



# Livret du régime d'assurance collective

NHL Alumni Association (NHLAA)

**CONTRAT N° 816053 | CATÉGORIE A**





# Contrat n° 816053

Par l'entremise de l'ÉQUITABLE<sup>MD</sup>, votre promoteur de régime vous offre le régime d'assurance collective décrit dans le présent livret.

Nous savons que votre sécurité financière ainsi que celle de votre famille vous importent. En gardant ceci à l'esprit, votre régime d'assurance collective est conçu pour répondre à certains de vos besoins financiers en cas de maladie ou de décès.

Nous vous encourageons à lire attentivement et à comprendre les garanties que votre promoteur de régime vous offre. Pour toute question, veuillez communiquer avec la personne responsable d'administrer votre régime d'assurance collective.

Vous pouvez obtenir une copie de la proposition d'assurance, de la preuve d'assurabilité, du contrat et des livrets là où la loi provinciale le permet.

Nous vous souhaitons la bienvenue en tant que membre du régime d'assurance collective de l'Équitable.

Veillez agréer nos salutations distinguées.

L'équipe de l'assurance collective

Composer sans frais le : 1 800 265-8878

## IMPORTANT

Le présent livret a pour but de vous fournir des renseignements à propos de votre régime d'assurance collective. Il ne s'agit pas d'un contrat au sens de la loi.

La police principale détermine les garanties, les montants et les dates d'entrée en vigueur qui s'appliquent à vous.

08/23 - EH

# Protection de votre vie privée

Chez l'Équitable, nous poursuivons notre engagement à protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels. Nous suivons les principes de protection de la vie privée définis dans le modèle du code de conduite de l'Association canadienne de normalisation en matière de protection des renseignements personnels.

Afin de protéger vos renseignements personnels, nous avons établi des dossiers dans lesquels nous maintenons vos renseignements personnels nécessaires à l'administration des services, à la tarification, à l'évaluation et au processus de tous les aspects liés au contrat d'assurance collective, y compris le règlement des réclamations.

Les employés autorisés de l'Équitable et des tiers concernés peuvent avoir accès à vos renseignements personnels ainsi que se les transmettre. Ces tiers comprennent les fournisseurs de services engagés par la Compagnie, les réassureurs, les autres compagnies d'assurance, les organismes d'enquête, les fournisseurs de soins de santé (tels que les pharmacies, les médecins et les dentistes) et toute autre personne ou partie qui obtient votre autorisation.

Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels conservés dans nos dossiers, sous réserve de toute restriction légale ou commerciale. Vos renseignements personnels peuvent être corrigés, le cas échéant.

Pour de plus amples renseignements en ce qui a trait à nos politiques de confidentialité, veuillez consulter la section intitulée « Notre engagement à votre égard » que vous trouverez sur notre site web au [www.equitable.ca/fr](http://www.equitable.ca/fr) sous le lien « Confidentialité ».

Vous pouvez communiquer avec nous pour toute question, toute préoccupation ou toute suggestion relative à notre gestion de vos renseignements personnels à l'adresse ci-dessous :

Chef de la protection des renseignements personnels

One Westmount Road North

P.O. Box 1603 Station Waterloo

Waterloo (Ontario)

N2J 4C7

Téléphone : 1 800 265-8878

Télécopieur : 519 883-7425

Courriel : [privacyofficer@equitable.ca](mailto:privacyofficer@equitable.ca)

# Table des matières

Coordonnées de l'assurance collective .....	6
EquitableSante.ca .....	7
Tableau des garanties .....	9
<b>NOTE IMPORTANTE</b> .....	<b>9</b>
Renseignements généraux .....	10
Assurance maladie complémentaire du membre et pour personnes à charge .....	11
Assurance dentaire du membre et pour personnes à charge .....	16
Dispositions générales.....	18
Dispositions générales relatives aux personnes à charge .....	20
Garanties d'assurance maladie complémentaire.....	22
Dispositions générales .....	22
Régime de paiement direct des médicaments n° 88 Régime d'assurance maladie complémentaire complet (médicaments sur ordonnance et certains médicaments sans ordonnance).....	28
Services majeurs .....	31
Services majeurs - assistance voyage .....	38
Services hospitaliers en chambre à un lit.....	41
Services pour les soins de la vue.....	42
Assurance dentaire .....	45
Dispositions générales .....	45
Type A - services dentaires de base.....	49
Type A - options des services de base.....	50
Type B - services de restauration majeure (prothèses dentaires).....	51
Type B - services de restauration majeure (autre que les prothèses dentaires - couronnes) .....	52
Prestation de survie.....	54
Primes payables .....	54

# Coordonnées de l'assurance collective

## Administration du régime d'assurance collective

Demandes générales, modification des renseignements personnels et soutien Web

**Heures d'ouverture :**

8 h 15 à 19 h (HNE)

6 h 15 à 17 h (HNR)

5 h 15 à 16 h (HNP)

**Coordonnées :**

groupbenefitsadmin@equitable.ca

Sans frais : 1 800 265-4556

Télécopieur : 1 888 878-7747

## Service des réclamations d'assurance dentaire

Demandes générales, modification des renseignements personnels et soutien Web

**Heures d'ouverture :**

8 h 15 à 19 h (HNE)

6 h 15 à 17 h (HNR)

5 h 15 à 16 h (HNP)

**Coordonnées :**

reclamations-dentaire-assurance-  
collective@equitable.ca.

Sans frais : 1 800 265-4556

Télécopieur : 1 888 505-4373

## Service des réclamations d'assurance maladie complémentaire

Demandes générales, modification des renseignements personnels et soutien Web

**Heures d'ouverture :**

8 h 15 à 19 h (HNE)

6 h 15 à 17 h (HNR)

5 h 15 à 16 h (HNP)

**Coordonnées :**

reclamations-maladie-  
assurance-collective@equitable.ca.

Sans frais : 1 800 265-4556

Télécopieur : 1 888 505-4373

## Ligne de secours 24 heures d'assistance voyage

Partout au Canada et aux États-Unis : 1 800 321-9998 | Partout ailleurs, veuillez appeler à frais virés : 519 742-3287

## Service téléphonique pour dénoncer les fraudes de l'Équitable

(appel anonyme) Téléphone : 1 800 265-8899

# EquitableSante.ca

## Des solutions en matière de santé qui comptent<sup>MD</sup>

La caractéristique standard de tous les régimes d'assurance collective de l'Équitable consiste aux ressources canadiennes en santé et mieux-être faciles d'accès et fiables qui sont mises à votre disposition par l'entremise du site EquitableSante.ca<sup>MD</sup>. Ce site Web sert à vous guider vers des ressources canadiennes en matière de santé et de mieux-être par l'entremise de la plateforme ConnecteurSanté de l'Équitable<sup>MD</sup> et de Homewood Santé<sup>MD</sup> en ligne.

### Le ConnecteurSanté, une aide à la santé :

Que vous ayez besoin d'aide pour trouver un médecin ou un spécialiste, composer avec un problème médical d'ordre familial ou personnel, ou que vous soyez à la recherche de ressources utiles en matière de santé dans votre localité, vous pouvez compter sur le ConnecteurSanté pour vous aider. Branchez-vous sur Internet et obtenez le soutien et les renseignements dont vous avez besoin. Téléphonnez au 1 800 265-4556 pour toute question au sujet du ConnecteurSanté de l'Équitable.

Lors de votre première visite sur le site EquitableSante.ca, prenez le temps de cliquer sur *Mes ressources* afin de prendre connaissance des renseignements et des outils en matière de santé et de mieux-être qui vous sont offerts par l'intermédiaire du ConnecteurSanté; le temps que vous y consacrerez sera bien investi.

### Homewood Santé – pour améliorer la qualité de vie :

Reconnaître et comprendre les nombreux facteurs pouvant avoir des répercussions sur votre vie quotidienne est une chose essentielle pour être en bonne santé. Le portail en ligne de Homewood Santé (Homeweb.ca/Equitable) vous donne accès à une bibliothèque personnalisée comprenant des outils interactifs, des évaluations et des cours pour vous aider à mieux gérer vos soucis quotidiens, allant de la conciliation travail-vie personnelle aux préoccupations parentales, financières et juridiques, en passant par les défis que représente le vieillissement des êtres chers. Vous avez également accès à un Questionnaire santé interactif en ligne et à J'E-volue, un programme novateur dédié à la thérapie cognitivo-comportementale qui vous aide à composer avec l'anxiété et la dépression.

