

À tous les retraités du CAEAS-ECAB,

Vous trouverez ci-joint votre livret des retraités de Canada Vie, l'assureur de la FENSÉO, à titre de référence. Ce livret est conçu pour vous fournir des renseignements complets sur vos garanties d'assurance et vous aider à mieux comprendre les avantages sociaux auxquels vous pourriez avoir droit à la retraite.

Il est important de tenir compte des points suivants :

- Pour être admissible au régime d'avantages sociaux postérieurs à la retraite du CAEAS-ECAB :
 - vous devez être, ou avoir été, un employé non syndiqué (employé du Conseil scolaire) auprès d'un Employeur participant;
 - avoir pris votre retraite au plus tard le **31 août 2019**;
 - à la date de votre départ à la retraite, être ou avoir été admissible aux avantages sociaux des retraités en vertu d'une disposition exécutoire des conditions d'emploi auprès d'un Employeur participant.

OU

- vous devez être, ou avoir été un **Cadre désigné** dont l'emploi a pris fin **avant le 13 août 2021**;
 - les conditions d'emploi au moment de la cessation de votre emploi contenaient une disposition exécutoire vous donnant droit à des avantages sociaux postérieurs à la retraite;
 - vous êtes assuré au titre de la partie B d'une entente de participation pour les participants au régime CAEAS-ECAB et les retraités du CAEAS-ECAB.
- Ce livret de Canada Vie contient des renseignements sur la résiliation de la couverture dans un cas standard. Toutefois, votre couverture prendra fin conformément à la disposition de cessation de couverture des conditions d'emploi auprès de votre conseil scolaire.
 - Vous pouvez vérifier votre clause de cessation auprès de notre administrateur, *Groupe Assurance Cowan*, au 1 888 330-4010 ou par courriel à l'adresse one-t@cowangroup.ca.

Pour connaître les garanties auxquelles vous pourriez être admissible à la retraite, ainsi que le montant de vos primes d'assurance, veuillez vous rendre sur le site Web du Groupe Assurance Cowan pour les retraités du CAEAS-ECAB à <https://clients.cowangroup.ca/clients/content/login/login.cfm>.

Si vous avez d'autres questions, veuillez communiquer avec le Groupe Assurance Cowan au 1 888 330-4010 ou par courriel à l'adresse one-t@cowangroup.ca.

Mon régime collectif



canada ^{MC} *vie*

F | **ENSÉO**

Fiducie des employées/employés
non syndiqués en éducation de l'Ontario

**CAEAS-ECAB Livret sur le régime des
retraités**

Nous sommes heureux de vous servir. Veuillez noter que nous adhérons à des principes d'inclusion de tous les genres dans nos communications et que nous utilisons le genre masculin comme générique dans le seul but de faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

La Canada Vie^{MC} est l'un des principaux assureurs de personnes sur le marché canadien. Les conseillers en sécurité financière de la Canada Vie travaillent avec nos clients, d'un océan à l'autre, pour les aider à garantir leur avenir financier. Nous offrons, aux particuliers et aux familles, une vaste gamme de produits d'épargne-retraite et de régimes de revenu ainsi que des produits d'assurance-vie, d'assurance-invalidité et d'assurance contre les maladies graves. En tant que l'un des plus importants fournisseurs d'assurance collective au Canada, nous offrons des solutions efficaces en matière de garanties pour les groupes de petite et de grande taille.

La Canada Vie en ligne

Visitez notre site Web au www.canadavie.com pour :

- des renseignements et des précisions sur le profil de la Compagnie, nos produits et services;
- de l'information aux investisseurs;
- les communiqués de presse;
- les personnes-ressources à joindre;
- la soumission de demandes de règlement en ligne.

GroupNet pour les participants de régime

À titre de participant de régime de la Canada Vie, vous pouvez vous inscrire à GroupNet^{MC} pour les participants de régime au www.canadavie.com ou sur l'application GroupNet Mobile. Pour vous inscrire, cliquez sur Ouvrir une session. Ensuite, cliquez sur GroupNet pour les participants de régime et suivez les directives affichées. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main lors de l'inscription.

Avec GroupNet et GroupNet Mobile, vous pouvez :

- soumettre vos demandes de règlement rapidement;
- consulter votre protection et les soldes;
- trouver des praticiens de la santé près de vous, comme des chiropraticiens et des massothérapeutes;
- enregistrer vos cartes de garanties dans votre application ou programme de service de paiement;
- recevoir un avis lorsque vos réclamations sont traitées.

Numéro sans frais de la Canada Vie

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Canada Vie qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le
1 866 800-8086.

Plaintes de clients

Nous nous engageons à étudier votre dossier rapidement, équitablement et professionnellement. Voici de plus amples renseignements sur la façon de formuler une plainte.

- Sans frais :
 - téléphone : 1 866 292-7825
 - télécopieur : 1 855 317-9241
- Courriel : ombudsman@canadavie.com
- Par écrit :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Bureau de l'ombudsman, Bureau T262
255 avenue Dufferin
London (Ontario) N6A 4K1

Pour plus de renseignements sur les moyens de nous acheminer votre plainte, consultez l'adresse www.canadavie.com/plaintes.

Les renseignements fournis dans le présent livret constituent un résumé des dispositions du régime collectif offert par Les fiduciaire de ONE-T/FENSÉO; toutefois, les polices collectives n^{os} 172534 et 172535 établies par la Canada Vie ont priorité. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions des polices, seules ces dernières feront foi (dans la mesure où la loi le permet).

**Le présent livret contient des renseignements importants.
Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres
membres de votre famille.**

Le présent régime a été établi par



Le présent régime est offert par
les fiduciaires de ONE-T/FENSÉO
et administré par
le Groupe Assurance Cowan

Le présent livret a été préparé le : 29 décembre 2020

Accès aux documents

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit, sur demande, d'obtenir une copie de la police, de votre demande d'assurance, de toutes déclarations écrites ou de tout autre document que vous avez fournis à la Canada Vie à titre de preuve d'assurabilité.

