

L'adhésion à la garantie d'assurance santé complémentaire est obligatoire pour l'employé admissible et ses personnes à charge, à moins qu'une preuve satisfaisante à l'effet qu'ils sont couverts en vertu d'un autre régime d'assurance collective comprenant au moins la couverture d'assurance médicaments prévue par la Loi ne soit remise à l'assureur. Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée aux fins de l'adhésion à la garantie d'assurance santé complémentaire.

Personne à charge de l'étudiant

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

Admissibilité

Étudiant

Un étudiant membre de la Fédération Étudiante De L'université De Sherbrooke et assuré par le régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

Nonobstant ce qui précède, les membres de la Fédération Étudiante De L'université De Sherbrooke qui ne sont ni citoyens, ni résidents canadiens, pourront bénéficier du régime de protection seulement s'ils sont assurés par le régime d'assurance maladie de leur province de résidence ou par un régime privé équivalent.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Employé

Un employé faisant partie des catégories mentionnées au sommaire des garanties peut adhérer s'il satisfait aux trois (3) conditions suivantes :

- âgé de moins de soixante-dix (70) ans;
- est au service de l'employeur, à titre d'employé permanent de la Fédération Étudiante De L'université De Sherbrooke au moins vingt (20) heures par semaine, à condition qu'il soit effectivement au travail à plein temps, à la date d'entrée en vigueur de son assurance et pour la durée de la police;
- est un travailleur au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Personne à charge

La personne à charge d'un participant devient admissible à l'assurance à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date à laquelle le participant dont elle est à charge devient admissible à l'assurance;
- la date à laquelle elle répond à la définition d'une personne à charge en vertu de ce contrat.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, le participant peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de son assurance en faisant parvenir un avis écrit au siège social de l'assureur. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant le participant retournent à ce dernier.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

La somme assurée payable au décès d'une personne à charge assurée est versée au participant, s'il est vivant. Si le participant est décédé, elle est versée selon les modalités suivantes :

1. advenant le décès du conjoint : aux héritiers légaux du conjoint;
2. advenant le décès d'un enfant à la charge du participant :
 - a. au conjoint, s'il est vivant;
 - b. sinon aux héritiers légaux de l'enfant à charge.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Cession

Ni la police, ni l'assurance d'un participant ne peuvent être cédées ou hypothéquées.

Changements de politiques gouvernementales

La prime est établie en tenant compte des prestations payables en vertu des lois sociales actuellement en vigueur. Advenant modification à ces lois affectant les obligations de l'assureur, celui-ci peut ajuster la prime en conséquence, et ce, à compter de la date d'entrée en vigueur de la modification.

De plus, advenant toute divergence entre les termes et conditions de la présente police et la Loi sur l'assurance-médicaments du Québec, la loi aura préséance.

Continuité de l'assurance (congé sans solde et mise à pied temporaire)

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance de tout participant et de ses personnes à charge, à l'exclusion de l'assurance salaire, peut être maintenue en vigueur à la demande du preneur pendant une période maximale de douze (12) mois, en continuant le paiement des primes. Pour bénéficier de ce privilège, la demande doit être reçue dans les trente (30) jours qui suivent immédiatement le début de la période d'absence.

Contrat

La police, la proposition d'assurance et les demandes d'assurance des participants constituent le contrat.

Lorsqu'il est fait mention d'une date pour la prise d'effet, la cessation ou la modification de toute garantie, la prise d'effet a lieu à cette date à 00:01, au lieu d'établissement du preneur.

Demande de prestations et paiement

Toute demande de prestation doit être détaillée à la satisfaction de l'assureur, produite par écrit et envoyée au siège social de l'assureur dans les quatre-vingt-dix (90) jours. Les frais sont considérés comme engagés à la date à laquelle les services ont été rendus ou les articles ont été fournis.

Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestation pour les demandes reçues au-delà de quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation du contrat.

Tout paiement est fait en monnaie légale du Canada.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Assurance vie, Assurance maladies graves et Assurance invalidité

Le preneur ou l'assuré est tenu d'informer par écrit l'assureur du sinistre dans les trente (30) jours suivant la date de l'événement.

Sous réserve de l'obligation d'informer l'assureur de certaines maladies graves, décrit à la clause *Obligation d'informer l'Assureur* le défaut de transmettre la demande de prestation ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation, pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestation, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

L'assuré doit se soumettre à tout examen médical lorsque l'assureur le demande.