### Le site des services en ligne des membres de régime par l'entremise du site EquitableSante.ca

Le site des services en ligne des membres de régime est la façon électronique rapide et pratique d'accéder aux renseignements portant sur votre assurance collective, au moment où vous en avez besoin. Le site des services en ligne des membres de régime vous aidera à mieux comprendre votre régime d'assurance collective et gérer vos couvertures de façon plus efficace. Il vous fait également gagner du temps tout vous permettant de déployer moins d'efforts en bénéficiant des avantages suivants :

- obtenir en temps réel des renseignements sur votre couverture d'assurance, l'état de votre demande de réclamation et l'historique de vos réclamations;
- accéder aux formulaires de demande de réclamation et aux formulaires administratifs;
- visualiser et confirmer les renseignements sur votre couverture, y compris ceux des personnes à votre charge admissibles;
- mettre à jour les renseignements personnels, comme votre adresse et vos renseignements bancaires; et
- vous inscrire aux services des solutions électroniques, comme le service de relevé des prestations électronique (RDP) ou celui du dépôt direct, ce qui vous permettra de recevoir vos remboursements plus rapidement.

### Utilisez l'application en ligne ABCréclamationsÉquitable qui vous permet de soumettre rapidement des demandes de réclamation!

Ouvrez une session pour accéder à votre compte de l'assurance collective comme membre de régime.

Cliquez sur *Soumettre une demande de réclamation* à la page d'accueil et remplissez le formulaire interactif de demande de réclamation d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance dentaire, joignez votre reçu et soumettez le tout – c'est aussi simple que l'ABC!

Si vous avez besoin d'aide pour vous inscrire ou accéder à votre compte de l'assurance collective, veuillez communiquer avec le Service de l'administration en assurance collective au : 1 800 265-4556 ou par courriel à l'adresse [groubenefitsadmin@equitable.ca](mailto:groubenefitsadmin@equitable.ca).

Homewood Santé est une marque déposée de Schlegel Health Care Inc.

Sauf indication contraire, <sup>MC</sup> et <sup>MD</sup> indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

# Tableau des garanties

Le régime décrit dans le présent livret est en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2026 et a été mis à jour le 22 mai 2026.

Dans le présent livret, les termes « la Compagnie » et « nous » désignent L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.

## NOTE IMPORTANTE

Les renseignements du tableau des garanties d'assurance et du sommaire des montants maximaux de l'assurance maladie complémentaire contenus dans le présent livret ne sont qu'un bref aperçu de votre régime d'assurance collective. Ces pages décrivent les garanties, les tableaux, les franchises, les pourcentages de remboursement et la plupart des montants maximaux s'appliquant à votre régime.

Veuillez consulter les pages relatives à la description des garanties pour de plus amples renseignements sur ce que vous devez savoir, comme les frais admissibles, les exclusions, les exigences particulières (comme les ordonnances ou les recommandations de votre médecin), les définitions de vos praticiens (les compétences professionnelles qu'ils doivent posséder) et autres montants maximaux pouvant s'appliquer.

### Vous protéger contre la fraude

Les demandes de réclamation frauduleuses peuvent entraîner des frais d'assurance supplémentaires pour vous et votre promoteur de régime. L'Équitable veut vous protéger des résultats négatifs de ce genre d'activité criminelle. Pour ce faire, nous misons sur tous les moyens nécessaires pour appuyer la détection, l'enquête et la poursuite de renseignements fautifs, incomplets ou trompeurs. De telles actions criminelles entraîneront le refus de la demande de réclamation et l'annulation de la couverture.

Si vous croyez qu'une personne est impliquée dans des demandes de réclamation frauduleuses, vous pouvez appeler notre ligne téléphonique spéciale anonyme au 1 800 265-8899.

### Catégories

- Catégorie A : tous les membres admissibles

## Renseignements généraux

### Âge maximal des enfants à charge

- Âge maximal d'un enfant à charge qui ne fréquente pas l'école à temps plein : moins de 21 ans
- Âge maximal d'un enfant à charge qui fréquente l'école à temps plein : moins de 25 ans

(Pour de plus amples renseignements au sujet de la couverture des personnes à votre charge admissibles, y compris les exigences de maintien de la couverture pour les enfants invalides, veuillez consulter la section intitulée « Dispositions générales relatives aux personnes à charge » du présent livret.)

### Exigence de cohabitation pour les partenaires

(Pour de plus amples renseignements au sujet de la couverture des personnes à votre charge admissibles, veuillez consulter la section intitulée « Dispositions générales relatives aux personnes à charge » du présent livret)

- douze (12) mois consécutifs

### Âge maximal pour la couverture

(Veuillez également consulter le paragraphe 6. « Quand votre assurance prend-elle fin? » de la section intitulée « Dispositions générales ») :

- Toutes les garanties prennent fin à la date de votre décès.

### Délai de carence

(Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section intitulée « Dispositions générales » du présent livret.)

- aucun délai de carence

# Assurance maladie complémentaire du membre et pour personnes à charge

## La franchise par ordonnance pour le régime d'assurance médicaments :

Aucune franchise

## Montant de la franchise par année du calcul des prestations pour toutes les autres garanties :

Aucune franchise

## Pourcentage de remboursement (jusqu'à concurrence des frais raisonnables et d'ordre courant) :

Régime d'assurance médicaments : 100 %

Services majeurs : 100 %

Assistance voyage : 100 %

Services hospitaliers : 100 %

Services pour les soins de la vue : 100 %

## Garanties:

Régime de paiement direct des médicaments n°88GA

Type de paiement des demandes de réclamation : transmission électronique à la pharmacie

**Nota :** il s'agit d'un régime d'assurance médicaments génériques obligatoire. Le montant maximal qui sera remboursé correspond au coût du médicament de substitution le moins élevé conformément aux pratiques en matière de règlement de l'Équitable au moment d'effectuer la demande de réclamation.

Un médicament de substitution comprend notamment :

- (i) un autre médicament (habituellement un produit générique) que le médicament de marque considéré comme étant interchangeable en vertu de la loi où le médicament est délivré; ou
- (ii) un produit biologique ultérieur.

Provision maximale admissible : une provision de trente-quatre (34) jours, sauf une provision de cent (100) jours dans le cas des médicaments d'entretien ou des traitements à long terme.

Coordination des prestations : les frais raisonnables et d'ordre courant s'appliqueront lors de la coordination auprès du deuxième assureur

De plus, votre régime d'assurance médicaments comporte une entente de fournisseur relative à un réseau de pharmacies prioritaires pour les médicaments spécialisés avec la pharmacie BioScript<sup>MD</sup>. La pharmacie BioScript offre des tarifs privilégiés pour les médicaments spécialisés admissibles figurant sur la liste du programme de gestion des médicaments spécialisés de l'Équitable. Pour être admissibles à la couverture en vertu du régime, les ordonnances pour les médicaments figurant sur la liste du programme de gestion des médicaments spécialisés de l'Équitable doivent être exécutées dans une pharmacie BioScript<sup>MD</sup>. Les ordonnances pour les médicaments spécialisés figurant sur la liste du programme de gestion des médicaments spécialisés de l'Équitable exécutées dans une pharmacie autre que la pharmacie BioScript, ne seront pas admissibles à la couverture en vertu du régime d'assurance médicaments et le membre ou à charge sera responsable de la totalité du coût du médicament spécialisé. Lorsque l'Assurance vie Équitable n'est pas le premier payeur privé, les demandes de réclamation d'assurance médicaments en vertu des médicaments spécialisés qui sont coordonnées avec le régime de la

conjointe ou du conjoint sont remboursées en fonction des dispositions normales de coordination des prestations applicables aux médicaments ordinaires. Aucune exigence ne s'applique à l'exécution des ordonnances de médicaments spécialisés à une pharmacie BioScript lorsque l'Équitable est le deuxième payeur privé. Le réseau de pharmacies prioritaires pour les médicaments spécialisés ne s'applique pas si vous ou votre personnes à charge admissibles résident en Québec. Si vous êtes un résident du Québec, vous pouvez choisir de remplir vos ordonnances pour les médicaments spécialisés admissibles à une pharmacie agréée de votre choix.

## Services majeurs :

Services majeurs (y compris l'assistance voyage)

## Services hospitaliers :

Services hospitaliers en chambre à un lit

## Soins de la vue

(Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter la section intitulée « Services pour les soins de la vue » du présent livret) :

- Lunettes, verres de contact ou chirurgie oculaire au laser : maximum de 400 \$
  - Ce maximum s'applique à toute période de vingt-quatre (24) mois pour les adultes et les enfants à charge.
- Verres de contact spéciaux (la sous-section 3 de la section intitulée « Services pour les soins de la vue ») : maximum de 300 \$
  - Il s'agit d'un montant maximal à vie par personne assurée.
- Examens de la vue : maximum : les frais raisonnables et d'ordre courant
  - Un examen de la vue est admissible pour toute période de vingt-quatre (24) mois pour les adultes et les enfants à charge.

## Sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire

Les montants maximaux suivants s'appliquent au régime d'assurance médicaments :

**Nota :** les demandes de réclamation d'assurance médicaments pour vous et pour vos personnes à charge qui sont assurées en vertu du présent régime d'assurance médicaments seront gérées conformément à la loi provinciale applicable.

### Maximum pour les inducteurs d'ovulation :

Non admissible

### Maximum pour les produits d'abandon du tabac

(Ces produits doivent avoir un DIN et la personne assurée une ordonnance écrite d'un médecin ou d'un médecin) :

Maximum à vie de 250 \$ par personne assurée

### Maximum pour les autres médicaments précisés:

Maximum pour les médicaments pour la perte de poids : non admissible

Montant maximal pour les médicaments contre la dysérection orale : 2 000 \$ par personne assurée et par année civile.  
Aucun autre médicament lié au mode de vie n'est admissible.

Maximum pour les médicaments pour le trouble lié à la baisse du désir sexuel : non admissible

### Maximum pour les vaccins et les immunisations :

Les vaccins et les immunisations pour la prévention des maladies transmissibles pour les adultes et les enfants à charge sont admissibles. Maximum illimité

## Les montants maximaux suivants s'appliquent aux articles couverts en vertu des services majeurs :

**Nota :** les frais admissibles seront limités aux frais raisonnables et d'ordre courant jusqu'à concurrence des montants maximaux.

**Les numéros à gauche** renvoient aux numéros des sous-sections de la section intitulée « Services majeurs » dans le présent livret. Pour de plus amples renseignements à propos de ces garanties, veuillez consulter la section intitulée « Services majeurs » du présent livret.

### 1. Maximum payable pour les soins en maison de convalescence :

40 \$ par jour, sous réserve d'un maximum de cent quatre-vingts (180) jours par invalidité par personne assurée

### 3. Maximum payable pour les soins infirmiers en service privé (infirmière ou infirmier en service privé) :

10 000 \$ par personne assurée et par année civile

### 4. (b) Maximum par personne assurée pour les appareils et fournitures :

Cannes, plâtres, béquilles, attelles et bandages herniaires : les frais raisonnables et d'ordre courant

Pompe pneumatique de compression pour lymphoedème : maximum à vie de 1 000 \$

Dispositifs intra-utérins (DIU) : les frais raisonnables et d'ordre courant

Aides à la parole laryngées frais raisonnables et d'ordre courant

Supports orthopédiques requis pour une raison médicale incluent les supports avec support rigide en vente libre) : les frais raisonnables et d'ordre courant

Prothèses (dont les prothèses myoélectriques et les prothèses oculaires) : les frais raisonnables et d'ordre courant

Bonnets couvre-moignon : six (6) paires par année civile

Bas de contention et bas élastiques combinés : 250 \$ par année civile

Neurostimulateur transcutané (NSTC) : maximum à vie de 500 \$

Viscosuppléance : trois (3) injections par genou à vie

Fauteuil roulant (électrique ou manuel) : maximum à vie de 1 000 \$

#### 4. (c) Maximum pour les prothèses mammaires et les soutiens-gorge post-mastectomie :

Prothèses mammaires externes : une prothèse mammaire externe par sein affecté pour toute période de trente-six (36) mois consécutifs

Soutiens-gorge post-mastectomie : deux (2) par personne assurée par année civile

#### 4. (e) Montant maximal pour les appareils auditifs :

500 \$ par personne assurée pour toute période de soixante (60) mois consécutifs

Les piles pour appareils auditifs ne sont pas admissibles.

#### 4. (f) Maximum pour les chaussures orthopédiques et autres orthèses :

(Nota : pour être admissibles, les chaussures orthopédiques et les orthèses doivent être spécialement conçues pour la patiente ou le patient et prescrites par l'une ou l'un des professionnels suivants : médecin, podiatre, podologue.)

350 \$ par personne assurée et par année civile pour les chaussures orthopédiques et toutes les autres orthèses combinées

#### 4. (h) Maximum pour les perruques et les postiches

(requis en raison d'une affection médicale) :

Maximum à vie de 200 \$ par personne assurée

#### 4. (i) Maximum pour les glucomètres :

175 \$ par personne assurée pour toute période de quarante-huit (48) mois consécutifs

#### 4. (j) Maximum pour les tests diagnostiques en laboratoire :

500 \$ par personne assurée et par année civile

### 6. Maximum pour les services paramédicaux par personne assurée par année civile :

- Chiropraticienne ou chiropraticien (incluant les radiographies) : 800 \$
- Diététiste : 800 \$
- Massothérapeute autorisée ou autorisé : 800 \$

- Naturopathe (incluant les radiographies mais non les tests ou les suppléments) : 800 \$
- Ostéopathe (incluant les radiographies) : 800 \$
- Physiothérapeute : 800 \$
- Podiatre ou podologue (incluant les radiographies) : 800 \$
- Psychologue (y compris les conseillers détenteurs d'une M. Serv. Soc. ainsi que les conseillers cliniciens) ; 800 \$
- Acupuntrice ou acupuncteur : 800 \$
- Orthophoniste : 800 \$

Une ordonnance du médecin (recommandation) n'est pas exigée pour les services paramédicaux ci-dessus.

En ce qui concerne les soins des podiatres, nous rembourserons, dès la première visite de la personne assurée, la partie des traitements admissibles qui dépasse le montant couvert par le régime d'assurance maladie provincial.

## 7. Services reçus hors de la province :

Délai pour le début des traitements d'urgence (Veuillez consulter la sous-section 7. (b) de la section intitulée « Garanties de l'assurance maladie complémentaire - Services majeurs. » :

- trente (30) jours

## Montant maximal à vie par personne assurée

(Veuillez consulter la sous-section 7 intitulée « En quoi consiste le montant global maximal à vie de prestations? » de la section intitulée « Dispositions générales de l'assurance maladie complémentaire ».) :

Maximum illimité, à l'exception d'un maximum de 1 000 000 \$ à vie pour les services reçus hors de la province de résidence du membre.

# Assurance dentaire du membre et pour personnes à charge

## Montant de la franchise par année civile :

- Aucune franchise

## Type A - services dentaires de base

### Fréquence des examens de rappel :

- une fois pour toute période de six (6) mois (Nota : il s'agit d'une période de six (6) mois suivant le dernier examen payé.)

Ce régime d'assurance dentaire comprend les options de services dentaires de base suivantes :

- mainteneurs d'espace
- services de chirurgie importante
- traitements périodontiques
- nombre maximal d'unités\* pour le détartrage et le surfaçage radiculaire combinés : huit (8) unités par année civile  
\* une (1) unité correspond à 15 minutes
- traitements endodontiques
- services de réparation pour prothèses dentaires

## Type B - services de restauration majeure

Ce régime d'assurance dentaire comprend les options de restauration majeure suivantes :

- prothèses dentaires
- services autres que les prothèses dentaires

### Pourcentage de remboursement :

- type A : 100 %
- type B : 100 %

### Montant maximal :

- maximum annuel pour le type A et le type B combinés : 4 000 \$

## Guide des honoraires dentaires :

Pour tous les membres :

- Le guide des honoraires de l'Association dentaire en vigueur de la province ou du territoire de résidence du membre.

## Prestation de survie

Pour les garanties suivantes seulement : assurance maladie complémentaire et assurance dentaire

La période maximale pour les prestations de survivant est:

- Le premier des éventualités suivantes, vingt-quatre (24) mois ou de la date à laquelle la couverture de la personne à charge aurait pris fin si vous étiez toujours en vie en ce qui concerne enfants à charge, ou
- La date du décès de votre conjoint.

**Nota :** les pages suivantes sont les pages descriptives habituelles. Certaines sections ou sous-sections vous indiqueront de consulter le tableau des garanties d'assurance ou le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire pour obtenir les renseignements liés à votre régime d'assurance collective. Il est très important de lire ces pages descriptives puisqu'elles vous fournissent des renseignements sur ce que vous devez savoir.

# Dispositions générales

## 1. QUI EST ADMISSIBLE À PARTICIPER AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE?

Vous êtes admissible si vous :

- résidez et travaillez principalement au Canada comme membre permanent pour cet promoteur de régime; et qui est un membre du régime ayant complété 200 parties et répondant aux critères d'admissibilité de la police
- bénéficiez d'une couverture en vertu d'une régime provincial d'assurance maladie dans votre province de résidence; et
- qui réside de façon permanente au Canada; et
- appartenez à l'une des catégories indiquées dans le tableau des garanties d'assurance.

## 2. QUAND SUIS-JE ADMISSIBLE À PARTICIPER AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE? Y A-T-IL UNE PÉRIODE D'ATTENTE?