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire intentée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables en vertu du contrat est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée à l'intérieur du délai prescrit par l'*Insurance Act* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Alberta et de la Colombie-Britannique), la *Loi sur les assurances* (pour une action en justice ou une procédure régie par la loi du Manitoba), la *Loi de 2002 sur la prescription des actions* (pour une action en justice ou une procédure judiciaire régie par les lois de l'Ontario) ou dans toute autre loi applicable. Pour les actions en justice ou procédures judiciaires régies par les lois du Québec, le délai de prescription est prévu dans le Code civil du Québec.

Procédure d'appel

Vous avez le droit d'appeler du refus de la Canada Vie d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par la Canada Vie d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec la Canada Vie. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de la Canada Vie à recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

Délai pour le paiement des prestations au Québec

Lorsque la loi du Québec s'applique, les prestations sont payées conformément aux termes du présent régime, dans le délai établi comme suit :

- Pour les prestations de décès, 30 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.
- Pour toutes les autres garanties, 60 jours suivant la réception de la preuve de sinistre requise.

Rôle de l'employeur

Le rôle de l'employeur consiste à fournir de l'information aux salariés et non pas à leur donner des conseils.

Protection de vos renseignements personnels

À la Canada Vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. La Canada Vie peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif aux termes duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- la détermination de votre admissibilité à la protection aux termes du régime
- l'adhésion à la protection
- l'évaluation de vos demandes de règlement et le paiement des prestations
- la gestion de vos demandes de règlement
- la vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement
- la création et la conservation des documents relatifs à notre relation
- la tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime
- la gestion et l'analyse de données internes par la Canada Vie et ses sociétés affiliées
- la production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt

Il se peut que nous échangions des renseignements personnels avec vos fournisseurs de soins, le gestionnaire de votre régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de régimes offerts par l'État ou d'autres régimes de garanties, d'autres organisations ou avec les fournisseurs de services qui travaillent avec nous ou avec l'un ou l'autre des intervenants précédemment énumérés, lorsque cela est pertinent et nécessaire pour gérer le régime.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlements que vous soumettez. Il se peut que nous partagions des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement avec vous et une personne agissant pour votre compte lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de la Canada Vie ou à notre siège social.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Canada Vie ou consultez l'adresse www.canadavie.com.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
Sommaire des garanties	1
Prise d'effet et expiration de la protection	8
Personnes à charge couvertes	10
Désignation de bénéficiaire	10
Assurance-vie – retraités	11
Assurance-vie facultative	12
Assurance facultative contre les maladies graves - retraités	14
Garantie soins médicaux supplémentaires	30
Garantie soins dentaires	48
Coordination des prestations	58

Sommaire des garanties

Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.

Assurance-vie de base - Retraités

Montant fixe correspondant au montant de la protection à la date précédant le départ à la retraite.

Assurance-vie facultative

Retraités et personnes à charge

Montant fixe correspondant au montant de la protection à la date précédant le départ à la retraite.

Assurance facultative contre les maladies graves – Retraités

Montant fixe correspondant au montant de la protection à la date précédant le départ à la retraite.

Garantie Soins médicaux supplémentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Franchise	aucune
Règlement proportionnel	100 %
Maximums - Frais ordinaires	
Frais de séjour en cas d'hospitalisation	chambre à deux lits
Soins infirmiers à domicile	25 000 \$ par période de 36 mois
Médicaments sur ordonnance engagés au Canada	compris
Médicaments contre l'infertilité	5 000 \$ pendant toute la durée de la protection ou selon toute disposition contraire prévue par la loi
Plafonds des frais d'exécution d'ordonnance	Les frais couverts maximums en remboursement de la partie des frais de tout médicament sur ordonnance représentant les frais d'exécution d'ordonnance sont fixés à 6,00 \$. Cette limite ne s'applique pas si vous résidez au Québec. À l'égard des médicaments d'entretien, la protection se limite à cinq frais d'exécution d'ordonnance par code d'identification numérique de médicament au cours d'une année de protection.

exception à l'égard des médicaments achetés en Saskatchewan	À l'égard des médicaments d'entretien achetés en Saskatchewan, la protection se limite à cinq frais d'exécution d'ordonnance par code d'identification numérique de médicament au cours d'une année de protection.
exception à l'égard des médicaments achetés au Québec	Le plafond relatif au nombre maximum de frais d'exécution d'ordonnance ne s'applique pas aux médicaments achetés au Québec.
Appareils auditifs	1 000 \$ par période de 60 mois
Pompes à perfusion d'insuline	2 000 \$ par pompe, une par période de 5 ans
Fournitures pour incontinents	1 000 \$ par période de 12 mois
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure	montant maximal de 700 \$ par période de 24 mois combiné aux frais pour orthèses du pied faites sur mesure
Orthèses du pied faites sur mesure	une paire par année de protection jusqu'à un montant maximal de 700 \$ par période de 24 mois combiné aux frais pour chaussures orthopédiques ajustées sur mesure

Bras myoélectriques	10 000 \$ par prothèse
Prothèses mammaires externes	une par période de 12 mois
Soutiens-gorge chirurgicaux	deux par période de 12 mois, jusqu'à un maximum de 500 \$
Cigognes mécaniques ou hydrauliques	2 000 \$ par cigogne, une fois par période de 5 ans
Rampes d'accès extérieures	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 2 000 \$
Appareils de contrôle de la glycémie	150 \$ par année de protection
Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs	4 000 \$ par année de protection
Neurostimulateurs percutanés	700 \$ pendant toute la durée de la protection
Pompes d'extrémités pour lymphoedème	une pendant toute la durée de la protection, jusqu'à concurrence de 1 500 \$
Bas de contention sur mesure	deux paires par période de 12 mois, jusqu'à un maximum de 750 \$
Perruques pour patients atteints du cancer	1 000 \$ pendant toute la durée de la protection

Maximums - Soins paramédicaux

Soins donnés par un chiropraticien	500 \$ par année de protection
Soins donnés par un massothérapeute	500 \$ par année de protection
Soins donnés par un naturopathe	500 \$ par année de protection
Soins donnés par un ostéopathe	500 \$ par année de protection
Soins donnés par un physiothérapeute, un thérapeute du sport ou un ergothérapeute	maximum combiné de 1 500 \$ par année de protection
Soins donnés par un podiatre ou un podologue	maximum combiné de 500 \$ par année de protection
Soins donnés par un psychologue, un travailleur social ou un thérapeute familial autorisé	maximum combiné de 750 \$ par année de protection
Soins donnés par un orthophoniste ou un audiologiste	maximum combiné de 500 \$ par année de protection