Droit du participant lors d'un transfert d'assureur

Tout employé admissible à l'assurance, qu'il soit au travail ou en interruption temporaire de travail, maintient les garanties d'assurance et les montants de couverture s'y rattachant qui étaient en vigueur au moment de transfert d'assureur selon les nouvelles dispositions prévues dans la présente police de remplacement.

Le preneur a l'obligation de fournir au nouvel assureur toutes les informations relatives à la couverture de ses participants à la date de transfert d'assureur.

Entrée en vigueur de l'assurance

Étudiant

L'assurance de l'étudiant prend effet à la date d'entrée en vigueur du contrat de l'année scolaire en autant qu'il rencontre les conditions suivantes :

- être activement aux études;
- être couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence ou par une assurance privée équivalente;
- ne pas s'être désisté lors de la période de modification et de désistement;
- que ses frais de scolarité aient été acquittés en entier. Toute demande de réclamation effectuée après le début de la session en cours, mais avant le paiement des frais de scolarité

CONDITIONS GÉNÉRALES

sera admissible à un remboursement après le paiement des frais de scolarité et à condition que toutes les autres conditions de prise d'effet de l'assurance soient remplies.

Employé

L'assurance d'une personne à charge entre en vigueur :

- dans le cas des garanties pour lesquelles il n'a pas à justifier de son assurabilité; à la date où la période d'attente indiquée au Sommaire des garanties prend fin, lorsque son formulaire de demande d'assurance collective est reçu par l'assureur avant cette date ou dans les trente (30) jours suivant immédiatement la fin de la période d'attente;
- lorsqu'il doit justifier de son assurabilité : à la date où l'assureur juge satisfaisante l'assurabilité du participant.

Personne à charge

L'assurance des personnes à charge entre en vigueur :

- à la même date que celle de l'entrée en vigueur de l'assurance du participant, lorsque l'administrateur de régime a reçu le formulaire concernant les personnes à charge du participant dans les trente (30) jours suivant immédiatement l'entrée en vigueur de l'assurance du participant;
- dans toutes les autres circonstances, à la date où la personne répond à la définition de personne à charge si l'assureur reçoit la demande dans les trente (30) jours suivant immédiatement le jour où cette personne est devenue personne à charge, sinon, à la date de réception par l'assureur, de la demande.

Nonobstant ce qui précède, dans le cas des garanties autres que l'assurance santé complémentaire, l'entrée en vigueur de l'assurance de toute personne à charge hospitalisée au moment de la demande est retardée dans tous les cas à la date où elle reçoit son congé de l'hôpital.

Cependant, l'assurance santé complémentaire d'un nouveau-né, personne à charge du participant, entre en vigueur dès sa naissance, à condition qu'il naisse vivant et viable, et qu'une couverture monoparentale ou familiale soit déjà en vigueur.

En aucun temps, l'assurance d'une personne à charge n'entre en vigueur avant l'entrée en vigueur de l'assurance du participant.

Toutefois, il est entendu que toute garantie ou partie de garantie d'assurance qui nécessite des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur ne peuvent prendre effet qu'à compter de

CONDITIONS GÉNÉRALES

l'acceptation par l'assureur de ces preuves. La date d'acceptation sera alors la date de réception chez l'assureur du dernier élément des preuves d'assurabilité requises par l'assureur.

Fausse déclaration et omission

Sous réserve des dispositions de la Loi, toute fausse déclaration ou toute omission de nature à influencer l'appréciation du risque annule l'assurance du participant ou de la personne à charge en cause.

Fin de l'assurance

1. L'assurance du participant cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date de cessation, résiliation ou terminaison de la police d'assurance;
 - b. à la date où il ne remplit plus les conditions d'admissibilité;
 - c. quant à une garantie particulière, autre que l'assurance santé complémentaire, à la date où il atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - d. à la date du décès du participant;

L'assureur se réserve le droit de terminer l'assurance du participant en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

2. L'assurance d'une personne à charge cesse à la première des dates suivantes :
 - a. à la date où le participant cesse lui-même d'être assuré;
 - b. à la date à laquelle la personne à charge perd ce statut;
 - c. à la date d'échéance de la prime impayée, à défaut du paiement de la prime avant l'expiration du délai de grâce;
 - d. à la date où la personne à charge atteint l'âge de terminaison de la garantie;
 - e. à la date de cessation de l'assurance des personnes à charge en vertu du contrat;
 - f. à la date du décès de la personne à charge;

L'assureur se réserve le droit de terminer l'assurance des personnes à charge en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Fin de la police d'assurance

Lorsque la police est en vigueur, celle-ci prend fin :

1. à la date de réception, par l'assureur, d'un avis écrit du preneur ou à la date indiquée dans cet avis si ultérieure à la date de réception;
2. sous réserve des dispositions de la loi, à la date indiquée sur l'avis de terminaison donné par l'assureur au preneur;

L'assureur se réserve le droit de terminer la police d'assurance en cas de non-paiement de la prime dans un délai raisonnable.

