



Votre régime d'assurance collective



GRADUATE STUDENTS' ASSOCIATION

Contrat n° Q838

Étudiants résidents et non-résidents du Québec

Votre régime d'assurance collective

GRADUATE STUDENTS' ASSOCIATION

Contrat n° Q838

Étudiants résidents et non-résidents du Québec

**Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
1 866 647-5013**

**Pour obtenir votre numéro de certificat,
veuillez consulter le site www.studentcare.ca**

Le présent document constitue un résumé de votre contrat d'assurance collective.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} septembre 2022. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

CATÉGORIES	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	2
APERÇU DES GARANTIES	7
DÉFINITIONS	13
DEMANDES DE PRESTATIONS	16
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT	18
ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE	23
ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE	28
ASSURANCE FRAIS DENTAIRES	44
BON À SAVOIR	51

CATÉGORIES

<u>Catégorie</u>	<u>Description de la catégorie</u>
001	Étudiants – Résidents du Québec
002	Étudiants – Non-résidents du Québec

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

CATÉGORIES 001 ET 002

Conditions d'admissibilité :

L'étudiant doit être membre de Graduate Students' Association.

L'étudiant admissible qui participe à un programme d'échange ou à un stage à l'extérieur de sa province de résidence demeure assuré en vertu du régime d'assurance collective à condition qu'il soit couvert en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour les frais engagés hors de sa province de résidence.

Prise d'effet de l'assurance de l'étudiant :

L'adhésion à l'assurance est automatique lors de l'inscription à l'établissement d'enseignement. Pour les étudiants internationaux, la couverture de tout étudiant prend effet à la date du début de la période de couverture, pourvu que la demande d'adhésion soit soumise durant la période de retrait et de changement de couverture.

Les primes du régime d'assurance collective font partie des cotisations automatiques non-obligatoires (CANO).

L'étudiant est assuré d'office avec une protection individuelle et sera couvert en vertu des garanties suivantes durant toute la période de couverture.

- Assurance mort et mutilation accidentelles de l'étudiant
- Assurance accident-maladie
- Assurance frais dentaires

Pour des informations additionnelles concernant les garanties, veuillez vous référer à l'[Aperçu des garanties](#).

Prise d'effet de l'assurance des personnes à charge :

Si l'étudiant choisit une protection familiale, couple ou monoparentale, ses personnes à charge sont admissibles à l'assurance à partir du début de la période de couverture.

Cessation de l'assurance de l'étudiant :

L'assurance de l'étudiant prend fin au premier des événements à survenir parmi les suivants :

- 1) la fin de la période de couverture;
- 2) la fin de la garantie indiquée à l'Aperçu des garanties;
- 3) la date à laquelle le preneur met fin au contrat.

Cessation de l'assurance des personnes à charge :

L'assurance des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de cessation de la couverture de l'étudiant;
- 2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'étudiant.

Période de couverture :

Session d'automne : 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante.

Session d'hiver : 1^{er} janvier au 31 août.

Garanties offertes :

L'étudiant peut choisir parmi les garanties ci-dessous. Toutefois, l'assurance mort mutilation accidentelles et l'assurance accident-maladie ne sont pas offertes séparément; elles sont indissociables.

- Assurance mort et mutilation accidentelles de l'étudiant
- Assurance mort et mutilation accidentelles des personnes à charge*
- Assurance accident-maladie
- Assurance frais dentaires

* L'étudiant doit avoir choisi un type de protection couvrant une ou plusieurs personnes à charge pour être admissible à cette garantie.

Pour obtenir des informations additionnelles concernant les garanties, veuillez vous référer à l'[Aperçu des garanties](#).

Types de protection offertes :

L'étudiant peut choisir parmi les types de protection ci-dessous. À défaut de faire un choix, il se verra attribuer une protection individuelle qui demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

- Individuelle : étudiant seulement
- Familiale : étudiant, conjoint et enfants
- Couple : étudiant et conjoint
- Monoparentale : étudiant et enfants

Le type de protection demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

Le type de protection peut être différent d'une garantie à l'autre.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à Studentcare dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

- mariage, nouveau conjoint de fait;
- naissance, adoption d'un enfant; ou
- retour aux études d'un enfant à charge.

Droit de retrait :

L'étudiant a la possibilité d'exercer son droit de retrait du régime d'assurance collective annuellement ou de façon permanente, pendant la période de retrait et de changement de couverture. Après cette période, l'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait.

Un étudiant qui demande un retrait annuel du régime d'assurance collective ne sera pas couvert pour toute la durée de la période de couverture.

L'étudiant sera inscrit automatiquement pour la période de couverture suivante.

Un étudiant qui demande un retrait permanent ne sera pas couvert en vertu du régime d'assurance collective pour toute la durée de son inscription auprès du preneur. L'étudiant peut se réinscrire ultérieurement pour une prochaine période de couverture en consultant le site www.studentcare.ca.

Période de retrait et de changement de couverture :

La période de retrait et de changement de couverture est déterminée par le preneur. Celle-ci est prévue au début de la période de couverture.

L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait ou effectuer des modifications après cette période.

L'étudiant doit consulter le site www.studentcare.ca pour connaître les dates de la période de retrait et de changement de couverture.

Procédure pour effectuer des modifications :

L'étudiant doit consulter le site www.studentcare.ca pour modifier :

- ses garanties;
- son type de protection; et
- se prévaloir de son droit de retrait
- pour les étudiants internationaux, adhérer au régime

L'étudiant peut effectuer des modifications uniquement durant la période de retrait et de changement de couverture.