Maximums - Soins oculaires

Examens de la vue	120 \$ par période de 24 mois
Lunettes, lentilles cornéennes ou chirurgie oculaire au laser	450 \$ par période de 24 mois pour tous les types de soins et de fournitures combinés

Montants maximums –
Soins médicaux supplémentaires

Frais de soins d'urgence engagés hors du pays	1 000 000 \$ par voyage
Tous les autres frais couverts	illimité

Garantie Soins dentaires

Les frais couverts ne dépasseront pas les frais courants

Barème servant au règlement	barème des honoraires pour soins dentaires de la province où les soins sont donnés, en vigueur à la date des soins. Le remboursement des honoraires d'hygiénistes dentaires indépendants est fondé sur le barème des honoraires applicable aux hygiénistes dentaires. Les honoraires des spécialistes sont limités au barème des honoraires applicable aux praticiens généralistes.
Franchise	aucune
Règlement proportionnel	
Soins ordinaires	100 %
Soins extraordinaires	60 %
Soins orthodontiques	50 %
Maximums	
Soins ordinaires	illimité
Soins extraordinaires	2 500 \$ par année de protection
Soins orthodontiques	3 000 \$ pendant toute la durée de la protection

PRISE D'EFFET ET EXPIRATION DE LA PROTECTION

Vous êtes admissible au régime à la date de votre retraite, à condition que vous soyez un résident du Canada.

- Vous et les personnes à votre charge êtes couverts d'office par le régime dès que vous y devenez admissibles.

Vous pouvez renoncer à la protection de soins médicaux ou de soins dentaires (ou aux deux) si vous profitez déjà de ces protections aux termes du régime de votre conjoint. Si votre protection aux termes du régime de votre conjoint prend fin, vous devez vous inscrire au présent régime dans les 31 jours suivant l'expiration de votre protection. Passé ce délai, ou si votre demande d'adhésion a été antérieurement refusée par la Canada Vie, vous et vos personnes à charge pourriez être tenus de présenter une preuve d'assurabilité satisfaisant la Canada Vie pour bénéficier de la protection de soins médicaux. Quant à la garantie Soins dentaires, la Canada Vie pourrait refuser de l'accorder ou pourrait appliquer certaines restrictions.

Votre protection expire lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque vous cessez de verser la cotisation exigible ou encore lorsque la police expire, selon la première éventualité.

Veillez consulter les renseignements supplémentaires fournis concernant votre admissibilité et l'expiration de la protection aux termes de vos garanties. Communiquez avec l'administrateur de votre régime, Cowan, si vous avez des questions.

- La protection garantie à vos personnes à charge expire lorsque votre protection prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de la protection. Communiquez avec votre répondant de régime pour avoir des précisions.

Prestations de survie

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires, à l'égard de votre conjoint et de vos personnes à charge, se poursuit, moyennant le paiement des primes, pendant une période de 24 mois ou jusqu'à ce vos survivants cessent d'être admissibles, selon la première éventualité.

PERSONNES À CHARGE COUVERTES

Par « personne à charge » on entend les personnes ci-dessous.

- Votre conjoint (légitime ou de fait).
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins pour cause de handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité s'est manifestée avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 26 ans s'ils étudiaient à temps plein, et si elle subsiste de façon continue depuis.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire, dans la mesure permise par la loi. Toute désignation de bénéficiaire que vous avez effectuée aux termes de l'ancienne police de votre employeur participant antérieurement à la date d'effet de la présente police s'applique à la présente police jusqu'à ce que vous changiez cette désignation. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle reflète vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation en remplissant une formule que vous pouvez obtenir du répondant de régime.

ASSURANCE-VIE – RETRAITÉS

À votre décès, la Canada Vie versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre répondant de régime se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Votre assurance-vie ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance prend fin à votre 65^e anniversaire ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre répondant de régime pour obtenir tous les détails à ce sujet.

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

L'assurance-vie facultative vous permet de souscrire un supplément d'assurance pour vous et vos personnes à charge. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant que vous pouvez obtenir.

L'admissibilité à l'assurance-vie facultative pour vous et votre conjoint est assujettie à la remise d'une justification d'assurabilité et à l'approbation de la Canada Vie. Si la demande d'adhésion contient des réponses ou des renseignements qui sont faux ou omet de divulguer tout fait important pour l'établissement de la protection, la Canada Vie peut annuler l'assurance facultative.

À votre décès, la Canada Vie versera votre prestation d'assurance-vie à votre bénéficiaire désigné. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou si le bénéficiaire désigné n'est pas vivant au moment de votre décès, le paiement sera fait à votre succession. Votre répondant de régime se chargera d'expliquer les modalités de règlement. Si l'une de vos personnes à charge décède, vous recevrez le montant pour lequel elle était assurée.

- Si vous résidez au Québec et que votre assurance-vie facultative, celle de votre conjoint ou celle de votre enfant prend fin, vous, votre conjoint ou votre enfant pouvez avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Si vous résidez ailleurs au Canada et que votre assurance-vie facultative ou celle de votre conjoint prend fin, vous ou votre conjoint pouvez avoir droit à une police individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité.

Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Pour ce qui concerne l'assurance de votre conjoint ou de votre enfant, vous ou votre conjoint pouvez présenter la demande. Communiquez avec votre répondant de régime pour obtenir tous les détails à ce sujet.

Restriction en cas de suicide

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide dans les deux ans qui suivent la prise d'effet de l'assurance-vie facultative ou une augmentation de cette assurance. En pareil cas, la Canada Vie rembourse toutes les primes qui lui ont été versées. Cette restriction ne s'applique pas à l'assurance sur la tête d'un enfant à charge.