Grève ou lock-out

Sujet au maintien en vigueur de la police, l'assurance frais médicaux de tout participant et de ses personnes à charge est maintenue en vigueur pendant un minimum de trente (30) jours, à compter de la date d'arrêt de travail dû à une grève ou à un lock-out. Les autres garanties sont suspendues pendant toute la durée de l'arrêt de travail, à moins d'entente écrite entre le preneur et l'assureur.

Montant d'assurance

Au moment de l'adhésion, le montant d'assurance de chacune des garanties pour chaque participant est établi selon la classification du participant. Ce montant varie, soit à la hausse, soit à la baisse selon les modifications apportées par la suite à la classification ou au salaire de du participant.

À la suite d'une augmentation du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, l'assurance supplémentaire en résultant pour chacune des garanties pour le participant concerné entre en vigueur :

1. à la date effective du changement si un avis écrit est un reçu par l'assureur dans les trente (30) jours suivant la date du changement;
2. à la date de réception de l'avis écrit s'il est reçu plus de trente (30) jours suivant la date du changement;
3. à la date où l'assurabilité du participant est jugée satisfaisante par l'assureur, si le participant doit justifier son assurabilité pour répondre aux exigences de la police d'assurance.

En conséquence, toute réclamation fondée sur un événement survenu avant cette entrée en vigueur, sera réglée selon l'assurance en vigueur au moment de l'événement.

À la suite d'une diminution du montant d'assurance résultant d'un changement de salaire ou de catégorie, le montant d'assurance de chacune des garanties affecté par ces changements est ajusté automatiquement à compter de la date du changement.

CONDITIONS GÉNÉRALES

En cas d'invalidité d'un participant ou lorsqu'un participant reçoit des prestations de maternité ou parentales en vertu de la Loi sur l'Assurance-emploi, les montants d'assurance dont il bénéficie demeurent inchangés jusqu'à son retour au travail à plein temps. Toutefois, les conditions de réductions prévues au contrat continuent de s'appliquer.

Normes de participation

La police d'assurance est soumise aux normes de participation suivantes :

- La participation est obligatoire pour les employés admissibles.
- Pour la garantie d'assurance santé complémentaire, la participation des personnes à charge d'un employé admissible est obligatoire.
- Toutefois, un employé ou une personne à charge admissible peut, moyennant un avis écrit à l'assureur, refuser ou cesser d'adhérer à l'assurance frais médicaux et dentaires à condition qu'il atteste qu'il est assuré en vertu d'une garantie d'assurance collective comportant des prestations similaires.

Un employé ou une personne à charge qui a refusé ou cessé d'adhérer peut adhérer à ces garanties en établissant à la satisfaction de l'assureur qu'il est devenu impossible de continuer à être assuré en vertu de cette autre garantie.

Obligations du preneur de la police

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

Le preneur doit informer les participants 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. Le participant et le bénéficiaire ont le droit de consulter le contrat d'assurance chez le preneur et d'en prendre copie.

Le preneur doit fournir avec diligence à l'assureur tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat. Notamment, il incombe, et est de la responsabilité du preneur de la police de transmettre à l'assureur les informations et documents en lien avec les adhésions, et les avis de modification des participants admissibles à l'assurance collective ainsi que les renseignements nécessaires pour déterminer la catégorie d'assurance. Le preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et ses dossiers en tout temps raisonnable, alors que ce contrat est en vigueur et pendant les trois (3) années qui suivent sa cessation.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Résidents d'Ontario seulement :

- Toute action ou instance engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du contrat se prescrit par le délai indiqué dans la Loi de 2002 sur la prescription des actions.
- Si vous aviez fait une désignation de bénéficiaire aux garanties offertes par votre assureur d'assurance collective précédent, cette désignation s'applique automatiquement en vertu du présent contrat, à moins de faire la demande de modifier celle-ci en soumettant un formulaire de changement de bénéficiaire.