Assurance similaire et validation de couverture :

L'assurance accident-maladie est un régime complémentaire et ne remplace pas la couverture du régime provincial d'assurance-médicaments du Québec (RAMQ) ou de tout autre régime privé d'assurance.

L'étudiant doit valider s'il est couvert par un autre régime d'assurance offrant des prestations similaires au présent régime. Ce régime pourrait être offert par son employeur, ses parents ou son conjoint. Dans ce cas, il pourrait bénéficier d'une coordination des prestations.

APERÇU DES GARANTIES

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT

CATÉGORIES 001 ET 002

Note : L'étudiant qui est assuré en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie du régime d'assurance collective est automatiquement assuré en vertu de la garantie d'assurance mort et mutilation accidentelles.

Montant de l'assurance : 2 000 \$

Fin de la garantie : Le 31 août de chaque année ou à la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon la première éventualité.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE

CATÉGORIES 001 ET 002

Note : L'étudiant qui est assuré en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie du régime d'assurance collective est automatiquement assuré en vertu de la garantie d'assurance mort et mutilation accidentelles des personnes à charge.

Montant de l'assurance :

Conjoint : 2 000 \$

Chaque enfant : 2 000 \$

Début de l'assurance du nouveau-né :

24 heures après la naissance.

Fin de la garantie :

Le 31 août de chaque année, la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré ou la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge assurée, selon la première éventualité.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

CATÉGORIES 001 ET 002

Montant de la franchise

Médicaments : Aucune

Frais d'hospitalisation
dans la province de
résidence : Aucune

Soins de la vue : Aucune

Tous les autres frais
admissibles : Aucune

Carte de paiement pour
les médicaments : **Catégorie 001** : Aucune carte car DSF est
toujours deuxième payeur

Catégorie 002 : Carte de paiement direct

Pourcentage de remboursement

Médicaments : **Catégorie 001** : 100 % du prix du
médicament équivalent le moins cher
disponible sur le marché et si la prescription
du médecin ne porte pas la mention « PAS
DE SUBSTITUTION »

Catégorie 002 : 80%

Frais d'hospitalisation
dans la province de
résidence : 100 %

Soins de la vue : 100 %

Soins paramédicaux 100 %
(80 % pour le psychologue, le travailleur
social, le conseiller en orientation et le
psychothérapeute)

Soins infirmiers et
ambulance : 100 %

Fournitures pour colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie :

Catégorie 001 : 100 %

Catégorie 002 : 80 %

Stérilets :

Catégorie 001 : 100 %

Catégorie 002 : 80 %

Pour tous les autres frais admissibles :

80 %

Limite des frais admissibles

Médicaments :

10 000 \$ par période de couverture par famille.

Vaccins préventifs :

Montant payable de 50 \$ par période de couverture par personne assurée.

Soins hospitaliers de courte durée :

Le coût d'une chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

Soins infirmiers :

Montant payable de 25 000 \$ par personne assurée par période de 3 périodes de couverture consécutives.

Services paramédicaux :

Montant payable de 20 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant de 400 \$ par période de couverture par personne assurée, par catégorie de spécialistes indiquée ci-après :

- chiropraticien
- ostéopathe
- thérapeute du sport

Montant payable de 60 \$ par visite, jusqu'à concurrence d'un montant de 1 000 \$ par période de couverture par personne assurée, par catégorie de spécialistes indiquée ci-après :

- massothérapeute
- physiothérapeute

Montant payable de 750 \$ par période de couverture par personne assurée, pour l'ensemble des spécialistes suivants :

- psychologue, travailleur social, conseiller en orientation ou psychothérapeute

Techniques d'imagerie utilisées par un chiropraticien ou un ostéopathe :

Maximum payable d'un examen par période de couverture par personne assurée et inclus dans le maximum prévu pour chaque catégorie de spécialistes.

Fin de la garantie :

Le 31 août de chaque année ou à la date à laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon la première éventualité.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

CATÉGORIES 001 ET 002

**Année du guide des
tarifs dentaires :**

Année courante

Montant de la franchise :

Aucune

**Pourcentage de
remboursement**

Soins de prévention :

50 %

**Soins de base et
de parodontie :**

50 %

**Montant maximum
payable**

**Soins de prévention, de
base et de parodontie :**

500 \$ par période de couverture par
personne assurée pour l'ensemble des
soins.

Fréquence :

Pour examens de rappel, polissage et
application de fluorure : tous les 12 mois

Pour le détartrage : 4 unités per personne
assurée par période de couverture

Limitations :

Les restaurations en composite qui sont
effectuées sur des dents postérieures sont
limitées aux frais remboursables pour les
restaurations en amalgame.

Fin de la garantie :

Le 31 août de chaque année ou à la date à
laquelle l'étudiant cesse d'être assuré, selon
la première éventualité.

DÉFINITIONS

Dans le cadre du contrat :

Accident désigne toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Assureur désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Conjoint désigne toute personne admissible qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à un étudiant;
- 2) vit conjugalement avec l'étudiant depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- 3) vit conjugalement avec l'étudiant, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'étudiant à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
- 2) le conjoint à qui l'étudiant est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint d'un étudiant.