ASSURANCE FACULTATIVE CONTRE LES MALADIES GRAVES – RETRAITÉS

Si, en cours de garantie, vous ou votre conjoint recevez le diagnostic d'une des maladies graves définies plus bas, la Canada Vie vous versera une prestation facultative aux termes de l'assurance contre les maladies graves. Vérifiez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant des prestations payables. Si une période de survie s'applique à l'une des maladies indiquées plus bas, la Canada Vie ne versera la prestation qu'à la fin de cette période de survie. En plus de cette prestation et pourvu qu'elle soit de 10 000 \$ ou plus, la Canada Vie versera un don de 500 \$ en votre nom à un organisme de bienfaisance enregistré de votre choix.

Une seule prestation de maladie grave est payable du vivant d'une personne. Une fois qu'une prestation a été versée, il n'y a plus d'assurance contre les maladies graves couvrant cette personne.

Votre assurance facultative contre les maladies graves ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance. La protection du conjoint ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance ou celui de votre conjoint, selon la première éventualité.

Maladies couvertes

On entend par « maladie grave » toute affection, toute intervention chirurgicale ou tout état indiqués ci-dessous répondant aux critères définis et diagnostiqués par un spécialiste défini dans la police. Le spécialiste ne peut être ni le répondant de régime, ni l'assuré, ni un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du répondant de régime ou de l'assuré.

Tous les tests ou examens devant être effectués afin de satisfaire aux conditions requises doivent être accomplis par un professionnel de la santé qui n'est ni le répondant de régime, ni l'assuré, ni un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du répondant de régime ou de l'assuré.

Le diagnostic doit être appuyé de preuves médicales objectives.

Crise cardiaque

Par « crise cardiaque », on entend la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes:

- symptômes de crise cardiaque;
- changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; ou
- apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour une crise cardiaque dans les cas suivants :

- augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; ou
- changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

La prestation est versée après une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Accident vasculaire cérébral

Par « accident vasculaire cérébral », on entend un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec:

- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques;
- nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique,

persistants pendant plus de 30 jours après la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour un accident vasculaire cérébral dans les cas suivants :

- accident ischémique transitoire; ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme.

Pour préciser, les infarctus lacunaires qui ne présentent pas les symptômes neurologiques et les déficits mentionnés ci-dessus et qui persistent pour plus de 30 jours ne satisfont pas la définition d'accident vasculaire cérébral.

La prestation est versée après une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic.

Pontage aortocoronarien

Par « pontage aortocoronarien », on entend une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire au moyen de greffes. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour un pontage aortocoronarien dans le cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

La prestation est versée après une période de survie de 30 jours suivant la date de l'opération.

Cancer (mettant la vie en danger)

Par « cancer (mettant la vie en danger) », on entend une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains.

Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer (mettant la vie en danger) dans les cas suivants :

- lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« borderline ») ou de non invasives, carcinome in situ (Tis) ou tumeurs au stade Ta;
- cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases;
- tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases;
- leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai;
- tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC.

Les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (8ème édition, 2018) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).

Périodes de cancer exclues

Aucune prestation ne sera payable pour un cancer (mettant la vie en danger) si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non aux termes de la police).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Canada Vie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Canada Vie peut refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par un cancer ou son traitement.

Insuffisance rénale

Par « insuffisance rénale », on entend une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Cécité

Par « cécité », on entend la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par:

- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux,
ou
- un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux.

Greffe d'un organe principal

Par « greffe d'un organe principal », on entend une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit aux prestations en cas de « greffe d'un organe vital », la personne couverte doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Démence, y compris la maladie d'Alzheimer

Par « démence, y compris la maladie d'Alzheimer », on entend la démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :

- aphasie (un trouble de la parole);
- apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes);
- agnosie (difficulté à reconnaître des objets);
- perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne.

La personne couverte doit présenter :

- une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et
- des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins six mois.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour la démence (y compris la maladie d'Alzheimer) dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques ou de délire.

Aux termes de la présente police, la référence à un miniexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.

Maladie de Parkinson et syndrome parkinsoniens atypiques

Par « maladie de Parkinson et syndrome parkinsoniens atypiques » on entend la maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :

- rigidité musculaire; ou
- tremblement de repos.

La personne couverte doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.

Syndrome parkinsonien atypique signifie diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et les syndromes parkinsoniens atypiques dans le cas de tout autre type de parkinsonisme.

Périodes de maladie de Parkinson et de syndromes parkinsoniens atypiques exclues

Aucune prestation ne sera payable pour la maladie de Parkinson et pour des syndromes parkinsoniens atypiques si, dans la première année suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans la première année suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Canada Vie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Canada Vie peut refuser toute demande de règlement portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur toute maladie grave causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

Paralysie

Par « paralysie », on entend la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Sclérose en plaques

Par « sclérose en plaques », on entend au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation;
- une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois.

Surdité

Par « surdité », on entend la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Perte de l'usage de la parole

Par « perte de l'usage de la parole », on entend la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Restriction

Aucune prestation ne sera payable pour la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.

Coma

Par « coma », on entend une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.

Restriction

Aucune prestation ne sera payable pour un coma dans le cas d'un coma qui a été médicalement provoqué.

Brûlures graves

Par « brûlures graves », on entend des brûlures du troisième degré affectant au moins 20% de la surface du corps.

Chirurgie de l'aorte

Par « chirurgie de l'aorte », on entend une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour la chirurgie de l'aorte en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

La prestation est versée après une période de survie de 30 jours suivant la date de l'opération.

Tumeur cérébrale bénigne

Par « tumeur cérébrale bénigne », on entend une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Restriction

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne en cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

Périodes de tumeurs cérébrales bénignes exclues

Aucune prestation ne sera payable pour une tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'assurance ou, dans le cas d'une augmentation, dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'augmentation, la personne couverte:

- a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic ou
- a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la Canada Vie dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la Canada Vie peut refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Par « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque », on entend une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.

La prestation est versée après une période de survie de 30 jours suivant la date de l'opération.

Perte d'autonomie

Par « perte d'autonomie », on entend une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle;
- se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels;
- se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de membres

Par « perte de membres », on entend une séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Maladie du motoneurone

Par « maladie du motoneurone », on entend l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire.

Infection à VIH contractée au travail

Par « infection à VIH contractée au travail », on entend l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne couverte à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date d'effet de la police ou après la date d'effet d'une augmentation de l'assurance si cette date est ultérieure.