Vous êtes admissible à présenter une demande de couverture en vertu du présent régime d'assurance collective après avoir observé la **période d'attente** indiquée dans le tableau des garanties d'assurance.

## 3. COMMENT Y PARTICIPER?

- Vous devez remplir le formulaire requis.

## 4. QUAND VOTRE COUVERTURE D'ASSURANCE ENTRE-T-ELLE EN VIGUEUR?

Vous recevrez une **carte-portefeuille** indiquant la date d'entrée en vigueur de votre participation au régime d'assurance vie collective.

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date d'entrée en vigueur de vos garanties, votre couverture entrera en vigueur à la date à laquelle vous retournerez au travail. Vous devez aussi être effectivement au travail pour que les augmentations futures de votre couverture entrent en vigueur.

Vous devez être une personne assurée en vertu du présent régime d'assurance collective afin d'être admissible à des garanties.

## 5. QUE PUIS-JE FAIRE LORSQUE JE SUIS EN DÉSACCORD AVEC UNE DÉCISION LIÉE À UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION?

Toute action ou toute procédure intentée, ayant pour objet le recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat, est absolument interdite, sauf si elle intentée dans les délais prévus par la *Loi sur les assurances* ou par toute autre législation pertinente. En ce qui concerne la contestation d'un avis de refus ou de résiliation des prestations d'invalidité de courte durée ou de longue durée, vous pouvez faire appel de la décision en présentant des renseignements médicaux supplémentaires dans les soixante (60) jours suivant la date de l'avis.

## 6. QUAND VOTRE ASSURANCE PREND-ELLE FIN?

- Votre assurance prend fin à la première des dates suivantes :
- la date de votre retraite, sauf si le présent régime d'assurance collective offre des garanties aux retraités;
- la date à laquelle vous n'êtes plus à l'emploi auprès de votre promoteur de régime;
- la date à laquelle votre promoteur de régime met fin à votre couverture;
- la date à laquelle le présent contrat d'assurance collective prend fin;

- la date à laquelle vous n'êtes plus admissible à la couverture;
- la date à laquelle vous atteignez l'**âge maximal pour la couverture** indiquée dans le tableau des garanties d'assurance;
- la date à laquelle il est prouvé, à la satisfaction de la Compagnie, que vous avez participé à des activités frauduleuses en lien avec les réclamations effectuées en vertu du présent contrat.

## 7. PREUVE D'ASSURABILITÉ

Le tableau des garanties d'assurance vous indique si vous avez besoin d'une preuve d'assurabilité pour tout montant de couverture d'assurance. Si le montant disponible sans preuve d'assurabilité (le maximum sans preuve) change en vertu du présent régime d'assurance collective, le montant de la couverture auquel vous êtes admissible sera déterminé par la Compagnie selon les conditions de la police principale.

# Dispositions générales relatives aux personnes à charge

## 1. QUI SONT LES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES?

Les personnes à charge admissibles doivent bénéficier d'une couverture en vertu d'un régime provincial d'assurance maladie dans la province de résidence et doivent résider au Canada en permanence et comprennent :

### **Votre conjointe ou votre conjoint. On entend par « conjointe » ou « conjoint » :**

- votre femme ou votre mari légitime; ou
- votre partenaire (la personne de même sexe ou de sexe opposé qui habite et qui vit une relation conjugale avec vous et qui est présentée publiquement comme étant votre conjoint de fait).

Une seule personne peut être couverte à la fois. Vous devez nous aviser par écrit si vous désirez effectuer un changement relatif à votre conjointe ou à votre conjoint.

### **Votre enfant. On entend par « enfant » :**

- votre enfant biologique ou celui de votre conjointe ou votre conjoint, votre enfant adopté, votre belle-fille, votre beau-fils, un enfant dont vous avez obtenu la tutelle ou la garde permanente par une ordonnance d'un tribunal.

Afin d'être admissible, l'enfant ne doit pas avoir de conjointe ou de conjoint, doit être à votre charge et ne doit pas travailler à temps plein (30 heures ou plus par semaine). Veuillez consulter le tableau des garanties d'assurance pour connaître l'âge maximal des enfants à charge.

**Nota :** si les enfants à charge doivent être à l'école à temps plein afin d'être admissibles à la couverture, il faudra en fournir la preuve.

### **Votre enfant ayant un retard de développement ou un handicap physique permanent.**

#### **On entend par « enfant ayant un retard de développement ou un handicap physique permanent » :**

- votre enfant biologique, votre enfant adoptif, votre belle-fille, votre beau-fils ou l'enfant de votre conjointe ou de votre conjoint ayant un retard de développement ou un handicap physique permanent.

Afin d'être admissible, l'enfant ne doit pas avoir une conjointe ou un conjoint, ou encore de partenaire et nous devons avoir un certificat de la médecin ou du médecin déclarant qu'elle ou il est incapable d'occuper un emploi lui permettant de subvenir à ses besoins et est essentiellement dépendant de votre soutien. Cet enfant doit avoir été assuré en vertu du présent régime d'assurance collective avoir d'avoir atteint l'âge maximal des enfants à charge indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

## 2. COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE COUVERTURE POUR PERSONNES À CHARGE?

Si vous avez des personnes à charges admissibles lorsque vous remplissez le formulaire requis, il faudra :

- remplir la case indiquant le « nombre de vos enfants à charge »;
- indiquer le nom de votre conjointe ou de votre conjoint;
- cocher la case « famille » dans la section de l'assurance maladie complémentaire ou de l'assurance dentaire si le régime d'assurance collective comporte ces garanties et que vous souhaitez couvrir vos personnes à charge admissibles.

Si vous n'avez pas de personnes à charge admissibles lors de la demande de participation au régime d'assurance collective, veuillez immédiatement le mentionner à votre administratrice ou votre administrateur de régime au moment où vous en aurez (mariage, cohabitation ou naissance d'un enfant). Remplir les formulaires requis pour que votre conjointe ou votre conjoint, ou encore votre enfant puisse être inclus.

Si vous désirez que votre conjointe ou votre conjoint bénéficie de la couverture, veuillez consulter la section intitulée « Exigence de cohabitation pour les partenaires » dans le tableau des garanties d'assurance afin de voir s'il existe une période minimale pendant laquelle vous et votre partenaire devez habiter ensemble avant que votre partenaire et que ses enfants deviennent admissibles à la couverture.

Afin de maintenir la couverture pour un enfant ayant un retard de développement ou un handicap physique, vous devez en faire la demande auprès de la Compagnie dans les trente et un (31) jours précédant le 21<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'enfant.

Si votre conjointe ou votre conjoint et vos enfants à charge sont admissibles à des garanties auprès d'un autre assureur (comme en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur de votre conjoint), il peut être avantageux pour vous et vos personnes à charge admissibles, de bénéficier d'une couverture en vertu des deux régimes. Veuillez en discuter avec votre administratrice ou votre administrateur de régime de l'assurance collective.

### 3. QUAND LA COUVERTURE DE VOS PERSONNES À CHARGE ENTRE-T-ELLE EN VIGUEUR?

Si vous avez fait la demande d'une couverture pour personne charge lors de votre demande de participation au régime d'assurance collective, la couverture de vos personnes à charge entre en vigueur à la date à laquelle votre propre couverture entre en vigueur. Si vous avez fait la demande d'une couverture pour personnes à charge après votre demande de participation au régime, la couverture pour votre personne à charge entrera en vigueur à la date à laquelle vous avez fait la demande, à condition que votre propre couverture soit en vigueur et que vous nous avisiez dans les trente et un (31) jours suivant le moment où vous avez ajouté la personne à charge.

**Important :** si une personne à charge, autre qu'un nouveau-né, est hospitalisée à la date d'entrée en vigueur de la couverture, celle-ci sera prendre effet après la date de sortie de l'hôpital.

### 4. QUAND LA COUVERTURE POUR VOS PERSONNES À CHARGE PREND-ELLE FIN?

- à la date à laquelle votre propre couverture prend fin;
- à la date à laquelle la personne à charge n'est plus considérée comme une personne à charge admissible comme indiqué à la sous-section 1 ci-dessus;
- à la date à laquelle il est prouvé, à la satisfaction de la Compagnie, que la personne à charge a participé à des activités frauduleuses en lien avec les réclamations effectuées en vertu du présent contrat.