Enfant à charge désigne la personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'étudiant ou du conjoint de l'étudiant pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'étudiant ou du conjoint de l'étudiant ou d'un enfant adopté. Cet enfant :

- 1) a moins de 21 ans;
- 2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant à charge dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou
- 3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend du soutien financier de l'étudiant ou du conjoint de l'étudiant pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'étudiant ou le conjoint de l'étudiant qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Étudiant désigne la personne qui réside au Canada et qui est membre de Graduate Students' Association.

Hôpital désigne tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par l'assureur et qui procure 24 heures sur 24 :

- 1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et
- 2) des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

Maladie désigne toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Pour les besoins du contrat, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin désigne un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Période de couverture désigne la période qui s'étend du 1^{er} septembre au 31 août de l'année suivante ou du 1^{er} janvier au 31 août.

Période de retrait et de changement de couverture désigne la période déterminée par le preneur durant laquelle l'étudiant peut exercer son droit de retrait ou modifier sa couverture. Cette période est prévue au début de la période de couverture. L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait ou effectuer des modifications après cette période. L'étudiant doit consulter le site www.studentcare.ca pour exercer son droit de retrait et de changement de couverture.

Personne à charge désigne le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que l'assureur a préalablement donné son approbation par écrit.

Personne assurée désigne l'étudiant dont l'assurance a pris effet ou l'une de ses personnes à charge assurées, le cas échéant.

Preneur désigne la société ou le groupe dont le nom est inscrit sur la proposition et figure sur la page frontispice du contrat.

Province de résidence désigne

- 1) pour un étudiant canadien :
 - a) la province de résidence habituelle dans laquelle l'étudiant est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
 - b) la province de résidence temporaire dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire alors qu'il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une autre province;
- 2) pour un étudiant non-canadien : la province de résidence dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire et dans laquelle il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, ou un régime équivalent approuvé par l'assureur. Cependant, pour les soins dentaires, l'étudiant n'a pas à être couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

Soins médicaux continus désigne la nature des soins que doit recevoir l'étudiant, lesquels doivent être reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident. Ils doivent être raisonnables et de pratique courante, et être donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque l'assureur l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié. Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'assureur doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu, s'il en est, pour chaque garantie. Advenant la résiliation du contrat, l'assureur n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves des pertes subies ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation du contrat.

Le défaut de transmettre la demande de prestations ou de fournir les preuves et renseignements dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de toute prestation pourvu que la demande, les preuves et les renseignements soient fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la demande de prestations, les preuves et les renseignements fournis sont transmis plus d'un an après la date de l'événement donnant lieu à la prestation.

Toute action en justice engagée contre l'assureur pour recouvrer des sommes payables en vertu du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'étudiant.

BÉNÉFICIAIRE

L'assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'étudiant en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si l'assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'étudiant peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'étudiant sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'étudiant retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'étudiant, s'il est vivant. Si l'étudiant est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

L'assureur n'assume aucune. Si l'étudiant est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Toute demande de prestations au titre du contrat doit être présentée au moyen du formulaire prévu à cette fin par l'assureur.

Toute prestation payable du vivant de l'étudiant est versée à l'étudiant à moins d'indication contraire dans le contrat.

Le bénéficiaire ou l'étudiant doit fournir à l'assureur, au cours de la période de 90 jours qui suit la date du décès, des preuves de décès y compris un rapport médical et des preuves de l'âge de l'étudiant ou de la personne à charge assurée ainsi que tout autre renseignement jugé utile.

Si le bénéficiaire désigné est l'ayant droit, le représentant personnel du défunt ou un mineur, ou s'il décède avant l'Étudiant ou n'est pas habilité à donner une libération valide, l'assureur se réserve le droit de payer à son gré et à sa discrétion une partie de la somme due en vertu de l'assurance Mort et Mutilations accidentelles de l'Étudiant, jusqu'à concurrence de 2 000 \$, à toute personne qu'il juge avoir un droit équitable à ladite somme pour couvrir les frais des obsèques de l'Étudiant. Ce paiement, s'il est effectué de bonne foi, libère entièrement l'assureur de toute responsabilité jusqu'à concurrence de la somme payée.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, l'assureur a le droit d'exiger que la personne assurée pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un ou des médecins ou par un ou des professionnels de la santé de son choix.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Il est possible que certains frais médicaux ou dentaires soient couverts par plus d'un régime d'assurance similaire. Si tel est le cas, l'étudiant peut obtenir un remboursement atteignant 100 % des frais engagés en soumettant successivement les réclamations à chacun des régimes. Dans l'industrie de l'assurance, c'est ce qu'on appelle la coordination des prestations.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DE L'ÉTUDIANT

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Éléments désigne les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou de la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Véhicule désigne une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

- 1) qu'un étudiant a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident est survenu alors que l'étudiant était couvert en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

TABLEAU DES PERTES

Le montant payable pour chaque type de perte correspond au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant à l'APERÇU DES GARANTIES.

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiparésie, paraparésie, quadriparésie	200 %

DISPARITION

Si l'étudiant, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'il a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS

Si l'étudiant, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :
 - a) un suicide ou des dommages corporels que l'étudiant s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
 - d) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'étudiant voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
 - i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
 - f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.
- 2) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

Toute demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours suivant cet accident.