Des prestations sont payables en cas d'infection à VIH contractée au travail seulement si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :

- la blessure accidentelle doit être signalée à l'assureur dans les 14 jours suivant cette blessure;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis;
- la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Restrictions

Aucune prestation ne sera payable pour une infection à VIH contractée au travail si :

- la personne couverte a décidé de ne pas se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle.

Pour préciser, une infection à VIH qui résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables n'est pas incluse dans la présente définition d'infection à VIH contractée au travail.

Méningite purulente

Par « méningite purulente », on entend une méningite, confirmée par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Restriction

Aucune prestation ne sera payable dans le cas d'une méningite virale.

Anémie aplastique

Par « anémie aplastique », on entend une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse, confirmée par biopsie, et qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

- stimulation de la moelle osseuse;
- immunosuppresseurs;
- greffe de moelle osseuse.

Restrictions générales

Aucune prestation n'est payable dans le cas d'une maladie grave résultant directement ou indirectement de n'importe quel des faits suivants :

- blessure intentionnelle ou tentative de suicide, quel que soit l'état d'esprit de la personne, et que celle-ci soit en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de ses actes;
- guerre, insurrection ou participation volontaire à une émeute;
- participation à un acte criminel ou à une tentative de voies de fait;
- absorption de tout médicament, substance toxique, produit enivrant ou narcotique, à moins qu'il ne soit prescrit à la personne par un médecin autorisé ou pris par la personne conformément aux directives du médecin autorisé;
- conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie dans le sang supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres.

Aucune prestation n'est payable en cas de décès ou d'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales survenant au cours de la période d'attente applicable relativement à la prestation.

Comment faire une demande de règlement

- Pour réclamer des prestations, procurez-vous un formulaire de demande de règlement sur le site Web de la Canada Vie au **www.canadavie.com**. Remplissez ce formulaire et renvoyez-le à l'adresse indiquée sur le formulaire.
- Toutes les demandes de règlement doivent être présentées dans les meilleurs délais, mais jamais plus de trois mois après :
 - l'expiration de la période de survie, s'il y a lieu; ou
 - l'expiration du régime

selon la première éventualité.

GARANTIE SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

À l'exception des frais pour les orthèses du pied faites sur mesure et les chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure données.

Votre garantie Soins médicaux supplémentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance, sauf disposition contraire prévue par la loi.

Frais couverts

- Service d'ambulance jusqu'au centre le plus proche en mesure de fournir les soins requis.
- Séjour dans un hôpital ou une maison de soins infirmiers ou soins infirmiers à domicile, à condition que les soins reçus soient des soins de courte durée, des soins de convalescence ou des soins palliatifs.

On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou les traitements de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée.

On entend par « soins palliatifs » tout traitement visant à soulager la douleur lorsque la maladie en est à la phase terminale.

- Frais de séjour dans un hôpital qui dépassent le coût en salle commune et frais de séjour une maison de soins infirmiers, lorsque l'établissement est situé au Canada.

Dans le cas d'un séjour à l'hôpital, le régime couvre la différence entre les frais en chambre à deux lits et les frais en salle commune. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue aux termes du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Le régime couvre également les frais de services hospitaliers relatifs à une chirurgie dentaire ainsi que tous les autres frais de soins et de fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital situé hors de la province du malade et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans sa province de résidence.

Dans le cas d'un séjour en maison de soins infirmiers, le remboursement est limité à la partie des frais autorisée par l'État.

Restriction

Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui dispense des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

- Le régime couvre les soins infirmiers donnés à domicile, au Canada, par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé.

Par « soins infirmiers », on entend des soins qui nécessitent les compétences et la formation d'un infirmier professionnel et qui sont fournis par un infirmier professionnel qui n'est pas membre de la famille du malade.

Avant le début des soins infirmiers à domicile, il serait préférable que vous fassiez établir une évaluation des soins à donner.

- Médicaments et fournitures de médicaments indiqués ci-dessous lorsqu'ils sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi, et qu'ils sont obtenus au Canada. Les prestations visant des frais de médicaments et de fournitures de médicaments engagés à l'extérieur du Canada ne sont payables qu'aux termes de la clause relative aux soins d'urgence reçus hors du pays.
 - Les médicaments sont couverts s'ils figurent dans la liste de médicaments du CAEAS/ECAB établie et tenue à jour par Cubic Health Inc., en vigueur à la date d'achat.

Le régime couvre également les frais de vaccins et anatoxines donnés à des fins préventives pour conférer une immunisation qui sont indiqués dans la liste de médicaments du CAEAS/ECAB.

À moins qu'une preuve médicale indiquant la raison pour laquelle un médicament ne doit pas être remplacé lui soit présentée, la Canada Vie peut limiter les frais couverts au coût du médicament de remplacement le moins cher.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance-médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à la franchise et à votre part du règlement proportionnel prévus aux termes du régime provincial.

- Location ou, au choix de la Canada Vie, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrits par un médecin.
- Orthèses du pied sur mesure et chaussures orthopédiques ajustées sur mesure, y compris les modifications apportées à des chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin.
- Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

- Fournitures nécessaires aux diabétiques prescrites par un médecin : stylos d'injection Novolin-Pen et autres dispositifs d'injection d'insuline à aiguille, dispositifs de prélèvement de sang, y compris les plaques mais non les lancettes. Les lancettes sont couvertes aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance.
- Appareils de contrôle de la glycémie, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils flash de surveillance du glucose, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Appareils de surveillance du glucose en continu, y compris les capteurs et les transmetteurs, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.
- Pompes à perfusion d'insuline externe prescrites par un médecin.
- Procédures de laboratoire et d'imagerie utilisées dans la province de résidence du patient pour établir un diagnostic, lorsqu'elles ne sont pas couvertes par le régime provincial du patient. Il est entendu que les frais associés à une telle procédure ne sont pas couverts si le patient peut choisir de les payer, en totalité ou en partie, plutôt que d'en demander le remboursement aux termes de son régime provincial.
- Traitement de blessures aux dents naturelles et saines. Le traitement doit commencer dans les 60 jours suivant l'accident, si l'état de santé du patient le permet.

On entend par « dent saine » toute dent n'ayant nécessité aucune restauration immédiatement avant l'accident. On entend par « dent naturelle » toute dent n'ayant pas été remplacée par une dent artificielle.