# Garanties d'assurance maladie complémentaire

## Dispositions générales

### 1. DESCRIPTION DE CETTE GARANTIE

Si vous ou vos personnes à charge engagez des frais tels que décrits aux pages suivantes pendant que vous bénéficiez de l'assurance en vertu du présent régime d'assurance collective, les frais admissibles vous seront remboursés. Le montant payable est sous réserve de la coordination des prestations (veuillez consulter la sous-section 6 ci-dessous) et tout montant de la franchise (veuillez consulter la sous-section 2 ci-dessous) et le pourcentage de remboursement (veuillez consulter la sous-section 3 ci-dessous). Les frais admissibles désignent les frais raisonnables et d'ordre courant pour les services, les fournitures et les produits nécessaires ainsi que les traitements appropriés (veuillez consulter la sous-section 4 ci-dessous) et les médicaments (jugés nécessaires par la Compagnie) ou les matériaux prescrits par un médecin ou un médecin, ou encore une chirurgienne ou un chirurgien autorisé par la loi, ou pour des soins prodigués par une praticienne ou praticien considéré à titre de praticien admissible dans le contrat.

### 2. EN QUOI CONSISTE LE « MONTANT DE LA FRANCHISE »?

Il s'agit du montant que vous devez déboursier avant que toute prestation ne devienne payable en vertu de votre régime d'assurance collective. Le montant de la franchise au titre de votre régime est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

**Nota :** si le montant de la franchise familiale est plus élevé que le montant de la franchise individuelle, seul le montant de la franchise individuelle s'appliquera à toute demande de réclamation pour l'une ou l'un des membres de la famille afin de satisfaire au montant de la franchise familiale.

Les demandes de réclamation réalisées pendant le mois d'octobre, novembre et décembre au cours d'une année civile qui sont utilisées pour satisfaire au montant de la franchise de cette année seront également utilisées pour satisfaire au montant de la franchise au cours de la prochaine année civile. Veuillez noter que les demandes de réclamation du régime de paiement direct des médicaments ne peuvent pas être utilisées à cette fin.

### 3. EN QUOI CONSISTE LE « POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT »?

Le pourcentage (la partie) des frais admissibles payé par la Compagnie après que tout montant de la franchise ait été atteint. Le pourcentage de remboursement de ce régime d'assurance collective est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

### 4. QU'ENTEND-ON PAR « TRAITEMENT APPROPRIÉ »?

Un traitement est jugé approprié s'il répond aux exigences suivantes :

- a) il est accepté par la profession médicale canadienne; et
- b) il est nécessaire du point de vue médical; et
- c) son efficacité a été prouvée; et
- d) il est utilisé pour une indication approuvée par Santé Canada; et
- e) il est d'une nature, d'une intensité, d'une fréquence et d'une durée essentielles à la gestion de la maladie ou de la blessure.

En déterminant le traitement approprié, l'Assurance vie Équitable peut également tenir compte des évaluations en matière de services, de fournitures, d'appareils, de produits, de traitements ou de médicaments par les payeurs publics provinciaux et nationaux ou les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

## 5. QU'ENTEND-ON PAR « AUTORISATION PRÉALABLE »?

Les prestations à verser en vertu du présent contrat comme indiqué dans le tableau des garanties d'assurance peuvent être assujetties à une autorisation préalable. L'Équitable passe en revue et maintient une liste restreinte de services, de fournitures, de produits, de traitements et de médicaments nécessitant une autorisation préalable.

L'autorisation préalable vise à assurer que les frais liés à un service, une fourniture, un produit, un traitement ou un médicament sont considérés comme des frais admissibles par l'Assurance vie du Canada en plus de s'avérer un traitement approprié ainsi qu'une solution de rechange efficace pour vous ou vos personnes à charge.

Dans l'éventualité où un autre service, une autre fourniture, un autre produit, un autre traitement ou un autre médicament constituant des frais et un traitement approprié admissibles, et représenterait une solution de rechange convenable, l'Équitable pourrait exiger que vous ou l'une des personnes à votre charge, fournissiez des preuves médicales expliquant pourquoi cet autre service, cette autre fourniture, cet autre produit, cet autre traitement ou cet autre médicament ne peut être utilisé avant la confirmation et la prestation du service, de la fourniture, du produit, du traitement ou du médicament.

## 6. COMMENT LE PROCESSUS DE COORDINATION DES PRESTATIONS FONCTIONNE-T-IL?

Si vous et votre conjointe ou votre conjoint bénéficiez d'une couverture familiale en vertu des régimes d'assurance collective où vous travaillez, chacun de vous doit soumettre sa propre demande de réclamation auprès de son assureur respectif. Tout solde non réglé peut alors être soumis auprès de l'assureur de la conjointe ou du conjoint pour une demande de paiement, en joignant une copie du montant déjà payé par la première compagnie d'assurance.

Les demandes de réclamation de vos enfants à charge devraient être soumises comme suit :

si vous et votre conjointe ou votre conjoint vivez ensemble, ou si vous êtes séparés, mais avez la garde partagée, les demandes de réclamation devraient d'abord être soumises auprès du régime d'assurance collective du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier (le mois et le jour) au cours de l'année civile. Tout solde sera alors soumis au régime d'assurance collective de l'autre parent. Par exemple, si votre anniversaire de naissance est le 10 octobre et que l'anniversaire de naissance de votre conjointe ou de votre conjoint est le 25 mai, les demandes de réclamation pour vos enfants à charge devrait être envoyées à la compagnie d'assurance de votre conjoint en premier (parce que l'anniversaire de votre conjoint survient en premier pendant l'année). Tout solde non réglé serait alors soumis auprès de l'Équitable, en joignant une copie démontrant le montant payé par l'assureur de votre conjointe ou conjoint.

Si vous et votre conjointe ou votre conjoint partagez le même anniversaire de naissance, la soumission de demandes de réclamation devrait être déterminée selon l'ordre alphabétique du prénom des parents.

Si vous et votre conjointe ou votre conjoint êtes séparés, mais n'avez pas la garde partagée, les demandes de réclamation devraient être soumises dans l'ordre suivant :

- a) le régime d'assurance collective du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
- b) le régime d'assurance collective de la conjointe ou du conjoint du parent ayant la garde de l'enfant à charge;
- c) le régime d'assurance collective du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge;
- d) le régime d'assurance collective de la conjointe ou du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant à charge.

Le remboursement total de toute demande de réclamation ne peut excéder 100 % des frais admissibles.

## 7. EN QUOI CONSISTE « LE MONTANT GLOBAL MAXIMAL À VIE DE PRESTATIONS »?

Le montant maximal à vie de prestations est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance. Il s'applique à chaque personne assurée pendant toute la période au cours de laquelle elle bénéficie de la couverture en vertu du présent régime d'assurance collective. Une fois que le montant maximal à vie de prestations a été payé au titre d'une personne assurée, les autres frais admissibles sont limités à 1 000 \$ par année du calcul des prestations. Une

fois que le montant maximal à vie de prestations a été atteint, il peut être remis en vigueur si la personne assurée soumet une preuve d'assurabilité satisfaisante et la Compagnie l'accepte par écrit.

Tout montant maximal annuel est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

## 8. DÉFINITIONS

Praticiens :

Vous trouverez ci-dessous la définition des différents praticiens (ainsi que les compétences qu'ils doivent posséder pour que les demandes de réclamation soient admissibles). Dans tous les cas, la praticienne ou le praticien doit être membre en règle de l'association provinciale ou de l'organisme de réglementation relatif à sa spécialité, et il doit être autorisé à pratiquer en vertu des lois de la province visée. Un praticien est admissible seulement si ses services font partie des frais admissibles en vertu du régime d'assurance collective.

Praticiens paramédicaux :

- Le terme « thérapeute en sport » désigne une personne thérapeute en sport certifié.
- Le terme « audiologiste » désigne une personne qui détient une maîtrise spécialisée en déficience auditive.
- Le terme « diététiste » désigne une personne qui est membre de l'Association canadienne de diététique.
- Les termes « chiropraticienne ou chiropraticien », « naturopathe », « ostéopathe » et « orthophoniste » désignent chacun une personne qui détient un diplôme d'une école reconnue.
- Le terme « massothérapeute autorisé » désigne une personne qui est membre de l'association provinciale des massothérapeutes appropriée ou une personne qui détient un permis valide de massothérapeute autorisé aux États-Unis a et qui est classée en tant que massothérapeute autorisé.
- Le terme « maître en travail social (M. Serv. Soc.) » désigne une personne qui détient une maîtrise en travail social.
- Les termes « physiothérapeute » et « podiatre ou podologue » désignent une personne qui est membre de l'Association canadienne ou de toute association provinciale appropriée.
- Le terme « psychologue » désigne une personne psychologue reconnue à titre permanent qui détient un doctorat en psychologie.
- Le terme « spécialiste en acupuncture » désigne une personne qui est autorisée, en vertu des lois de la province dans laquelle elle réside, à effectuer des traitements d'acupuncture pour soigner des affections médicales et qui est reconnue par la Compagnie comme étant spécialiste.