Dans le cas de la disparition de l'étudiant ainsi qu'il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

ASSURANCE MORT ET MUTILATION ACCIDENTELLES DES PERSONNES À CHARGE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Éléments désigne les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Véhicule désigne une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant :

- 1) qu'une personne à charge a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident causant des dommages corporels;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident est survenu alors que la personne à charge était couverte en vertu de la présente garantie;

l'assureur paie le montant applicable à toute perte conformément au tableau suivant et aux autres dispositions applicables du contrat.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DU NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient automatiquement assuré selon ce qui est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES et aux dispositions du contrat, y compris celles qui ont trait au DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

TABLEAU DES PERTES

Le montant payable pour chaque type de perte correspond au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant à l'APERÇU DES GARANTIES.

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %

<u>Perte</u>	<u>Montant versé</u>
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Montant versé</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiparésie, paraparésie, quadriparésie	200 %

DISPARITION

Si une personne à charge, alors qu'elle est couverte en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel elle voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'elle a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS

Si une personne à charge, alors qu'elle est couverte en vertu de la présente garantie, se trouve exposée aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, elle subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :
 - a) un suicide ou des dommages corporels que la personne à charge s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
 - b) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
 - c) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
 - d) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
 - e) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si la personne à charge voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
 - i) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - ii) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
 - f) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.
- 2) Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Avant de régler une demande consécutive à un décès, l'assureur exige des preuves écrites satisfaisantes attestant que le décès a bien eu lieu et que le défunt était admissible à l'assurance au moment du décès, et précisant les causes et les circonstances liées au décès, la date de naissance du défunt et à quel titre le demandeur présente la demande de prestations.

Sous réserve de toute loi applicable, l'assureur peut demander une autopsie pour évaluer sa responsabilité en rapport avec une demande de paiement présentée en raison d'un décès.

Toute autre demande de paiement doit être présentée à l'assureur dans les 30 jours suivant la date de l'accident et une preuve écrite doit être remise dans les 90 jours suivant cet accident.

Dans le cas d'une disparition ainsi qu'il est indiqué dans la partie DISPARITION de la présente garantie l'assureur prendra le sinistre en charge sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Chirurgie d'un jour désigne toute chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale, régionale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

Hospitalisation désigne

- 1) une admission à l'hôpital comme patient interne alité;
- 2) tout séjour dans un hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

Malade hospitalisé désigne la personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit sur l'ordre d'un médecin, dans le secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.

Médicament obtenu sur ordonnance désigne un médicament prescrit par un médecin ou un chirurgien dentiste. De plus, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé doivent être considérés comme médicament sur ordonnance si une loi provinciale permet à ces professionnels de le faire.

Orthèse désigne tout appareil orthopédique fabriqué d'un matériel rigide, tel le métal ou le plastique, et servant à maintenir une région du corps en bonne position. Les bandes-maintien élastiques n'entrent pas dans la catégorie des orthèses.

Période d'hospitalisation désigne toute période continue d'hospitalisation dans un hôpital du Canada ou des périodes successives d'hospitalisation résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant lesquels la personne assurée n'a pas été hospitalisée. Si, pendant une période donnée, l'hospitalisation résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'hospitalisation précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'hospitalisation.

Prothèse désigne un appareil destiné à remplacer, en tout ou en partie, un membre ou un organe.

Recommandation médicale désigne l'ordre de fournir un médicament ou de prodiguer des soins, donné par un médecin, un chirurgien dentiste ou un podiatre dûment autorisé à le faire dans le cadre normal de l'exercice de sa profession.

Urgence médicale désigne toute maladie, affection ou blessure grave et imprévue nécessitant un traitement médical immédiat.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de la présente garantie, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement applicable et des restrictions indiquées à l'APERÇU DES GARANTIES, et conformément aux autres dispositions applicables de la présente garantie et du contrat.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent avoir été engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins :

- 1) qui sont nécessaires du point de vue médical pour le traitement de la personne assurée;
- 2) qui sont normalement fournis pour une maladie ou blessure de cette nature ou de cette gravité;
- 3) qui, sous réserve d'une disposition contraire, ont été préalablement recommandés par le médecin traitant.

De plus, les frais sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus, sauf pour ce qui est de la partie de l'assurance médicaments qui correspond au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce que la personne est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'étudiant. Toutefois, un nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

Cette disposition ne s'applique pas lorsque la personne assurée réside au Québec.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'étudiant doit payer à chaque période de couverture, avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise ou du ticket modérateur qui sera remboursé par l'assureur selon les dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES – DANS LA PROVINCE DE RÉSIDENCE

Les frais admissibles dans la province de résidence de l'étudiant sont ceux énumérés ci-dessous :

FRAIS D'HOSPITALISATION

Hôpital : les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée pour chaque jour d'hospitalisation et sans limite quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES tant que l'étudiant est couvert par les régimes gouvernementaux d'assurance maladie et hospitalisation.

MÉDICAMENTS

- 1) Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste (codés «Pr», «C», ou «N» dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur l'ordonnance du médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement desdites conditions pathologiques, soit les suivantes :

troubles cardiaques;

troubles pulmonaires;

diabète;

arthrite;

maladie de Parkinson;

épilepsie;
fibrose kystique;
glaucome.

Pour les personnes assurées qui résident au Québec, sont aussi remboursables les médicaments et les autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à l'égard des personnes assurées si elles n'étaient pas couvertes en vertu d'un contrat collectif. Les frais ne sont pas limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus.