Restrictions

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous.

- Dommages causés accidentellement aux prothèses amovibles.
- Traitement dentaire effectué plus de 12 mois après l'accident.
- Diagnostics et soins orthodontiques.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter des troubles musculaires ou osseux.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe autorisé (y compris les radiodiagnostics).
- Soins hors du milieu hospitalier pour corriger les troubles de motricité et donnés par un physiothérapeute autorisé, par un thérapeute du sport autorisé ou par un ergothérapeute autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre autorisé (y compris les radiodiagnostics) pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podologue autorisé pour traiter les affections du pied.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue agréé, un travailleur social dûment qualifié ou un thérapeute familial autorisé.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste autorisé pour corriger les défauts d'élocution.
- Soins donnés hors du milieu hospitalier par un audiologiste

Soins oculaires

- Examens de la vue, y compris la réfraction de l'oeil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste autorisé et ne sont pas couverts par le régime de votre province.
- Lunettes et lentilles cornéennes nécessaires à la correction de la vision lorsqu'elles sont fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisé.
- Chirurgie oculaire au laser nécessaire pour corriger la vision, lorsqu'elle est pratiquée par un ophtalmologiste autorisé.

Programme d'Assistance médicale globale

Le programme AMG vous garantit une aide lors d'une urgence médicale grâce à un réseau mondial de communications accessible 24 heures sur 24. Si vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études et que vous devez obtenir des soins médicaux de toute urgence, le personnel affecté au programme vous indiquera l'adresse du médecin ou de l'établissement les plus proches en mesure d'offrir les soins voulus et obtiendra l'approbation nécessaire de la Canada Vie. Si vous voyagez au Canada, le programme couvre uniquement les frais engagés pour une urgence survenant à plus de 500 kilomètres de votre domicile. Vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie du gouvernement de votre province de résidence pour être admissible aux garanties de l'Assistance médicale globale. Les soins et services ci-dessous sont couverts, sous réserve de l'approbation préalable de la Canada Vie.

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

Lorsque les soins et services sont couverts aux termes de la présente disposition, ils ne le sont pas aux termes des autres dispositions décrites dans le présent livret.

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$, et les frais de transport aller-retour en classe économique.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$.

Restriction

Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

Les prestations pour l'hébergement sont limitées aux frais engagés dans un hôtel de confort moyen. Les appels téléphoniques, les courses en taxi et les frais de location de voiture sont compris

Restriction

Les frais de repas ne sont pas couverts.

Soins d'urgence hors du pays

Lorsque vous ou une personne à votre charge êtes en vacances, ou encore en voyage d'affaires ou d'études à l'extérieur du Canada, le régime prévoit le remboursement, le cas échéant, des frais médicaux engagés par suite d'une urgence médicale. Pour être admissible aux prestations, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie en vigueur dans votre province de résidence.

Par « urgence médicale » on entend toute urgence résultant de blessures fortuites soudaines ou d'une phase aiguë d'une maladie.

- Le régime couvre les soins, services et fournitures suivants reliés à un traitement médical de base.
 - Soins donnés par un médecin.
 - Radiodiagnostic et analyses de laboratoire.
 - Séjour à l'hôpital en salle commune, en chambre à deux lits ou à l'unité de soins intensifs, lorsque le séjour commence pendant que vous êtes couvert.
 - Fournitures médicales obtenues au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins paramédicaux reçus au cours d'une hospitalisation couverte.
 - Soins et fournitures reçus au service des consultations externes d'un hôpital.
 - Fournitures médicales obtenues hors du milieu hospitalier qui seraient couvertes au Canada.
 - Médicaments.
 - Soins d'infirmier professionnel donnés hors du milieu hospitalier.
 - Transport par un service d'ambulance autorisé au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.
 - Traitement d'une blessure accidentelle aux dents qui serait couvert au Canada.

Restrictions

Si votre état vous permet de revenir au Canada, le remboursement se limite au moindre d'entre les frais qui seraient payables aux termes du présent régime si les soins continuaient d'être reçus à l'étranger et les frais qui seraient payables aux termes du présent régime pour des soins comparables au Canada, plus le coût du retour au pays.

Aucune prestation n'est payable pour les frais encourus plus de 60 jours après la date de départ du Canada. Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés à la fin de la période de 60 jours, les prestations seront versées jusqu'à la fin de l'hospitalisation.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable au titre des frais suivants, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Partie des frais pour des soins, services ou fournitures qui est remboursable en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance-maladie gouvernemental.
- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte aux termes du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime collectif à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.

- Soins, services ou fournitures reliés :
 - à un traitement donné uniquement à des fins d'esthétique
 - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice des activités quotidiennes ordinaires
 - au diagnostic ou au traitement de l'infertilité (exception faite des médicaments)
 - à la contraception, à l'exception des médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou fournitures non énumérés dans la liste des frais couverts, y compris les scooters électriques de mobilité.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance-maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si des prestations auraient été versées en vertu du présent régime pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.

Cette restriction ne s'applique pas aux frais couverts par l'Assistance médicale globale.

- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins prolongés.
- Soins donnés par un podiatre dont une partie des frais est remboursée par l'Assurance-santé de l'Ontario. Des prestations pour ces soins sont payables uniquement quand le plafond annuel fixé par l'Assurance-santé de l'Ontario est atteint.
- Soins et fournitures oculaires demandés par un employeur participant comme condition d'embauche.

En outre, aucune prestation n'est payable aux termes de la garantie Médicaments sur ordonnance en remboursement des frais ci-dessous, sauf disposition contraire prévue par la loi.

- Tout achat de médicaments ne pouvant être normalement utilisé au cours d'une période de 34 jours, exception faite de certains médicaments nécessaires au maintien de la vie qui peuvent être achetés pour une période de 100 jours.
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé.
- Extraits allergisants.
- Médicaments qui sont considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Produits anti-tabagiques.
- Médicaments utilisés dans le traitement de la dysérection.

À noter : Si vous êtes un salarié âgé de 65 ans ou plus et résidez au Québec, vous cessez d'être couvert aux termes de la protection de base pour les médicaments sur ordonnance du présent régime et êtes couvert aux termes de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, à moins que vous choisissiez de conserver la protection du présent régime tel qu'il est indiqué ci-dessous.