Autres praticiens :

- Le terme « dentiste » désigne une personne légalement autorisée à pratiquer la dentisterie.
- Le terme « optométriste » désigne une personne qui est membre de l'Association canadienne des optométristes ou de toute autre association provinciale pertinente.
- Le terme « ophtalmologiste » désigne une personne qui est médecin en titre et légalement autorisée à pratiquer l'ophtalmologie.
- Le terme « médecin » désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine.
- Le terme « pharmacienne ou pharmacien » désigne une personne qui détient un permis pour exercer la profession de pharmacien et dont le nom figure au registre des pharmaciens de l'organisme de réglementation professionnelle qui a autorité dans la province ou le territoire où pratique la pharmacienne ou le pharmacien.
- Les termes « infirmière diplômée autorisée ou infirmier diplômé autorisé » et « infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé » désignent une personne dont le nom figure sur le registre provincial approprié.

Frais raisonnables et d'ordre courant :

- a) Dans le cas des praticiens au Canada qui exercent leurs activités dans une province où existe un barème officiel des honoraires : le barème provincial des honoraires en vigueur à la date d'obtention des services.
- b) Dans le cas des autres praticiens qui exercent leurs activités dans un secteur où existe un barème officiel des honoraires ou un barème et guide d'honoraires suggérés : le barème des frais et honoraires ou le guide des tarifs en vigueur à la date d'obtention des services.
- c) Dans tous les autres cas, les frais pour des services, des fournitures, des produits, des traitements ou des médicaments semblables fournis par d'autres fournisseurs ou praticiens ayant le même statut dans la région où les frais sont engagés, comme déterminé par l'Équitable ou conformément au tableau de paiement établi par l'Équitable.

Province de résidence :

Elle désigne la province dans laquelle le membre et les personnes à charge résident.

Le terme « soins médicaux » s'entend

Du traitement médical nécessaire fourni ou prescrit dans le cadre du traitement d'une maladie ou d'une blessure et doit être prescrit par un médecin ou un médecin, ou une autre praticienne ou un autre praticien qui est qualifié et détient un permis pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure.

9. QU'ARRIVE-T-IL SI LA COUVERTURE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE PREND FIN?

Si vous ou toute personne à votre charge assurée devenez totalement invalide à la date à laquelle votre couverture d'assurance maladie complémentaire prend fin, la couverture de la personne invalide peut être maintenue pendant que cette personne est totalement invalide, ou jusqu'à l'une des dates suivantes, selon la première occurrence, à condition de recevoir une preuve jugée acceptable par la Compagnie confirmant que cette personne est totalement invalide :

- la date à laquelle la personne n'est plus totalement invalide; ou
- la date à laquelle les prestations maximales ont été versées en vertu du présent contrat; ou
- la date à laquelle la personne devient admissible à une assurance semblable en vertu d'un autre contrat; ou
- le 91<sup>e</sup> jour suivant la fin de la couverture d'assurance maladie complémentaire.

10. QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT?

Aucune prestation d'assurance maladie complémentaire n'est payable pour les frais découlant des causes suivantes :

- a) des blessures délibérément infligées à soi-même ou une tentative d'autodestruction (que la personne soit saine d'esprit ou non);
- b) une participation active à une émeute, une rébellion ou une insurrection;
- c) une guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou tout acte d'hostilité;
- d) le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel;
- e) des services d'une personne qui réside habituellement au domicile de la patiente ou du patient ou qui a des liens de parenté avec ce dernier soit par naissance ou mariage ou qui a des liens de parenté avec le patient par l'intermédiaire de sa conjointe ou de son conjoint;
- f) des services fournis gratuitement ou moyennant une petite somme par toute autorité publique ou tout organisme subventionné, selon la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou toute autre loi, pour lesquels aucuns frais ne seraient imputés si la personne ne bénéficiait pas d'une assurance;

- g) des frais qui sont couverts par un régime provincial d'assurance maladie (que la personne soit effectivement assurée ou non par ce régime), ou par une autre compagnie d'assurance, ou encore par suite d'une action judiciaire ou de toute autre procédure de règlement;
- h) des frais pour rendez-vous non respectés, pour consultations téléphoniques ou pour faire remplir des formulaires ou des rapports;
- i) des frais pour examens de santé périodiques ou de routine, ou pour examens requis par un tiers (par exemple, si vous devez passer un examen médical en vue d'obtenir un permis);
- j) des frais engagés si vous devez déménager ou vous déplacer pour des raisons de santé;
- k) des services qui ne peuvent légalement être assurés;
- l) des frais engagés pour un traitement ou des fournitures de soins dentaires, des lunettes, des services médicaux ou des services reçus hors de la province de résidence (sauf s'ils font partie du présent régime d'assurance collective);
- m) une chirurgie ou un traitement cosmétique, ou encore un médicament (sauf si nécessaire en raison de blessures accidentelles et que la chirurgie ou le traitement commence dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'accident);
- n) des frais pour traitements ou fournitures qui, selon l'avis des conseillers médicaux de la Compagnie, sont de nature expérimentale ou illégale ou ne sont pas reconnus comme traitement;
- o) des frais liés à la fécondation in vitro ou tout autre programme de fécondation (autre que les montants maximaux des inducteurs d'ovulation, le cas échéant, indiqués au sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire);
- p) des services, des fournitures, des produits, des traitements et des médicaments fournis dans un hôpital aux malades non hospitalisés, comme l'anesthésie pour une intervention chirurgicale, l'utilisation d'une salle d'examen ou de chirurgie, des médicaments fournis à l'hôpital, des bandages, des pansements et des plâtres;
- q) des frais liés à l'anesthésie, aux transfusions sanguines ou de plasma;
- r) des frais qui en fait ne vous sont pas imputés ni imputés à vos personnes à charge;
- s) des frais pour un tensiomètre (dispositif de surveillance de la tension artérielle) et une pompe à insuline pour les diabétiques, sauf indication contraire dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire;
- t) tout service, toute fourniture, tout produit, tout traitement, ou tout médicament obtenu auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par l'Équitable pourrait ne pas être admissible;
- u) Des frais liés à un service, une fourniture, un produit, un traitement ou un médicament pourraient être limités ou non payables à la discrétion de l'Équitable, si un autre financement est offert par l'État ou autre programme d'aide aux patients, y compris dans les cas où ce financement existe pour un autre traitement approprié. À la demande de l'Équitable, vous ou votre personne à charge devez fournir une preuve satisfaisante à l'Équitable que vous ou votre personne charge avez recherché d'autres sources de financement par l'État ou autre programme d'aide aux patients et qu'une décision liée à une autre source de financement a été rendue par le gouvernement ou le programme d'aide aux patients. Jusqu'à ce qu'une preuve satisfaisante ait été fournie, les frais pourraient ne pas être admissibles en vertu du présent contrat et aucune prestation ne sera versée comme déterminé par l'Équitable.
- v) les frais engagés pour un service, une fourniture, un produit, un traitement ou un médicament, peuvent être limités à la solution la moins coûteuse représentant un traitement approprié;
- w) tout service, toute fourniture, tout produit, tout traitement ou tout médicament nécessitant une autorisation préalable pourrait ne pas être admissible si le service, la fourniture, le produit, le traitement ou le médicament n'a pas été approuvé par l'Équitable.
- x) aucune prestation n'est payable en vertu de l'assurance maladie complémentaire de la présente police pour tous les services, les appareils, les fournitures, les produits ou les traitements figurant sur la liste du tableau des services, des appareils, des fournitures, des produits et des traitements non admissibles à la couverture de

l'Équitable (le « tableau des produits »). S'il y a une incohérence entre la restriction du présent sous-alinéa et toute autre disposition ou garantie de la présente police, ou toute incohérence entre le tableau des produits et toute autre disposition ou garantie de la présente police, la restriction du présent sous-alinéa et le tableau des produits prévaudront dans tous les cas.

- y) Des frais liés à un médicament pourraient être admissibles pour certaines affections, seulement si des médicaments moins coûteux ayant des profils d'innocuité et d'efficacité semblables sont d'abord utilisés, comme déterminé par la Compagnie. Dans le cas de certaines affections, cela pourrait comprendre une série d'étapes où l'admissibilité de chacune des listes de médicaments pour une affection dépend de la liste des médicaments précédente qui est d'abord utilisée.