Païement de primes

L'établissement d'enseignement sera responsable de la collection des primes des participants et de les remettre à l'administrateur de régime dans un délai raisonnable.

Preuves d'assurabilité

Sont à la charge du participant, tous les frais encourus pour la préparation et la production des preuves d'assurabilité exigées par l'assureur.

Prime

L'assureur peut modifier les taux de prime aux dates suivantes :

1. à la date de renouvellement, si l'assureur en avise par écrit le preneur ou l'administrateur de régime au plus tard trente-et-un (31) jours avant cette date; ou
2. à toute autre date, si :
 - a. les prestations ou les catégories d'étudiants admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;
 - b. il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

Remise en vigueur

L'assurance de tout participant, mis à pied temporairement ou en congé autorisé par l'employeur, annulée pendant sa période d'absence, peut être remise en vigueur à la condition que cette période d'absence n'excède pas douze (12), et que la demande à cet effet soit reçue par l'assureur dans les trente (30) jours suivants immédiatement la date du retour au travail.

CONDITIONS GÉNÉRALES

Renonciation

La renonciation ou l'omission de la part de l'assureur 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'assureur 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'assureur ait approuvé une action quelconque du preneur ou d'un participant lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou le participant de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

Renouvellement

La police se renouvelle automatiquement d'année en année à la date de renouvellement par période de douze (12) mois, sauf si un avis écrit de non-renouvellement ou de modification est transmis par l'assureur au preneur ou à son mandataire connu, au moins cent vingt (120) jours avant la date de renouvellement.

L'assureur se réserve le droit de modifier les taux de primes en tout temps en présence de changements ayant des conséquences sur les coûts de souscription ou de service de la police collective tels que :

1. Modification dans la nature du risque couvert;
2. Changement demandé par le titulaire;
3. Une modification importante dans la taille ou dans la démographie de plus de 15%.

Subrogation et remboursement - responsabilité d'un tiers

Garanties d'assurance santé complémentaire et d'assurance frais dentaires

Lorsque toute somme est versée à la personne assurée en vertu du présent contrat sous les garanties d'assurance santé complémentaire ou dentaire suite à une maladie ou à un accident dont la responsabilité légale est imputable à un tiers, l'assureur 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 du participant ou sa négligence contributive n'altèrent en rien ses obligations ainsi que les droits de l'assureur sous cette section.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Catégorie 1 : Tous les étudiants admissibles

Lorsque le participant ou la personne à charge est couvert(e) par la présente garantie, les montants admissibles suivants sont remboursés pour chacune des personnes assurées, sujets à la franchise, à la coassurance et au maximum indiquées au Sommaire des garanties.

Médicaments

Sur ordonnance du médecin traitant et pourvu qu'ils soient fournis par un pharmacien licencié, l'excédent des frais remboursés par le régime gouvernemental d'assurance sont remboursés pour les médicaments suivants :

- les contraceptifs oraux
- les antidépresseurs et neurostimulants

Frais complémentaires

Hospitalisation (chambre semi-privée)

Les frais de séjour dans un hôpital en chambre semi-privée, au Canada, en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance.

Allocation lors d'une hospitalisation de courte durée

Allocation quotidienne telle que décrite au Sommaire des garanties, dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée (jusqu'à 30 jours) au Canada.

Maison de convalescence

L'excédent des frais de séjour dans une maison de convalescence, au Canada, en chambre semi-privée par rapport au séjour en salle publique, pourvu que l'assuré soit admis dans cet établissement moins de quatorze (14) jours après la fin d'un séjour à l'hôpital.

Vaccins préventifs

Les vaccins non couverts par le régime d'assurance provincial, excluant les frais d'administration de vaccin.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Frais d'enseignement – Programme de tuteur privé

Les frais pour service de tutorat privé en cas d'accident ou de maladie.

Soins infirmiers

Les frais pour les soins prodigués à domicile par un infirmier ou un infirmier auxiliaire, membre en règle de sa corporation professionnelle, lorsque ces soins sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être parent avec lui.

Ambulance (par voie terrestre)

Les frais de transport ambulanciers par voie terrestre à l'hôpital le plus près où l'assuré peut recevoir les soins appropriés.

Lorsque l'état de santé de l'assuré le nécessite, et sur prescription du médecin, les frais de transport par voie terrestre pour le retour à domicile.

