Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie s'engage à verser les prestations prévues aux termes de cette police, sous réserve des conditions qui y sont stipulées.

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	:	**66711**
NUMÉRO DE GROUPE - MAJOR		**66711**
PRENEUR	:	**Association étudiante du Collège d'Alma**
FILIALE, ENTREPRISE AFFILIÉE OU SUCCURSALE DU PRENEUR	:	
GARANTIES	:	**Assurance maladie** **Assurance dentaire**
DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT	:	**le 1 septembre 2018**
DATE EFFECTIVE DE LA POLICE	:	**le 1 septembre 2024**
DATE DU PROCHAIN RENOUVELLEMENT	:	**le 1 septembre 2026**

Cette police, qui couvre la période du 1 septembre 2024 au 31 août 2026, est établie à Moncton, au Nouveau-Brunswick, le

Sébastien Dupuis
Président et Chef de la Direction

Le 27 août 2024
Date

Table des matières

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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

ASSURANCE-MALADIE

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

ASSURANCE DENTAIRE

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

SOMMAIRE DES GARANTIES

CATÉGORIE D'ÉTUDIANTS

Description		
	01	Tous les étudiants réguliers admissibles
	02	Tous les étudiants en formation continue admissibles

Tous les étudiants qui ne se seront pas désistés pendant la période prévue à cet effet seront admissibles à ce régime d'assurance. Le désistement doit être fait annuellement par l'étudiant et pour toutes les garanties du régime. La période de désistement pour les étudiants en formation continue (02) est entre le 5e jour et le 25e jour du mois suivant le début du programme (sur la plate-forme web du Plan Major).

1. ASSURANCE-MALADIE

Frais hospitaliers

Coassurance : 100 %

Frais d'une chambre à deux lits (semi-privée)
Maximum : 40 $ par jour, maximum de 200 $ par séjour.

Frais ambulanciers

Coassurance : 70 %

Frais de transport par ambulance (par voie terrestre et aérienne) à destination de l'hôpital le plus proche, jusqu'à concurrence de 300 $ par personne assurée par période de couverture.

Médicaments

Coassurance : 100 %
Remboursement sur les frais admissibles

- **Antidépresseur**, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ. Le montant réclamé doit avoir été soumis à un régime privé ou public d'abord (RAMQ 2e payeur).
- **Contraceptifs** oraux, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs, implants contraceptifs, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ. (RAMQ 2e payeur)
- **Médicaments pour l'hormonothérapie** couverts par la RAMQ (2e payeur)
- **Neurostimulants** inscrits et non-inscrits sur la liste RAMQ (2e payeur)

Coassurance : 60 %
Remboursement sur les frais admissibles

- **Vaccins** non-couverts par la RAMQ ou tout autre régime provincial (excluant les frais d'administration et les injections contre les allergies).

Un maximum global de <u>400</u> $ pour les pour les médicaments par personne assurée par période de couverture.

<u>Frais complémentaires</u>

Remboursement sur les frais admissibles

Maximum global de 600 $ par personne assurée par période de couverture.

Coassurance : 60 %

- Soutien-gorge (suite à une mastectomie), jusqu'à un maximum de 200 $ par période de couverture.
- L'achat de vêtements de pression pour brûlures à concurrence de 350 $ par période de couverture.
- Les prothèses capillaires (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie) jusqu'à un maximum de 350 $ à vie.
- Les radiographies et les échographies en clinique privée (incluant les échographies pour maternité), jusqu'à concurrence de 100 $ par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.
- Services professionnels d'un(e) infirmier(ère) privé(e) autorisé(e) en dehors du milieu hospitalier jusqu'à concurrence de 400 $ par période de couverture. ***Recommandation médicale requise.***
- Les analyses sanguines pour fin de diagnostic, incluant les bilans de santé, sujet à un maximum d'une réclamation par période de 12 mois consécutifs et un maximum de 100 $ par période de couverture.

Soins paramédicaux

Coassurance : 100 %

Acupuncteur, Chiropraticien, Diététiste, Ergothérapeute, Massothérapeute, Ostéopathe, Physiothérapeute et Podiatre social jusqu'à 50 $ par visite par praticien et un maximum combiné de 500 $ par personne assurée par période de couverture.

Psychologue, Psychothérapeute, Sexologue et Travailleur social jusqu'à 40 $ par visite par praticien et un maximum combiné de 360 $ par personne assurée par période de couverture.