# Régime de paiement direct des médicaments n° 88

## Régime d'assurance maladie complémentaire complet (médicaments sur ordonnance et certains médicaments sans ordonnance)

### 1. EN QUOI CONSISTE LA COUVERTURE SOUS RÉSERVE DES EXCLUSIONS?

- a) Les frais liés aux médicaments qui nécessitent une ordonnance en vertu de la loi, approuvés par l'Équitable, et prescrits par un médecin ou un dentiste, ou encore un dentiste ou un dentiste sont admissibles. De plus, certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé qualifiés et agréés seront considérés si la loi provinciale applicable permet au professionnel de prescrire ces médicaments. Dans tous les cas, l'ordonnance doit être exécutée par un pharmacien agréé dans une pharmacie agréée.
- b) Certains médicaments sur ordonnance qui portent un numéro d'identification du médicament (DIN) attribué par Santé Canada et qui sont identifiés comme nécessitant une ordonnance dans les annexes fédérale et provinciale de médicaments, à l'exception de ceux figurant à la section intitulée « Exclusions ».
- c) Des médicaments ou vitamines injectables et des extraits allergènes qui sont non spécifiques au patient et qui possèdent un numéro d'identification de médicament (DIN) valide.
- d) Les préparations ou les composés extemporanés sont admissibles si l'un des ingrédients est considéré comme admissible, sont médicalement nécessaires, nécessitent une ordonnance en vertu de la loi et sont préparés par un pharmacien agréé et délivrés dans une pharmacie agréée.
- e) Certains produits parmi les catégories de médicament suivantes n'exigeant pas d'ordonnance sont admissibles :  
les suppléments de potassium, les suppléments de fer et les nitrates vasodilatateurs;
- f) Les aiguilles et seringues jetables, les lancettes et le matériel d'essai de réactifs pour l'administration de l'insuline ou le contrôle du diabète (veuillez consulter la section intitulée « Exclusions » ci-dessous).

### 2. PROVISION MAXIMALE

Le maximum admissible à tout moment est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance, y compris la provision maximale de médicaments qui sont utilisés aux fins d'entretien ou de traitement à long terme : les antiasthmatiques, les antibiotiques contre l'acné, les anticoagulants, les anticonvulsivants, les antidépresseurs, les antiparkinsoniens, les médicaments contre les maladies cardiaques, les médicaments contre le diabète, les traitements hormonaux substitutifs pour femmes, les contraceptifs oraux et transdermiques, les substituts de potassium et les agents thyroïdiens.

### 3. EXCLUSIONS :

- (a) Les atomiseurs, les appareils, les appareillages prothétiques, les fournitures pour colostomie, les trousseaux ou l'équipement de premiers soins, l'équipement de contrôle ou de test pour diagnostic électronique (comme les glucomètres), les appareils réutilisables pour l'administration de l'insuline (comme « Novolin Pen » et les pompes à insuline), les appareils à ressort utilisés pour tenir les lancettes, l'alcool, les tampons d'alcool, les désinfectants, le coton, les bandages, les appareils d'administration ou d'extension pour l'inhalation des médicaments (comme « Diskhaler » ou « AeroChamber »), ou toute fourniture et tout accessoire pour ce qui est mentionné ci-dessus ne sont pas admissibles.
- (b) Les vitamines administrées par voie orale, les minéraux, les suppléments diététiques, les préparations pour nourrissons ou les solutions injectables de nutrition parentérale totale (NPT), qu'ils soient prescrits ou non pour une raison médicale, sauf là où la loi fédérale ou provinciale stipule qu'une ordonnance est requise pour la vente de ces produits, ne sont pas admissibles.
- (c) Les diaphragmes, les condoms, les gelées, les mousses, les éponges et les suppositoires contraceptifs, les dispositifs intra-utérins (DIU) non médicaux (comme « Gyne-T »), les implants contraceptifs ou les appareils

normalement utilisés pour la contraception, qu'ils soient prescrits ou non pour une raison médicale, ne sont pas admissibles.

- (d) Les préparations à base d'herbes médicinales et les préparations homéopathiques, même si elles sont combinées avec un médicament nécessitant une ordonnance ou un produit considéré comme un médicament admissible.
- (e) Les ordonnances délivrées par un médecin, une clinique, un dentiste, ou une pharmacie d'hôpital non agréée, ou les ordonnances pour le traitement des malades hospitalisés ou les patients externes dans un hôpital, y compris les médicaments liés aux cas d'urgence et de recherche, ne sont pas admissibles.
- (f) Tous les vaccins et les toxoïdes administrés à titre préventif ne sont pas admissibles.
- (g) Tous les extraits allergènes qui sont spécifiques au patient, composés dans un laboratoire et ne portant pas de numéro d'identification du médicament (DIN) ne sont pas admissibles.
- (h) Les produits considérés comme esthétiques ou hygiéniques (même si une ordonnance est exigée en vertu de la loi), tels que le minoxidil en solution topique, les écrans solaires ou les produits pour l'entretien des verres de contact, qu'ils soient prescrits ou non pour une raison médicale ne sont pas admissibles.
- (i) Les médicaments auxquels la personne est admissible en vertu du régime provincial d'assurance médicaments qui s'applique ne sont pas admissibles.
- (j) Les produits d'abandon du tabac ne sont pas admissibles.
- (k) Les médicaments Meridia<sup>MC</sup> et Xenical<sup>MC</sup> ne sont pas admissibles.
- (l) Les médicaments administrés par voie orale contre la dysérection ne sont pas admissibles.
- (m) Les médicaments et les préparations de produits composés jugés comme étant des inducteurs d'ovulation ne sont pas admissibles.
- (n) Les produits qui ne portent pas de numéro d'identification du médicament (DIN) ne sont pas admissibles.
- (o) Les frais d'administration du médicament, les frais de consultation ou les paiements à l'acte pour les services rendus par un médecin autorisé, un pharmacien ou autre professionnel de la santé (autre que les frais d'exécution d'ordonnance) ne sont pas admissibles.
- (p) Les médicaments figurant sur la liste du tableau des médicaments qui ne sont pas admissibles à la couverture de la Compagnie ne sont pas admissibles (le « tableau »). S'il y a une incohérence entre le Tableau et toute autre liste, tableau ou liste de médicaments admissibles dont la tenue est assurée par : i) la Compagnie, notamment le programme de gestion des médicaments spécialisés de la Compagnie; ii) le gestionnaire d'assurance médicaments de la Compagnie; iii) le fournisseur du régime de paiement direct des médicaments de la Compagnie; ou, iv) tout autre tiers agissant pour ou au nom de la Compagnie; le Tableau prévaudra dans tous les cas.
- (q) Les produits portant un numéro de produit naturel (NPN) valide attribué par Santé Canada ne sont pas admissibles.
- (r) Les mélanges de produits et les préparations de produits composés qui ne sont pas conformes à la politique actuelle des produits composés du régime de paiement direct des médicaments du fournisseur de service.

#### 4. SERVICES REÇUS HORS DE LA PROVINCE

Le montant maximal admissible correspond à un montant allant jusqu'à concurrence de ce qui suit (sans y être supérieur) :

- a) Si le médicament a été acheté dans une pharmacie où une entente a été signée avec le fournisseur du régime de paiement direct des médicaments pour la soumission et le paiement directs des médicaments, le paiement est effectué selon les frais raisonnables et d'ordre courant et les frais admissibles de la province dans laquelle le médicament a été acheté; ou
- b) Dans tous les autres cas, le paiement est effectué selon les frais raisonnables et d'ordre courant et les frais admissibles permis dans votre province de résidence.

## 5. COMMENT ENVOYER UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

Veillez présenter votre carte de paiement direct des médicaments à votre pharmacien chaque fois que vous faites exécuter une ordonnance. De cette façon, votre pharmacien peut vous dire si le médicament sur ordonnance est couvert en vertu de votre régime, et il peut également soumettre une demande de réclamation par voie électronique en votre nom. Cela signifie que vous n'aurez qu'à payer le pharmacien pour les frais qui ne sont pas couverts en vertu de votre régime.

Si vous oubliez de présenter votre carte de paiement direct des médicaments à la pharmacie, vous pourriez avoir à payer le montant total de votre ordonnance et soumettre une demande de réclamation pour obtenir un remboursement. Vous pouvez soumettre ces demandes de réclamation en remplissant le formulaire *Demande de réclamation pour frais de médicaments - Carte de paiement direct* (n° 466PDFR) disponible en ligne au [www.equitable.ca](http://www.equitable.ca) et l'envoyer à l'adresse indiquée sur le formulaire.

**Nota :** les demandes de réclamation d'assurance médicaments doivent être présentées dans les trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la date à laquelle la demande de réclamation est réalisée.