Il n'est possible d'opter pour la protection du présent régime qu'une seule fois. Ce choix doit être fait et signalé à votre répondant de régime avant l'expiration d'une période de 60 jours suivant :

- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans; ou
- si vous êtes âgé de 65 ans ou plus, la date à laquelle vous devenez résident du Québec, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec.

Lorsqu'un salarié a choisi d'être couvert aux termes du présent régime, il est réputé ne pas être admissible à la protection de l'assurance-médicaments de base de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Par « protection de base pour les médicaments sur ordonnance », on entend la part des frais de médicaments qui est remboursée au titre de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains médicaments sont couverts, Cubic Health Inc. conserve une liste limitée de médicaments qui nécessitent une autorisation préalable.

L'autorisation préalable permet de vérifier si les critères d'admissibilité (établis et tenus à jour par Cubic Health Inc.) à l'égard du médicament ont été satisfaits avant que le médicament soit approuvé.

Cubic Health Inc. est responsable de l'évaluation des demandes de règlement pour tous les médicaments nécessitant une autorisation préalable et de déterminer si ces demandes de règlement sont admissibles au remboursement ou non.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant des **frais engagés à l'étranger (y compris celles relatives à l'Assistance médicale globale)** doivent être présentées à la Canada Vie le plus tôt possible après que les frais ont été engagés. Il est très important que vous fassiez parvenir vos demandes de règlement immédiatement à notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger vu que la régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire a fixé des délais très stricts à cet égard.

Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M5432 (f) (Demande de règlement – Frais médicaux à l'étranger) à votre répondant de régime. Vous devez également obtenir la formule de cession des prestations de l'État alors que les résidents de la Colombie-Britannique, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador doivent aussi obtenir la demande de règlement spéciale de l'État. Le Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie vous enverra, à votre attention, la formule de l'État appropriée au moment voulu.

Vous devez remplir les formules appropriées en prenant soin de donner tous les renseignements demandés. Annexe tous les reçus originaux à ces formules et envoyez le tout au Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger de la Canada Vie. Assurez-vous de conserver une copie pour vos dossiers. Aux termes du régime, vous serez remboursé de tous les frais admissibles, y compris de la partie couverte par votre régime provincial ou territorial d'assurance-maladie. La régie de l'assurance-maladie de votre province ou de votre territoire remboursera ensuite directement au régime la partie des frais couverte par celle-ci.

Les demandes de règlement pour frais médicaux engagés à l'étranger doivent être présentées dans un laps de temps précis qui varie par province ou par territoire. Pour connaître le délai qui s'applique dans la province ou le territoire où vous habitez à l'égard de la présentation des demandes de règlement ou si vous avez besoin d'aide pour remplir les formules, veuillez communiquer avec notre Service des demandes de règlement – Frais engagés à l'étranger au 1 866 800-8086.

- Les demandes de règlement, visant des **frais engagés au Canada relativement aux soins paramédicaux et aux soins oculaires**, peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais médicaux**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M635D (f) à votre répondant de régime. Remplissez-la en prenant soin de donner tous les renseignements demandés.

Annexez vos reçus à la formule d'indemnisation et envoyez le tout au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

- En ce qui concerne les **médicaments sur ordonnance**, votre répondant de régime vous remettra une carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance. Présentez cette carte au pharmacien avec votre ordonnance.

Avant que votre ordonnance soit exécutée, on procédera à une vérification au moyen du système Assure Demandes de règlement. Assure Demandes de règlement est une série de sept vérifications électroniques effectuées sur vos antécédents en matière de médicaments sur ordonnance pour des raisons de sécurité et de vérification de conformité. Cette démarche a pour but d'améliorer votre santé et votre qualité de vie ainsi que celles de vos personnes à charge. Les vérifications effectuées portent sur l'interaction médicamenteuse, la duplication thérapeutique et la durée du traitement, ce qui permet au pharmacien de réagir avant la remise du médicament. Selon les résultats des vérifications, il se pourrait que le pharmacien refuse d'exécuter l'ordonnance.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Vous pouvez avoir à payer une franchise avant d'être remboursé de vos frais de soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les règlements proportionnels indiqués au **Sommaire des garanties**.

L'indemnisation aux termes du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des honoraires maximums du barème de soins dentaires indiqué au **Sommaire des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le barème des denturologistes s'appliquent. Le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, ou par un denturologiste.

Votre garantie Soins dentaires ne se poursuit jamais au-delà du dernier jour précédant votre 65^e anniversaire de naissance.

Plan de traitement

- Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le à la Canada Vie. Cette dernière calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

Soins ordinaires

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts.

- Services diagnostiques, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Un examen buccal complet, par période de 24 mois.
 - Examens buccaux partiels, une fois tous les neuf mois (une fois tous les six mois à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 19 ans). Toutefois, un seul examen buccal partiel est couvert si un examen buccal complet est effectué dans la même période de 12 mois.
 - Examens parodontaux partiels, une fois tous les neuf mois (une fois tous les six mois à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 19 ans).
 - Une série complète de radiographies tous les 24 mois.
 - Un maximum de 15 pellicules de radiographies intra-buccales tous les 24 mois et une radiographie panoramique tous les 24 mois. De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.
 - Soins préventifs, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage des dents et application topique de fluorure, une fois tous les neuf mois (une fois tous les six mois à l'égard des enfants à charge âgés de moins de 19).
 - Détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le polissage parodontal des racines.
- « Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

- Conseils d'hygiène bucco-dentaire, une fois pendant toute la durée de la protection.
- Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires permanentes, tous les 60 mois.
- Mainteneurs d'espace et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.
- Finition d'obturations.
- Meulage interproximal des dents.
- Retouches aux contours des dents.
- Soins de restauration ordinaires, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.
 - Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte aux termes du présent régime.
 - Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.
 - Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.
- Soins endodontiques. Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.