Les frais de radiographie paramédicales, si applicable, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

Soins de la vue

Coassurance	100 %
Frais d'examen de la vue par période de 12 mois consécutifs	50 $
Frais pour lunettes et lentilles cornéennes par 24 mois consécutifs	100 $

Cette garantie à l'égard d'un étudiant cesse à la première des éventualités suivantes :

a) au 99e anniversaire de naissance de l'étudiant:
b) à la date de cessation de l'assurance.

2. ASSURANCE DENTAIRE

Franchise annuelle :	
Individuelle	0 $
Familiale	0 $
Partie I Soins de base	70 %
- Diagnostic	70 %
- Prévention	70 %
- Examen de rappel **(par période de couverture)**	70 %
- Chirurgie buccale (extractions des dents, incluant les dents de sagesse)*	70 %
- Restauration mineure (plombage)*	70 %
- Endodontie (traitement de canal)*	70 %
- Périodontie (traitement des gencives)*	70 %
Soins dentaire en cas d'accident	--- %
Partie II Restauration et chirurgie majeure	--- %
Partie III Prothèses	--- %
Partie IV Orthodontie (pour enfants de moins de 21 ans)	--- %
Montant maximal de prestations par personne assurée	
Maximum combiné pour chirurgie buccale, restauration mineure, endodontie et périodontie par période de couverture *	300 $
Maximum global pour partie I par période de couverture	425 $
Frais pour partie IV à vie	--- $

Le guide de tarifs dentaires applicable est : Courant

Cette garantie à l'égard d'un étudiant cesse à la première des éventualités suivantes :

a) au 99e anniversaire de naissance de l'étudiant;

b) à la date de cessation de l'assurance.

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.

L'Étudiant est une personne membre de l'Association étudiante du Collège d'Alma.

Le **Collège** est l'institution d'enseignement tel qu'indiqué à la proposition d'assurance collective.

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

L'**assureur** est Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie.

L'**hospitalisation** est une admission pour un séjour à l'hôpital :

a) pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents; ou
b) 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.

Le **numéro de police** est celui utilisé par l'assureur pour désigner la police qui fut émise.

Le **numéro de groupe - Major** est celui utilisé pour le traitement des réclamations dans le système administratif désigné par Groupe Major. Si ce numéro de référence devient nul, ceci ne constitue aucunement la renonciation à toute autre clause ou condition de ce document.

La **période de modifications et de désistement** est la période prédéterminée par l'association étudiante et Plan Major pendant laquelle un participant peut apporter des modifications à son régime ou s'en désister. Cette période est prédéterminée par Plan Major et le preneur du contrat et est communiqué sur le site web du Plan Major

La **personne à charge** de l'adhérent 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'employé 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'adhérent, 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 à l'article 1) ou des deux, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et qui :

   1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans;

   2) est âgé de moins de 21 ans et ne travaille pas plus de 20 heures par semaine, à moins d'être un étudiant à temps plein;

   3) 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

   4) 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'assureur l'une des deux parties à ce contrat.

Sain d'esprit ou non comprennent les situations où l'assuré est sous l'influence de stupéfiants, de drogue, de médicaments ou d'alcool ou souffre de tout trouble psychologique ou nerveux qui empêche l'assuré de formuler une intention.

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.

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, mais l'assureur doit y consentir par écrit. Cet écrit doit être approuvé par un signataire autorisé de l'assureur.

L'assureur peut modifier les conditions du contrat en tout temps en faisant parvenir un avis écrit au preneur au moins trente (30) jours avant l'entrée en vigueur de la modification. Le paiement d'une prime postérieure à la date de modification sera considéré comme un consentement à la modification.

4. ADMISSIBILITÉ

a) Étudiant

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

Nonobstant ce qui précède, les étudiants qui ne sont ni citoyen, ni résidents canadiens, pourront bénéficier du régime de protection seulement s'ils bénéficient d'une protection privée équivalente ou du régime d'assurance maladie du Québec.

b) Personnes 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

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

b) Personne à charge

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

6. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un étudiant prend effet à la date d'entrée en vigueur du contrat de l'année scolaire ou autant que vous rencontrez les conditions suivantes :

a) vous êtes activement aux études;

b) vous êtes couverts par le régime d'assurance-maladie de votre province, ou une assurance privée équivalente;

c) vous ne vous êtes pas désisté lors de la période de modifications et de désistement;

d) vos frais de scolarité ont été acquittés en entier. Toutes demandes de réclamations effectuées après le début de la session en cours mais avant le paiement de vos frais de scolarité sera éligible à un remboursement suite au paiement de vos frais de scolarité, à condition que vous répondez aux autres condition de prise d'effet de l'assurance.