Ambulance (par voie aérienne)

Les frais de transport aérien si effectué en cas d'urgence, à la condition qu'il n'existe pas d'autres moyens de transport conventionnels.

Services diagnostiques

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais des examens indiqués au Sommaire des garanties, lorsqu'effectués aux fins de diagnostic, à l'exclusion des tests de dépistage génétique.

Appareils respiratoires

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties :

- Oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location, à la discrétion de l'assureur
- Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'assureur
- Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Orthèses et prothèses

Les frais engagés ne sont admissibles que pour des articles fabriqués par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties :

- Chaussures orthopédiques, excluant les espadrilles et les sandales
- Orthèse et prothèse podiatriques et support plantaire
- Œil artificiel : coût initial seulement pour un même œil à la condition que l'événement causant la perte de l'œil et que l'achat de la prothèse survienne alors que la personne est assurée en vertu de la présente clause
- Membre artificiel : coût initial seulement pour un même membre à la condition que l'événement causant la perte du membre et que l'achat de la prothèse survienne alors que la personne est assurée en vertu de la présente clause
- Prothèse mammaire requise à la suite d'une mastectomie radicale, y compris l'achat d'un maximum de deux (2) soutiens-gorge pour prothèses mammaires. La prothèse mammaire ne nécessite pas d'ordonnance du médecin
- Prothèse auditive : les frais pour achat, réparation et entretien.

Fournitures médicales

Sur ordonnance du médecin traitant, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties (achat ou location, à la discrétion de l'assureur).

Ne sont pas couverts : les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels que bains-tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature.

Professionnels de la santé

Les honoraires professionnels des spécialistes indiqués au Sommaire des garanties sont remboursés, pourvu qu'ils soient membres en règle de leur corporation ou de leur association professionnelle reconnues par l'assureur.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

Soins de la vue

Examen de la vue

Les honoraires pour examen de la vue par un optométriste licencié.

Lunettes et lentilles cornéennes (incluant frais de remplacement)

Sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste licencié, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties.

Chirurgie au laser

Sur ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste licencié, sont remboursés les frais indiqués au Sommaire des garanties.

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les médicaments; à l'exception des contraceptifs oraux, des anti-dépresseurs et neurostimulants;
2. les frais de services, traitements, appareils, accessoires, drogues ou médicaments utilisés sur une base expérimentale ou dont l'application n'est pas communément reconnue ou qui dépassent les normes ordinaires et raisonnables;
3. les frais pour investigation, manipulation, médication, traitement concernant l'infertilité, la calvitie, l'esthétique ou la génétique;
4. les frais de chirurgie dont le coût doit être entièrement assumé par l'assuré, sauf si cette chirurgie a été approuvée au préalable par l'assureur;
5. les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
6. les frais couverts par un régime gouvernemental, même si l'assuré n'est pas admissible à un tel régime, ou à tout autre régime d'assurance incluant les médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
7. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré, sauf dans les cas expressément stipulés aux présentes;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

8. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
9. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant;
10. advenant l'approbation par Santé Canada d'un nouveau médicament pouvant affecter le coût de la garantie de façon importante, l'assureur se réserve le droit d'exclure ledit médicament de la garantie s'il ne fait pas partie de la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec ou de modifier la prime à compter de la date de l'approbation.

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais engagés.

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant qu'employé a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
 - b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
 - c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.

Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;
 - b. deuxième payeur : l'autre régime.
5. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;
 - c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
6. Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu.

Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur. Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
 - c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;
 - d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur ».

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès du participant bénéficiant de la présente garantie, l'assurance frais médicaux des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de l'année académique en cours et payée de le participant;
2. la date à laquelle l'assurance santé complémentaire des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance santé complémentaire

4. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Catégorie 1 : Tous les étudiants admissibles

Lorsque l'assuré est couvert par la présente garantie, les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins décrits ci-dessous et dont les coûts n'excèdent pas les coûts du guide des tarifs et nomenclature des actes bucco-dentaires de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec, sujets à la franchise, à la coassurance et aux maximums indiqués au Sommaire des garanties.

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également signifier un tarif rajusté établi par l'assureur.