Si l'étudiant réside en Colombie-Britannique, en Saskatchewan ou au Manitoba, le remboursement des médicaments ou des produits prescrits ne doit pas dépasser la franchise et le pourcentage de remboursement prescrits de temps à autre en vertu du programme Pharmacare de la Colombie-Britannique ou du Manitoba, ou du Programme de médicaments sur ordonnance de la Saskatchewan.

- 2) Pour les personnes assurées de 65 ans ou plus qui résident au Québec et qui sont assurées par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, les médicaments décrits au paragraphe 1), qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, que l'on ne peut obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.

Sont aussi remboursables les frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments, étant entendu que ces frais sont assujettis à la franchise et au pourcentage de remboursement de la présente garantie.

- 3) Les contraceptifs oraux prescrits par un médecin.
- 4) Tout médicament et vitamine pouvant être injecté prescrit par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie.
- 5) Les vaccins préventifs prescrits par un médecin dans le but de prévenir ou de traiter une maladie. Le montant maximum est spécifié à l'APERÇU DES GARANTIES si applicable.
- 6) Les bâtonnets réactifs et seringues pour le traitement du diabète.
- 7) Pour un étudiant qui réside dans une province autre que le Québec, les produits antitabac.

MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- 1) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- 2) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Soins infirmiers : les services d'une infirmière autorisée, d'une infirmière auxiliaire autorisée ou d'une préposée aux bénéficiaires (aide-infirmière) qui n'a aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'étudiant ou avec l'une des personnes à sa charge et qui ne réside pas habituellement chez celui-ci ni chez l'une des personnes à sa charge. Pour que les services soient couverts, il faut que le patient ne soit pas hospitalisé et que les soins donnés soient nécessaires du point de vue médical, qu'ils ne soient pas spécialement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance et qu'ils relèvent de la compétence de l'infirmière ou de la préposée aux bénéficiaires, jusqu'à concurrence du maximum de frais payables indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES pour chaque personne assurée.

Soins paramédicaux : selon les dispositions prévues à l'APERÇU DES GARANTIES, les services fournis par chaque type de professionnel, à condition que ce professionnel exerce dans les limites de sa compétence. Il doit également être membre en règle de son association ou de sa corporation professionnelle qui doivent être reconnues par l'assureur. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.

AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie terrestre, en cas d'urgence médicale ou dans le cadre d'un traitement reçu à titre de malade hospitalisé :

- 1) à partir de l'endroit où la personne assurée est victime de l'accident ou tombe malade, jusqu'à l'hôpital le plus proche où elle peut obtenir les soins appropriés;
- 2) d'un hôpital à un autre; et
- 3) d'un hôpital au domicile de cette personne lorsque l'état du patient l'exige.

Les frais d'une ambulance autorisée servant à transporter la personne assurée par voie aérienne, en cas d'urgence médicale, à l'hôpital le plus proche où la personne peut obtenir les soins appropriés ou à un autre hôpital lorsque le médecin traitant déclare que le transfert est nécessaire.

Les frais d'ambulance sont limités à 250 \$ par événement.

AIDE À LA MOBILITÉ

Fauteuil roulant : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé.

Aides à la marche ou béquilles : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

Corset médical : achat, les frais de réparation ne sont pas compris.

Support pour un membre, bandage herniaire et plâtre : achat, les frais de réparation ou de remplacement ne sont pas compris.

Lit d'hôpital : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

Chaussures orthopédiques : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par période de couverture, par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne précise à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, elles doivent être fabriquées et facturées par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques. Les chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant sont exclues.

ORTHÈSES ET PROTHÈSES

Dans le cas d'une personne assurée qui réside au Québec, les frais qui sont engagés pour des prothèses ou des orthèses ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués et facturés par des laboratoires détenant un permis en vertu d'une loi sur la protection de la santé publique.

Orthèse podiatrique ou support plantaire : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 350 \$ par période de couverture, par personne assurée.

Membre artificiel et prothèse myoélectrique :

- achat, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par prothèse;
- réparation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par réparation;
- remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par prothèse.

Oeil artificiel : achat, y compris le remboursement des frais relatifs à un polissage de l'oeil artificiel ou à une refection par période de couverture, par personne assurée.

Prothèse mammaire externe : achat, lorsqu'elle est requise à la suite d'une mastectomie totale ou radicale réalisée pendant que la personne est assurée en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, y compris l'achat de deux soutiens-gorge pour prothèses mammaires, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 200 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

Prothèse auditive : achat, sur ordonnance écrite d'un oto-rhino-laryngologiste diplômé, ainsi que les réparations, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 5 périodes de couverture consécutives.

Prothèse capillaire : achat, lorsqu'une telle prothèse est nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 300 \$ par période de couverture par personne assurée.

ÉQUIPEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glucomètre ou réflectomètre : achat ou location, sur recommandation médicale, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 700 \$ par personne assurée.

Oxygène et matériel nécessaire à son administration : achat ou location du matériel, à la discrétion de l'assureur.

Moniteur d'apnée : achat ou location, à la discrétion de l'assureur.

Pompe à drainage et accessoires de percussion thoracique : achat.

Neurostimulateur T.E.N.S. : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 700 \$ par personne assurée.

Autres équipements thérapeutiques : achat ou location, à la discrétion de l'assureur, qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection, jusqu'à concurrence d'un montant payable viager de 10 000 \$ par personne assurée. Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les stimulateurs de consolidation de fracture, les pompes à insuline, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente mais exclut tous les équipements myoélectriques.

FOURNITURES MÉDICALES

Fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie : achat.