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 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.

L'assureur avise alors par écrit le preneur de son acceptation ou de son refus d'accorder la garantie ou partie de garantie d'assurance demandée. Le preneur, aussitôt qu'il est avisé de la décision de l'assureur, doit transmettre celle-ci par écrit, sans délai, à l'étudiant concerné.

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

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 adhérents 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 adhérent 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'assureur 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'assureur ou le jour où il commet un acte frauduleux à l'égard de l'assureur;

e) le jour où il ne répond 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'assureur, à la plus éloignée des dates suivantes :

1) la date indiquée dans l'avis
2) la date de réception de l'avis chez l'assureur

b) sur avis écrit d'au moins 31 jours de l'assureur au preneur, le jour précédant la date de renouvellement de ce contrat;

c) sur avis écrit de l'assureur au preneur, le jour indiqué dans cet avis si, de l'opinion de l'assureur, le preneur ne fournit pas avec diligence tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat ou, sans raison valable, n'accomplit pas l'une ou l'autre de ses obligations en vertu de ce contrat;

d) sur avis écrit de l'assureur au preneur, le jour indiqué dans cet avis si, de l'opinion de l'assureur, le preneur ne fournit pas avec diligence tout renseignement nécessaire à l'administration de ce contrat ou, sans raison valable, n'accomplit pas l'une ou l'autre de ses obligations en vertu de ce contrat;

e) 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'assureur la prime due pour la période du délai de grâce.

10. PRIMES

a) Modification des taux de 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 au plus tard 31 jours avant cette date; ou

2) à toute autre date, si:

- les prestations ou les catégories d'étudiants admissibles à l'assurance en vertu de ce contrat sont modifiées;

- il y a une modification dans la nature, le contenu ou le coût des régimes gouvernementaux.

b) Mode de paiement des primes

L'établissement d'enseignement sera responsable de la collection des primes des étudiants.

11. DÉLAIS DE GRÂCE

Pour le paiement de chaque prime, le preneur du contrat doit remettre la prime à l'administrateur du régime ou à l'assureur dans un délai raisonnable suite à la réception de la prime de l'étudiant.

12. RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, pour une période de 12 mois, à moins d'un avis écrit contraire de l'assureur transmis au preneur au plus tard 31 jours avant la date de renouvellement.

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.

13. CERTIFICAT

Le certificat n'est pas une partie constituante du contrat. En cas de conflit entre les dispositions du certificat et celles du contrat, ces dernières prévalent.

14. 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'adhérent 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. 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 deux années qui suivent sa cessation.

Résidents d'Ontario seulement :

- 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.

15. DÉLAIS DE PRESCRIPTION

Toute action ou procédure contre l'assureur pour le recouvrement des sommes d'assurance payables en vertu du présent contrat est absolument prescrite, à moins qu'elle n'ait été entamée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* applicable (en Colombie-Britannique, en Alberta et au Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (en Ontario) ou toute autre législation applicable (dans toutes les autres provinces et territoires).

16. 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 adhérent lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser le preneur ou l'adhérent de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'assureur pour toute action semblable subséquente.

17. 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.

Toutefois, cette règle ne s'applique pas dans le cas d'une invalidité ayant débuté durant les deux premières années de l'assurance.

18. RECOUVREMENT

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

19. EXIGENCES MÉDICALES

L'assureur se réserve le droit de demander à une personne assurée, en tout temps et à son entière discrétion, de fournir une ou plusieurs attestations médicales spécifiques.

L'assureur se réserve de plus le droit de demander à une personne assurée, en tout temps et à son entière discrétion, de se soumettre à un ou plusieurs examens médicaux effectués par tout médecin ou tout dentiste désigné par l'assureur ou à une ou plusieurs évaluations ou examens effectués par tout professionnel de la santé.

20. CESSION OU GAGE

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

21. NUMÉRAIRE

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

22. 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 es garanties d'assurance maladie 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 de l'adhérent ou sa négligence contributive n'altèrent en rien ses obligations ainsi que les droits de l'assureur sous cette section.

23. 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.

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'assureur 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'assureur 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.

La **convention** désigne les médicaments qui, en vertu de la loi, ne nécessitent pas la préparation d'une ordonnance mais qui, à cause du code de déontologie, ne seraient pas préparés par un pharmacien sans qu'il n'y en ait une.

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'assureur;

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.

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 juridiction 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 Nouveau-Brunswick.

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.

Les **médicaments et produits** signifient les médicaments et produits qui figurent à l'édition courante du compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.