Plan de traitement

Lorsque le coût global estimatif d'une série de soins dentaires proposée pour une personne assurée dépasse 500 \$, l'assuré doit présenter un plan de traitement détaillé à l'assureur avant le commencement de ce traitement. L'assureur informe alors le participant du remboursement auquel il a droit, conformément aux dispositions du contrat. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues pour effectuer la série de soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, au cours des douze (12) mois suivant la date d'approbation de l'assureur, sinon l'assuré devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

Soins diagnostics et préventifs

Diagnostic

- L'examen complet, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs
- L'examen de rappel, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs
- La série complète de radiographies périapicales et panoramiques, une (1) fois par intervalle de trente-six (36) mois consécutifs
- Les autres radiographies et leur interprétation, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs
- Les consultations en cas d'urgence

Prévention

- Le nettoyage et polissage des dents, une (1) fois à intervalle de six (6) mois consécutifs

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Soins de base

Chirurgie

- Toutes les extractions

Anesthésie générale

- Lors d'une chirurgie buccale
- Lors de traitement de fractures ou de luxations
- Lors d'une chirurgie parodontale

Restauration mineure

- Ablation de carie et pansement sédatif
- Culture / frottis bactériologiques, pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsie
- Coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques
- Obturations en amalgame pour les molaires et en composite pour les autres dents
- Facette fabriquée au fauteuil une (1) fois par période de soixante (60) mois pour une même dent
- Réparation, le rebasage et le garnissage de prothèses

Périodontie

- Détartrage, deux (2) unités par période de douze (12) mois consécutifs
- Soins des infections aiguës et autres lésions
- Application d'agent désensibilisant
- Chirurgie parodontale
- Curetage gingivale et surfaçage radiculaire
- Jumelages (sauf jumelage avec aileron de type Maryland)
- Ajustement de l'occlusion / équilibrage
- Appareils parodontaux (pour contrôler le bruxisme)

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

Endodontie

- Coiffage de pulpe
- Pulpotomie / pulpectomie
- Traitement de canal
- Apexification
- Apectomie
- Obturation rétrograde
- Amputation de racine
- Hémisection
- Réimplantation intentionnelle
- Stabilisateur endodontique intra-osseux
- Traitements d'urgence

Exclusions

Aucun remboursement n'est accordé pour :

1. les frais de traitements commencés ou planifiés avant l'entrée en vigueur de la garantie;
2. les frais d'anesthésie générale, sauf si celle-ci est nécessaire ou est en rapport direct avec une chirurgie buccale ou parodontale;
3. les traitements à des fins esthétiques;
4. les traitements qui ne sont pas donnés par un médecin ou un dentiste ou sous la direction et la surveillance de l'un de ces spécialistes;
5. les frais que l'assuré n'aurait pas eu à assumer s'il n'avait pas été assuré, qu'il n'est pas tenu de payer ou qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de n'importe quel régime public d'assurance, de mesures de sécurité sociale ou d'un programme gouvernemental auquel il pouvait être admissible;
6. les actes qui n'apparaissent pas au guide des tarifs indiqué au Sommaire des garanties, ainsi que les frais excédant les tarifs de ce guide;
7. les frais encourus à la suite de blessure ou de maladie que l'assuré s'est volontairement infligée, qu'il soit conscient ou non de ses actes, de même que toute tentative de suicide;
8. les frais encourus à la suite de blessure subie par l'assuré et qui résulte :
 - a. de la participation ou tentative de participation à un délit criminel;
 - b. d'une opération militaire ou alors qu'il est en service actif dans les forces armées de n'importe quel pays;

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

- c. de la participation active à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection, réelle ou appréhendée ou en raison d'une guerre déclarée ou non ou de tout autre acte belliqueux;
 - d. de la conduite, par l'assuré, de tout véhicule motorisé terrestre ou aquatique, alors qu'il est sous l'influence de stupéfiants ou avec un taux d'alcoolémie qui dépasse la limite permise par la loi en vigueur au lieu de l'accident ou encore sous médicaments pris non conformément à la prescription ou à la posologie recommandée par le fabricant.
9. les frais de remplacement d'une prothèse dentaire ou d'un appareil perdu, égaré ou volé ainsi que tout duplicata d'une prothèse ou d'autre appareil;
 10. les traitements dentaires reliés aux implants, les implants et toute prothèse supportée par ceux-ci, le coût de tout isolant et tous les frais pour traitement parodontal par la technique du jumelage;
 11. les frais de toute consultation relative à l'hygiène orale ou alimentaire ainsi que tout programme de contrôle des plaques;
 12. les frais de rendez-vous non respectés par l'assuré facturés par un dentiste ou les frais de rédaction pour remplir des formulaires de demande de prestations requis par l'assureur, ou pour des informations additionnelles requises par l'assureur; ainsi que les honoraires facturés par le dentiste pour son temps de déplacement, le coût de son transport et les conseils donnés par tous moyens de télécommunications;
 13. les honoraires facturés par un dentiste pour tout temps supplémentaire d'explication dû à la complexité du plan de traitement, ou lorsque l'assuré exige ce temps supplémentaire en explication, lorsque le matériel diagnostique provient d'une autre source, pour consultation avec l'assuré ou pour consultation avec un autre dentiste;
 14. les services rendus par un parent ou un ami de l'assuré.