Bas de contention : achat, à condition qu'ils soient de compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg) et fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par période de couverture, par personne assurée.

Stérilets non hormonaux : achat, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 50 \$ par période de couverture, par personne assurée.

Fournitures pour les paraplégiques : achat, à condition qu'elles soient reconnues nécessaires pour le traitement et l'entretien des paraplégiques.

Couvre-moignon : achat, jusqu'à concurrence de 5 paires par période de couverture, par personne assurée.

Cathéter : achat.

Fournitures médicales servant au gavage : achat.

Fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie : achat.

Vêtements compressifs pour brûlés : achat.

Pansements médicamenteux : achat.

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT

Les services d'un dentiste requis pour la réparation et le remplacement de dents saines par suite d'un coup accidentel reçu sur la bouche pendant que la personne est couverte en vertu de la présente garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la présente garantie, et non en raison de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans sa bouche, jusqu'à concurrence de 2 500\$ par accident, par personne assurée. Ces soins dentaires doivent être rendus dans les 12 mois suivant la date de l'accident; sinon, l'assureur exige qu'un plan de traitement détaillé qu'il juge satisfaisant lui soit présenté dans le même délai. L'assureur n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de deux ans après la date de l'accident. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'étudiant.

AUTRES TRAITEMENTS

Radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital.

SOINS DE LA VUE

Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 60 \$ par période de couverture, par personne assurée.

LUNETTES ET LENTILLES

Lunettes et lentilles cornéennes y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 100 \$ par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs.

SERVICES D'UN PROFESSEUR PRIVÉ (POUR L'ÉTUDIANT SEULEMENT)

Les services d'un professeur privé jusqu'à concurrence de 10 \$ de l'heure et de 300 \$ par accident ou par maladie. La prestation est payable à compter du premier jour de la maladie ou de l'accident lorsqu'il est médicalement nécessaire que l'étudiant demeure hospitalisé ou qu'il poursuive sa convalescence à son domicile pour une période excédant 7 jours consécutifs.

PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

Une prestation d'hospitalisation de 75 \$ par jour jusqu'à concurrence de 30 jours par période d'hospitalisation. Une preuve d'hospitalisation doit être présentée avec la demande de règlement.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé;
- la diététique;
- la mise en forme;
- la disponibilité des ressources locales.
- la vaccination;
- le mode de vie;
- la puériculture;

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de l'étudiant et de ses personnes à charge.

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS-SANTÉ.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Partout au Canada	1 877 875-2632

FRAIS ADMISSIBLES - HORS DE LA PROVINCE DE RÉSIDENCE AU CANADA

FRAIS D'HOSPITALISATION

Hôpital : les frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée pour chaque jour d'hospitalisation au Canada et sans limite quant au nombre de jours, jusqu'à concurrence de la limite indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES tant que l'étudiant est couvert par les régimes gouvernementaux d'assurance maladie et hospitalisation.

AUTRES FRAIS ADMISSIBLES

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais médicaux au Canada en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, les frais admissibles sont remboursables conformément aux conditions indiquées à l'APERÇU DES GARANTIES, dans la mesure où ces frais sont couverts par la présente garantie et pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance.

Frais d'accident-maladie admissibles :

- 1) Services d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
- 2) Tous les autres frais admissibles couverts par la présente garantie et encourus dans la province de résidence de la personne assurée excluant les frais d'hospitalisation.

FRAIS ADMISSIBLES – HORS CANADA

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais non urgents en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur du Canada, les frais admissibles sont remboursables, sauf les frais pour les soins hospitaliers, conformément aux conditions indiquées à l'APERÇU DES GARANTIES, comme s'ils avaient été encourus au Québec, dans la mesure où ces frais sont couverts par la présente garantie et dans la province de résidence de la personne assurée et pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

- 1) Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :
 - a) les services ou les soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
 - b) les services, les soins ou les produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne rembourse pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;
 - c) les services, les soins ou les produits administrés à des fins expérimentales;
 - d) les frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement, à l'exception des cristallins artificiels s'ils sont couverts par le contrat;

- e) les fauteuils roulants conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- f) les appareils robotisés d'aide à la marche;
- g) les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, les sphygmomanomètres ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- h) les équipements de type «Obus Forme»;
- i) les cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- j) les couches pour incontinence;
- k) les soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- l) les actes dentaires et les fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet ainsi que la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- m) les voyages de santé ou les voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- n) les services, les soins ou les produits non inclus dans la liste des frais admissibles;
- o) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - i) de soins esthétiques;
 - ii) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - iii) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - iv) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;

- v) du fait pour l'étudiant d'avoir conduit un véhicule motorisé alors qu'il était sous l'influence de stupéfiants ou que la concentration d'alcool dans son sang excédait la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada; les frais admissibles engagés pour une cure de désintoxication et les frais engagés pour l'achat de médicaments que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait ne sont pas visés par la présente;
- p) les frais engagés pour une cure de désintoxication;
- q) les frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
- r) les lunettes de soleil ou les lunettes protectrices.