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.

Un **pharmacien** désigne une personne autorisée à pratiquer la profession de pharmacien et qui est membre d'une association professionnelle de pharmaciens reconnue.

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.

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'assureur, 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

L'assureur paie, sans franchise, 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 à deux lits tel qu'indiqué au sommaire.

Le terme hospitalisation exclus une maison de retraite, une maison de santé, une maternité, un établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou déficients mentaux.

b) Frais complémentaires au Canada

L'assureur paie, après considération de la franchise et selon le pourcentage indiqué à cet effet au sommaire des garanties, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

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

- les radiographies et les échographies en clinique privée, incluant les échographies de maternité, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.
- les analyses sanguines pour fins de diagnostic, incluant les bilans de santé, sujet à un maximum d'une réclamation par période de 12 mois consécutifs jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

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 des garanties. Ces services doivent toutefois être pré autorisés par l'assureur 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 (terrestre ou aérien), en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire;

- l'achat de **vêtements de pression** pour brûlures à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

3) Les frais pour **services paramédicaux** rendus par l'un des praticiens indiqués au sommaire des garanties, 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. Les frais pour les radiographies paramédicales, si applicables, sont inclus dans le montant maximum des frais pour services paramédicaux.

   Le praticien ne doit pas résider dans la maison de l'adhérent, faire partie de sa famille immédiate, d'être son partenaire d'affaires ou être son employeur. Ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire des garanties.

4) Les **soutiens-gorge** (suite à une mastectomie) jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

5) Les **prothèses capillaires** - (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie) jusqu'à concurrence montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

6) **Contraceptifs** inscrits et non-inscrits sur la liste RAMQ (2e payeur), comprenant les contraceptifs oraux, stérilets avec hormones, injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs, implants contraceptifs, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

7) **Neurostimulants**, inscrits et non-inscrits sur la liste de la RAMQ, jusqu'à concurrence du montant maximal indiqué au sommaire des garanties par personne assurée par période de couverture. (RAMQ 2e payeur)

8) **Antidépresseurs** inscrits et non-inscrits sur la liste RAMQ (2^{e} payeur), jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

9) **Hormonothérapies** inscrites sur la liste RAMQ (2^{e} payeur), jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties

c) Frais pour soins de la vue

L'assureur paie 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 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.

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 $.

Le maximum des soins de la vue et des services paramédicaux sont sujet à un maximum global jusqu'à concurrence du montant indiqué au sommaire.

5. 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 à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. 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) un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination des prestations devient le premier payeur;

b) le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge ou étudiant. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'employé, l'ordre de préséance est établi comme suit :

1) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'employé à temps plein;
2) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'employé à temps partiel; puis
3) le régime auquel l'adhérent participe à titre de retraité.

c) Le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'adhérent ou étudiant a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'étudiant, l'ordre de préséance est établi comme suit :

1) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'étudiant à temps plein*; puis
2) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'étudiant à temps partiel*;

* Le statut de l'étudiant à temps plein ou temps partiel est établi par l'institut d'enseignement. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'adhérent au même statut, l'ordre de préséance du premier payeur est établi selon celui qui a la date de début de couverture au régime le plus ancien.

d) 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 d'un adhérent dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile a priorité sur tout autre régime;

e) 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;

f) 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 pris en charge; et

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 cesse de plein droit, à l'égard d'un adhérent 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'assureur;

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 quecuratives;

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'assureur;

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 ourécréative;

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 opérationmilitaire;

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'assureur, 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 lapersonne 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'assureur;

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.

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 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.

8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

La personne assurée ou toute autre personne qui agit en son nom doit donner un avis à l'assureur 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'adhérent ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'assureur (la couverture doit être active), accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'assureur, 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 dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

L'adhérent ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur 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'assureur.

9. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, 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) la date de fin de l'année académique en cours et payée de l'adhérent;

c) la date à laquelle une police remplaçante émise par un autre assureur entre en vigueur; ou

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.

ASSURANCE DENTAIRE

1. OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais, l'assureur 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 membre d'une association provinciale de sa profession respective 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'adhérent 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.

Dans le cas où l'adhérent souscrit à cette garantie après le délai de 31 jours indiqué ci-dessus, le montant payable en vertu de la présente garantie sera limité à un total de 250 $ pour les 12 premiers mois de couverture. Cette restriction ne s'applique toutefois pas aux frais pour services professionnels rendus par un dentiste ou spécialiste dentaire et qui sont nécessaires du point de vue médical 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.