Limitations

Lorsque, pour le traitement choisi, la technique de restauration appliquée ou le matériau utilisé excède la norme habituelle, les frais supplémentaires ainsi occasionnés sont à la charge de l'assuré.

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

Coordination des prestations

Si l'assuré est couvert en vertu d'un autre régime d'assurance collective ou individuelle ou par l'entremise d'un régime d'état, la somme de toutes les prestations payables ne peut excéder 100 % des frais assurés, effectivement engagés.

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

L'ordre de paiement des prestations est établi comme suit :

1. le régime qui ne comprend pas une telle disposition de coordination des prestations devient le premier payeur; ou
2. le régime qui couvre un assuré en tant que participant a priorité sur celui qui le couvre en tant que personne à charge; ou
3. lorsqu'un assuré est couvert par plus d'un régime, l'ordre de paiement est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à plein temps;
 - b. deuxième payeur; le régime collectif auquel il participe en tant que salarié actif à temps partiel;
 - c. troisième payeur : le régime collectif auquel il participe en tant que retraité; ou
4. lorsqu'une personne est couverte en tant que conjoint, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif auquel elle participe en tant que salarié;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif le protégeant en tant que personne à charge.
5. Si une personne est couverte en tant que conjoint ou conjoint survivant par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif couvrant cette personne depuis le moins longtemps;
 - b. deuxième payeur : l'autre régime.
6. Lorsque des enfants à charge sont couverts par plus d'un régime collectif, l'ordre de préséance est le suivant :
 - a. premier payeur : le régime collectif d'un parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois/jour) dans l'année civile;
 - b. deuxième payeur : le régime collectif du parent dont l'anniversaire arrive en dernier (mois/jour) dans l'année civile;
 - c. troisième payeur : si les parents ont la même date d'anniversaire, le régime de celui dont la lettre du prénom vient en premier dans l'alphabet.
7. Lorsqu'un enfant à charge a droit à des prestations de survivant, l'ordre de préséance des régimes collectifs qui étaient en vigueur avant le décès du parent est maintenu, à moins qu'un nouveau parent n'entre en jeu. Dans ce cas, le régime prévoyant des prestations de survivant devient le dernier payeur.

Dans le cas de garde exclusive d'un enfant à charge, l'ordre de préséance est le suivant :

- a. premier payeur : le régime collectif du parent ayant la garde de l'enfant à charge

DESCRIPTION DES GARANTIES

Assurance frais dentaires

- b. deuxième payeur : le régime collectif du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge
- c. troisième payeur : le régime collectif du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge
- d. quatrième payeur : le régime collectif du conjoint du parent « troisième payeur »

Prolongation d'assurance des personnes à charge assurées

Au décès du participant bénéficiant de la présente garantie, l'assurance frais dentaires des personnes à sa charge est prolongée, sans paiement de primes, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

1. la date de fin de l'année académique en cours et payée du participant;
2. la date à laquelle l'assurance dentaire des personnes à charge aurait pris fin;
3. la date de résiliation de la présente garantie ou de la police d'assurance;
4. la date du soixante-cinquième (65^e) anniversaire de naissance de la personne à charge.

Dispositions générales

Les définitions et conditions générales s'appliquent à cette garantie.

ANNEXE

Catégorie 1 : Tous les étudiants admissibles

Assistance Routière

Les services d'assistance routière sont inclus dans la présente police d'assurance (voir dépliant explicatif) et sont offerts aux détenteurs de la garantie d'Assurance santé complémentaire.

AVIS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance Inc., constituera un dossier d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous avez 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'adresse suivante :

Responsable de l'accès à l'information
Humania Assurance Inc.
1555, rue Girouard Ouest
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6