2) Exclusions applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- a) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- b) les produits anticonceptionnels (gelées et mousses contraceptives et prophylactiques), sauf ceux qui sont prévus à la présente garantie;
- c) les produits suivants, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :
 - i) les shampooings et les autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;
 - ii) les produits pour soins esthétiques;
 - iii) les cosmétiques;
 - iv) les produits dits naturels et les préparations homéopathiques;
 - v) les écrans solaires;
 - vi) les savons;
 - vii) les laxatifs d'usage courant;
 - viii) les antiacides stomacaux d'usage courant;
 - ix) les émoullients épidermiques;
 - x) les désinfectants et les pansements usuels;
 - xi) les eaux minérales;
 - xii) les préparations de lait de toute nature pour bébés;

- xiii) les protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
 - d) les substances utilisées pour injections sclérosantes dans les cas de varicosités, de pinceaux veineux et de dilatation mineure non réellement pathologiques mais considérés comme inesthétiques;
 - e) les produits et les médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
 - f) pour les résidents du Québec, les médicaments ou produits antibac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ainsi que les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments relativement aux médicaments ou produits antibac et pour les résidents des autres provinces, tous les médicaments ou produits antibac;
 - g) les médicaments pour le traitement de l'infertilité, sauf ceux couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les résidents du Québec;
 - h) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
 - i) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.
- 3) Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable
- L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.
- 4) Restrictions applicables aux médicaments
- a) l'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché;
 - b) la quantité des médicaments ou produits achetés ne doit pas dépasser une provision de 34 jours; cette restriction est de 100 jours pour les médicaments d'entretien.

5) Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

6) Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- a) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- b) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, si la couverture prend fin avant la fin de la période de couverture, les demandes de prestations doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE MÉDICAMENTS

Lorsqu'elle engage des frais de médicaments, la personne assurée doit présenter au pharmacien la carte du service de paiement. Grâce à ce mode de paiement, dit direct, la personne assurée ne paie au pharmacien que la partie non assurée des frais de médicaments qu'elle engage et l'étudiant n'a donc pas à présenter de demandes de remboursement à l'assureur.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la présente garantie :

Dentiste ou chirurgien dentiste désigne une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Guide des tarifs désigne le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné à la personne assurée, pour l'année indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES.

Hygiéniste dentaire désigne une personne autorisée à dispenser des traitements dentaires prophylactiques par une faculté dentaire accréditée.

OBJET DE LA GARANTIE

Sur réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par l'assureur attestant qu'une personne assurée, alors couverte en vertu de la présente garantie, a engagé des frais admissibles qui étaient nécessaires et qui avaient trait à des services recommandés par un dentiste, l'assureur rembourse la partie de ces frais qui excède la franchise, s'il y en a une, sous réserve du pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES, selon les tarifs du guide approprié et des maximums indiqués à l'APERÇU DES GARANTIES, sans excéder les frais engagés et conformément aux autres dispositions applicables du contrat.

Pour être admissibles, les soins doivent être :

- 1) dispensés par un dentiste; ou
- 2) dispensés par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste; ou
- 3) dispensés par un denturologiste diplômé lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence.

Les frais admissibles sont réputés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou à la date à laquelle les fournitures ont été obtenues. Toutefois, en ce qui concerne les traitements de canaux, l'assureur considère la date du dernier traitement comme étant la date à laquelle les frais ont été engagés.

DÉBUT DE L'ASSURANCE DES PERSONNES À CHARGE

Si l'entrée en vigueur de l'assurance d'une personne à charge est retardée parce qu'elle est hospitalisée le jour où l'assurance doit normalement entrer en vigueur, cette personne ne devient assurée que 24 heures après son retour au domicile de l'étudiant. Toutefois, un nouveau-né d'un étudiant dont les personnes à charge sont déjà assurées devient assuré dès sa naissance.

FRANCHISE

La franchise est la partie des frais admissibles que l'étudiant doit payer à chaque période de couverture avant que la présente garantie ne donne droit à un remboursement. Le montant de la franchise est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES.

POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT

Tout pourcentage de remboursement indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES est le pourcentage des frais admissibles après application de la franchise qui sera remboursé par l'assureur, en vertu des dispositions de la présente garantie.

FRAIS ADMISSIBLES AU CANADA

SOINS DE PRÉVENTION

EXAMENS

- Examen buccal complet, une fois tous les 36 mois
- Examen buccal de rappel, selon la fréquence indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES
- Examen buccal d'aspect particulier, une fois tous les 6 mois
- Examen buccal d'urgence

RADIOGRAPHIES

- Série complète de radiographies périapicales ou panoramiques, limitée à une série tous les 24 mois
- Radiographies intra-orales, radiographies interproximales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers
- Interprétation de radiographies provenant d'une autre source
- Photographie
- Radiographie de la main et du poignet, comme aide diagnostique au traitement dentaire

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

- Cultures/frottis bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- Biopsies
- Test de vitalité
- Modèles de diagnostic, non montés

PRÉSENTATION ET EXPLICATION DE CAS

- Consultation avec un patient (un jour autre que celui de l'examen)

SERVICES DE PRÉVENTION

- Instruction d'hygiène buccale, une fois tous les 12 mois
- Polissage, selon la fréquence indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES
- Détartrage léger à des fins préventives, combiné avec le détartrage à des fins thérapeutiques, selon la fréquence indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES
- Application topique de fluorure, selon la fréquence indiquée à l'APERÇU DES GARANTIES
- Finition des obturations
- Scellants de puits et fissures, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Meulage interproximal
- Appareils de maintien en l'absence de dents primaires, pour les enfants âgés de moins de seize ans
- Odontotomie prophylactique/améloplastie

SOINS DE BASE ET PARODONTIE

RESTAURATION

- Amalgame (argent)
- Restaurations en composite selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires de l'APERÇU DES GARANTIES
- Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite
- Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate, pour les enfants de moins de seize ans
- Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration

PARODONTIE

Traitements de tissus mous (gencives) et de l'os sur lesquels sont implantées les dents. Toutefois les frais admissibles suivants sont limités :

- a) visites post-opératoires, quatre visites par période de couverture
- b) curetage dispensé par un dentiste, une fois par période de 60 mois
- c) ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme, limité à un ajustement par période de couverture

ENTRETIEN DE PROTHÈSES AMOVIBLES

- Réparation
- Addition (à une prothèse amovible existante)
- Regarnissage
- Rebasage
- Ajustement de prothèses, trois mois après l'insertion
- Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, une fois par période de six mois.