2. DÉFINITIONS

Aux fins de cette garantie :

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

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 Nouveau-Brunswick. Tout professionnel dentaire pourrait demander un tarif plus haut ou plus bas que le frais régulier.

Coassurance désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'assureur à l'adhérent 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'assureur réserve le droit d'évaluer indépendamment ce qui est considéré nécessaire du point de vue médical, et pourrait par conséquent refusé une demande s'il jugeautrement.

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. FRAIS ADMISSIBLES

L'assureur 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'assureur;

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.

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;

- 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 36 mois consécutifs;
- la pellicule panoramique, sous réserve d'un maximum d'une pellicule par période de 36 mois consécutifs;
- les pellicules interproximales, sous réserve d'un maximum de 2 séries par période de 12 mois consécutifs; et
- les films intra-oraux sous réserve d'un maximum de 4 séries par période de 12 mois consécutifs.

3) les tests de laboratoire;

4) le polissage des dents, sous réserve de 1 unité par période indiquée au sommaire;

5) l'application topique de fluorure, sous réserve de 1 traitement par période indiquée au sommaire pour dépendants de moins de 16 ans;

6) le détartrage des dents sous réserve d'un maximum de 2 unités par période de 12 mois consécutifs.

b) Restauration mineure

1) Caries, traumatisme

2) Restauration à l'aide d'amalgame (non-liée), les restaurations en acrylique ou résine composite (lié et non-lié). Les plombages en composite (blanc) ne sont couverts que pour les dents antérieures.

3) Tenons dentinaires pour restauration

4) Pansements sédatifs

c) Chirurgie buccale

Les frais admissibles sous cette catégorie comprennent les extractions des dents, l'excision ou l'incision chirurgicale, y compris les soins préopératoires et postopératoires.

d) Endodontie

- Traitement de canal

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'assureur.

e) Périodontie

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

4. 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 à ce que, ajoutées à celles qui sont prévues par tout régime d'assurance pour les mêmes frais assurables, elles ne dépassent pas les frais réellement engagés. 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) un régime d'assurance collective qui ne comprend pas une disposition de coordination des prestations devient le premier payeur;

b) le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'employé a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge ou étudiant. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'employé, l'ordre de préséance est établi comme suit :

   1) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'employé à temps plein;
   2) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'employé à temps partiel; puis
   3) le régime auquel l'adhérent participe à titre de retraité.

c) Le montant des prestations payables à titre d'un régime en vertu duquel la personne est assurée en tant qu'adhérent ou étudiant a priorité sur le montant payable par un régime assurant cette personne à titre de personne à charge. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'adhérent, comme suit :

1) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'étudiant à temps plein*; puis
2) le régime auquel l'adhérent participe à titre d'étudiant à temps partiel*;

* Le statut de l'étudiant à temps plein ou temps partiel est établi par l'institut d'enseignement. Si l'adhérent participe à plus d'un régime d'assurance à titre d'adhérent au même statut, l'ordre de préséance du premier payeur est établi selon celui qui a la date de début de couverture au régime le plus ancien.

d) 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 d'un adhérent dont le jour et le mois d'anniversaire de naissance est le plus près du début d'une année civile a priorité sur tout autre régime;

e) 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;

f) 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 pris en charge; et

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.

5. CESSATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

a) Cessation

Cette garantie à l'égard d'un adhérent 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

3) les soins orthodontiques reçus au cours des 24 premiers mois de couverture sous la présente garantie dans les cas où la personne assurée est devenue assurée sous la présente garantie plus de 31 jours après la date à laquelle elle est devenue admissible à cette couverture.

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'assureur;

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.

6. 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, 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.

7. ÉVALUATION PRÉALABLE

Un plan de traitement détaillé doit être soumis à l'assureur 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 300 $.

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

L'assureur 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'assureur est prêt à débourser si le traitement est effectué.

Une évaluation préliminaire est recommandée pour n'importe quel traitement excédant 300 $ afin d'éviter tout refus inattendus.

8. AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de demande de paiement, l'adhérent ou la personne assurée doit présenter sa réclamation à l'assureur (la couverture doit être active), accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'assureur, 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 soit complété)

L'adhérent ou la personne assurée qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur 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'assureur.

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.

9. PRESTATIONS AUX SURVIVANTS

Si, au moment du décès de l'adhérent, 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) la date de fin de l'année académique en cours et payée de l'adhérent;

c) la date à laquelle une police remplaçante émise par un autre assureur entre en vigueur; ou

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.