- Soins parodontaux, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Polissage de la racine, jusqu'à concurrence d'un maximum de dix unités de temps tous les 12 mois lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.
 - Ajustement et équilibration de l'occlusion, jusqu'à concurrence d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.
- Soins d'entretien de prothèses amovibles, dont ceux énumérés ci-dessous.
 - Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois, une fois tous les 36 mois.
 - Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans, une fois tous les 36 mois.
 - Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 36 mois.
 - Réparation de prothèses amovibles, ajouts nécessaires et repositionnement des dents d'une prothèse amovible, après la période de trois mois suivant la mise en place.
 - Ajustement de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place, une fois tous les 12 mois.
- Chirurgie buccale.
- Soins complémentaires.

Soins extraordinaires

- Couronnes. En ce qui concerne les couronnes sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût de couronnes en métal. Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût de couronnes ordinaires.
- Incrustations de surface. En ce qui concerne les incrustations de surface réalisées au moyen de matériaux esthétiques sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des incrustations de surface en métal.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que celles-ci ne peuvent être réparées.

- Prothèses amovibles complètes ordinaires, prothèses amovibles partielles ordinaires (moulées ou en acrylique) ou encore prothèses hybrides (ou télescopiques) ou ponts lorsque la mise en place de prothèses amovibles ordinaires (complètes ou partielles) ne constitue pas un traitement adéquat. En ce qui concerne les dispositifs de rétention réalisés au moyen de matériaux esthétiques et les pontiques mis en place sur des molaires, le régime couvre uniquement les frais de dispositifs de rétention et de pontiques en métal. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants n'est couvert que dans les cas suivants :
 - la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement et sont couverts;

- la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera couvert si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents.

Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existants peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

- Chirurgie reliée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches aux contours des tissus buccaux).
- Entretien d'appareils après l'expiration d'une période de trois mois suivant la mise en place :
 - réfection de prothèses, une fois tous les 36 mois;
 - conditionnement des tissus;
 - réparation d'un pont couvert;
 - enlèvement et recimentation d'un pont.

Soins orthodontiques

- Soins orthodontiques à l'égard de toute personne âgée de six ans ou plus au début du traitement.

Frais non couverts

Aucune prestation n'est payable au titre des frais ci-dessous.

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils audio-visuels d'hygiène bucco-dentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire; isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie effectuées au moment de l'extraction d'une ou de plusieurs dents. Le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts au titre de la garantie Soins extraordinaires.
- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être reconstituée autrement. Le remboursement au titre des couronnes, incrustations de surface et en profondeur est limité aux frais couverts pour obturations.

- Prothèses hybrides (ou télescopiques) ou mise en place d'un premier pont lorsqu'un traitement adéquat aurait été possible à l'aide de prothèses amovibles ordinaires (partielles ou complètes).

En ce qui concerne les prothèses hybrides (ou télescopiques), le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles complètes ordinaires.

En ce qui concerne la mise en place d'un premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour des prothèses amovibles partielles ordinaires moulées et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Si un autre pont est mis en place sur la même arcade dentaire dans les 60 mois de la mise en place du premier pont, le régime rembourse jusqu'à concurrence des frais prévus pour l'ajout d'une ou de plusieurs dents à une prothèse amovible et les frais de restauration de dents piliers lorsqu'une telle restauration est nécessaire pour des raisons autres que la mise en place d'un pont.

Le remboursement est limité aux frais prévus pour des prothèses amovibles ou des ponts ordinaires dans le cas de la mise en place de prothèses équilibrées ou gnathologiques, de prothèses amovibles avec attachements de type amortisseur « stress breaker », d'attachements de précision ou de semi-précision, de prothèses amovibles avec connecteurs de type « swing lock », de prothèses hybrides (ou télescopiques) partielles ou encore de prothèses amovibles ou de ponts attachés à des implants.

- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de la protection d'un autre régime collectif.

- Soins, services ou fournitures couverts aux termes des Soins médicaux supplémentaires. Si le montant payable aux termes de la garantie Soins dentaires est supérieur au remboursement redevable aux termes des Soins médicaux supplémentaires, les prestations sont versées aux termes de la garantie Soins dentaires.
- Frais dont la loi interdit tout remboursement aux termes d'un régime privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels il y a des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une protection d'assurance.
- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement à des fins d'esthétique.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez une personne âgée de 19 ans ou plus, sauf par la voie de soins orthodontiques.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés par suite de la guerre, d'une insurrection, ou de la participation volontaire à une émeute.

Comment faire une demande de règlement

- Les demandes de règlement visant les **frais engagés au Canada** peuvent être présentées en ligne. Accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre répondant de régime, et faites-la remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Cette formule remplie contiendra les informations nécessaires pour saisir les données de la demande de règlement en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devrez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

Les demandes de règlement en ligne doivent être présentées à la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 6 mois après la date des soins.

Vous devez conserver vos reçus pendant 12 mois à partir de la date à laquelle vous avez présenté votre demande de règlement à la Canada Vie aux fins d'enregistrement de la transaction, et vous devez les présenter à la Canada Vie, lorsque celle-ci le demande.

- En ce qui concerne les demandes de règlement pour les **autres frais dentaires**, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir une formule de demande de règlement personnalisée ou demandez la formule M445D (f) à votre répondant de régime. Faites-la remplir par le fournisseur de soins dentaires et retournez-la au Service des indemnités de la Canada Vie dans les meilleurs délais, mais jamais plus de 15 mois après la date des soins.

COORDINATION DES PRESTATIONS

- Les prestations auxquelles vous ou une personne à votre charge avez droit aux termes du présent régime sont diminuées de celles payables aux termes de tout régime de l'État. De plus, si vous ou une personne à votre charge avez droit à des prestations pour les mêmes frais aux termes du présent régime et de tout autre régime collectif, ou à la fois à titre de retraité et de personne à charge aux termes du présent régime ou encore à titre de personne à charge à la fois du père et de la mère aux termes du présent régime, il y a coordination des prestations de manière que le remboursement total aux termes de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément aux termes de vos régimes respectifs. Les demandes visant des enfants à charge doivent être présentées aux termes du régime couvrant le conjoint dont la date de naissance (compte non tenu de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations à l'égard des enfants à charge est le suivant :
 1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
 2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
 3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
 4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts aux termes du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement aux termes du régime de l'autre conjoint.



Canada Vie et le symbole social, ainsi que GroupNet sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.