CHIRURGIE BUCCALE

- Extractions - sans complications et complexes
- Ablation de racines résiduelles
- Exposition chirurgicale des dents
- Alvéoplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie
- Reconstruction du procès alvéolaire
- Extension des replis muqueux
- Excisions
- Incisions
- Frénectomie
- Actes chirurgicaux divers

SERVICES ADDITIONNELS

Seules l'anesthésie générale et la sédation consciente sont couvertes. Ces frais sont admissibles s'ils sont administrés en relation avec une extraction.

FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA

L'assureur ne rembourse les frais engagés pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada que dans la mesure où ce remboursement est effectué en vertu de la présente garantie dans le lieu de résidence habituel de la personne assurée et à condition qu'il s'agisse de soins d'urgence seulement. Cependant, si le lieu de résidence habituel est situé à l'extérieur du Canada, les frais seront limités aux frais suggérés dans le guide des tarifs du Québec.

RESTRICTIONS, EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Aucun remboursement n'est effectué relativement à toute partie des frais engagés excédant les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES. Lorsque deux ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, ce régime remboursera le traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

Le remboursement des frais de laboratoire est limité aux frais de laboratoire raisonnables et habituels de la localité où les services sont rendus. Toutefois, le remboursement total des frais de laboratoire ne doit en aucun cas dépasser 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs approprié ainsi qu'il est indiqué à l'APERÇU DES GARANTIES pour le traitement dentaire précis nécessitant des services de laboratoire.

Le remboursement des frais pour des restaurations en composite qui sont effectuées sur des dents postérieures peut être limité aux frais remboursables pour les restaurations en amalgame selon ce qui est indiqué à la partie LIMITATIONS afférentes aux frais dentaires de l'APERÇU DES GARANTIES.

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

- 1) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 2) les frais engagés relativement à l'analyse de la diète et aux recommandations, à l'hygiène buccale et au programme de contrôle de la plaque dentaire;
- 3) les frais engagés pour des soins, des fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant la reconstruction de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou pour un jumelage permanent des dents;
- 4) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;

- 5) les frais engagés pour des cultures/frottis bactériologiques suivis d'un traitement par Chlorzoïn;
- 6) les frais engagés pour des implants;
- 7) les frais engagés pour des duplicatas de modèles de diagnostic (non montés);
- 8) les frais engagés pour des anesthésies par acupuncture;
- 9) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;
- 10) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;
- 11) les services, les soins ou les produits fournis à l'étudiant par l'employeur;
- 12) tout traitement reçu en dehors du Canada, sauf les soins prévus dans la disposition relative aux FRAIS ADMISSIBLES HORS DU CANADA;
- 13) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;
- 14) les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement :
 - a) d'une infraction ou d'une tentative d'infraction au Code criminel;
 - b) de toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
 - c) d'une guerre, déclarée ou non, du service actif dans les forces armées d'un pays, ou de la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

La présente garantie est assujettie à la disposition relative à la COORDINATION DES PRESTATIONS de la section DEMANDES DE PRESTATIONS du contrat.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

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

Le plan de traitement présenté doit être mis à exécution par le dentiste qui l'a d'abord élaboré, sinon l'étudiant devra présenter un nouveau plan de traitement à l'assureur en vue d'une nouvelle évaluation.

FIN DE LA GARANTIE

Cette garantie prend fin à la première des dates indiquées dans la partie CESSATION DE L'ASSURANCE DES ÉTUDIANTS.

Les frais engagés après la date de cessation de l'assurance de l'étudiant ne sont pas remboursables, même si la personne assurée a présenté un plan de traitement détaillé en vertu de la disposition relative à l'ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS et que l'assureur a fixé les versements avant ladite date de cessation.

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

L'étudiant n'a pas à soumettre de demande de prestations à l'assureur si le dentiste utilise l'échange électronique de données (EDI).

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives et être adressées à l'assureur dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Toutefois, si la couverture prend fin avant la fin de la période de couverture, les demandes de prestations doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

L'assureur se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques parodontiques et des modèles d'étude.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de l'assurance accident-maladie ou l'assurance frais dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir votre numéro de certificat, veuillez consulter le site www.studentcare.ca.

Pour obtenir toute autre information, l'étudiant est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'étudiant de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'étudiant sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'étudiant peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTÉ

Si l'étudiant n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de Desjardins Sécurité financière. Le rôle de cet officier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Vous pouvez joindre l'Officier du règlement des différends de trois façons

Par écrit, à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Par téléphone au 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'étudiant est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com/adherent



DESJARDINS ASSURANCES désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. DESJARDINS, DESJARDINS ASSURANCES et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013 desjardinsassurancevie.com