## 6. DEMANDES DE RÉCLAMATION

**IMPORTANT :** si votre assurance prend fin, si l'assurance médicaments en vertu du présent contrat prend fin ou si le présent contrat d'assurance collective prend fin, toutes les demandes de réclamation réalisées avant la date de résiliation ou d'expiration doivent être présentées à la Compagnie dans les **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de résiliation ou d'expiration. Toutefois, si le présent contrat d'assurance collective prend fin et que la section des renseignements généraux du tableau des garanties d'assurance indique que l'assurance maladie complémentaire fait partie d'une entente de services administratifs seulement (SAS), aucune prestation ne sera payable (y compris toute demande de réclamation réalisée avant la date de résiliation ou d'expiration du contrat) après la résiliation ou l'expiration du contrat.

## Services majeurs

Les pages suivantes décrivent la couverture des frais en vertu de la garantie des services majeurs, s'ils sont indiqués comme étant admissibles dans le tableau des garanties d'assurance. Le terme « personne assurée » désigne vous, votre conjointe ou votre conjoint, ou encore votre enfant à charge admissible bénéficiant d'une assurance maladie complémentaire en vertu du présent régime d'assurance collective.

### 1. SERVICES D'UNE MAISON DE CONVALESCENCE

Les frais raisonnables et d'ordre courant pour le logement et les repas de la personne assurée recevant des soins dans une maison de convalescence comme :

- un sanatorium;
- un centre d'hébergement et de soins de longue durée offerts par un personnel qualifié;
- une aile d'un hôpital prévue à cet effet dans le cadre d'un accord de transfert avec un hôpital.

(Les maisons pour personnes âgées et les centres de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie ne sont pas inclus.)

Les services sont admissibles à condition que :

- le placement en maison de convalescence commence dans les sept (7) jours suivant une hospitalisation d'au moins trois (3) jours dans un hôpital agréé pendant laquelle des prestations ont été versées par le régime provincial d'assurance maladie pour la même maladie ou la même blessure ayant entraîné son hospitalisation;
- le placement en maison de convalescence doit être destiné à la réadaptation et non aux soins de base.

Veillez consulter le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire pour connaître le montant maximal payable pour les soins en maison de convalescence.

### 2. TRANSPORT EN AMBULANCE

Les frais raisonnables et d'ordre courant pour le transport en ambulance vers l'hôpital le plus près où peuvent être donnés les soins nécessaires. Si les services sont jugés médicalement nécessaires, le transport en ambulance aérienne et les frais d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé, ou encore d'une assistante ou d'un assistant des services paramédicaux constituent des frais admissibles.

### 3. SOINS INFIRMIERS EN SERVICE PRIVÉ

Les frais raisonnables et d'ordre courant pour des soins infirmiers en service privé chez une patiente ou un patient gravement malade, et fournis au domicile du patient sont considérés comme des frais admissibles seulement lorsque prescrits par écrit par une médecin ou un médecin. Les soins doivent être donnés pendant un quart de travail d'au moins quatre (4) heures par jour par une infirmière ou un infirmier diplômé autorisé, une infirmière ou un infirmier auxiliaire autorisé, ou encore une infirmière ou un infirmier auxiliaire certifié qui ne réside habituellement pas au domicile du patient et qui n'a aucun lien de parenté par le sang ou le mariage avec le patient. Seuls les services médicaux devant être prodigués par l'une ou l'un des praticiens qualifiés indiqués ci-dessus sont admissibles. Le service de relève n'est pas couvert.

Le montant maximal payable pour les soins infirmiers en service privé pour chaque personne assurée par année du calcul des prestations est indiqué dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.

### 4. APPAREILS ET FOURNITURES

Les frais admissibles comprennent les fournitures suivantes, à condition qu'elles soient prescrites par une médecin ou un médecin (nous exigeons une copie de l'ordonnance du médecin) :

- a) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour la location des éléments suivants :
- un lit d'hôpital standard;
  - un appareil pour l'administration d'oxygène;
  - un appareil pour le traitement de la paralysie respiratoire, à condition que la location soit :
    - réservée à l'usage thérapeutique; et
    - requise pour une période ne dépassant pas cent quatre-vingts (180) jours.

(La location d'autres appareils médicaux durables pourrait être considérée si elle est requise pour un usage thérapeutique.)

- b) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat d'articles admissibles indiqués sous le maximum par personne assurée conformément au point « b » à la sous-section 4 intitulée « Appareils et fournitures » dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Les frais doivent être requis pour des raisons médicales et ils doivent être prescrits par un médecin ou un médecin. Veuillez noter que pourrions demander des renseignements supplémentaires.

Les frais pour les achats suivants ne sont pas admissibles :

- le remplacement ou la réparation de fauteuils roulants, sauf le remplacement ou les ajustements découlant de changements pathologiques de l'état pour lequel l'équipement est utilisé;
  - Les appareils principalement utilisés pour permettre à une personne de pratiquer des sports.
- c) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat d'une prothèse mammaire externe ou d'un soutien-gorge post-mastectomie requis en raison d'une mastectomie, sous réserve du montant maximal pour les prothèses mammaires et les soutiens-gorge post-mastectomie indiqués dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.
- d) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat de fournitures d'iléostomie ou de colostomie.
- e) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat ou la réparation d'appareils auditifs prescrits par un médecin ou un médecin certifié en tant qu'oto-rhino-laryngologiste jusqu'à concurrence du montant maximal pour les appareils auditifs indiqué dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Les piles pour appareils auditifs ne sont pas admissibles, sauf indication contraire dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.
- f) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat des produits suivants, pourvu qu'ils soient fabriqués sur mesure pour la patiente ou le patient et prescrits par l'une ou l'un des professionnels suivants : médecin, podiatre ou podologue :
- les chaussures orthopédiques (surélevées, compensées, arrondies ou ayant subi d'autres modifications semblables)
  - d'autres orthèses

Le terme « faites sur mesure » signifie que la fabrication des chaussures ou des orthèses doit comprendre la création d'un moule en trois dimensions conçu spécialement pour les pieds de la patiente ou du patient, et elles doivent être faites de matières premières à 100 % en utilisant le moule en trois dimensions pour créer la chaussure ou l'orthèse. Les mesures du moule NE satisfont PAS aux exigences de fabrication sur mesure.

De plus, les chaussures ou les orthèses doivent être prescrites afin de s'adapter aux déformations osseuses et structurelles du pied ou du bas de la jambe en conséquence d'un traumatisme, d'une maladie ou d'une malformation congénitale sous réserve du montant maximal pour les chaussures orthopédiques et les orthèses indiqués dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.

Les chaussures orthopédiques et les orthèses coûtent cher; alors si vous avez des questions au sujet de leur admissibilité après avoir lu les exigences, veuillez communiquer avec notre équipe du Service des

réclamations de l'assurance collective préalablement au 1 800 265-4556 afin de vous assurer que l'article que vous détenez ou que vous envisagez d'acheter est bel et bien admissible.

**Nota :** les chaussures orthopédiques préfabriquées qui peuvent être achetées du commerçant sont admissibles seulement si elles ont été modifiées de façon importante pour la patiente ou le patient et si elles font partie des frais admissibles indiqués dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Les chaussures orthopédiques préfabriquées qui n'ont pas été modifiées pour le patient ne sont pas admissibles en aucun cas, sauf indication contraire dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire dans le tableau d'assurance.

Afin de pouvoir procéder à une évaluation adéquate de la demande de réclamation, les renseignements suivants sont exigés :

- Une recommandation médicale doit être fournie par l'une ou l'un des professionnels suivants : médecin, , podiatre ou podologue et inclure le diagnostic ou l'affection médicale exigeant le produit en question.
  - Le reçu payé devra indiquer le nom, le titre de compétence et le numéro d'inscription du collègue de la personne qui a délivré le produit fait sur mesure;
  - La technique ou le procédé de moulage utilisé (la prise d'empreinte doit être à trois dimensions afin d'être considéré comme un produit fait sur mesure);
  - Une description du processus de fabrication de l'orthèse ou de la chaussure orthopédique sur mesure, y compris les matières premières utilisées (veuillez inclure une description des modifications apportées aux chaussures en y ajoutant une énumération des coûts, la marque de commerce et le modèle de chaussure); et
  - Les coordonnées du laboratoire ayant exécuté la fabrication du produit. La facture doit indiquer le nom de la patiente ou du patient et la date de livraison ou d'achèvement.
- g) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour de l'oxygène, sur ordonnance d'un médecin.
- h) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat de perruques et de postiches requises en raison d'une affection médicale alors que la personne est assurée en vertu du présent contrat sous réserve du montant maximal pour les perruques et les postiches indiqué dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.
- i) Les frais raisonnables et d'ordre courant pour l'achat de seringues, d'aiguilles et du matériel lié aux tests diagnostiques, y compris les glucomètres requis pour traiter le diabète. Le montant maximal pour les frais d'un glucomètre est indiqué dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Les frais engagés pour les autres fournitures, comme les injecteurs automatiques sans aiguille, les pompes à insuline ou les autres équipements spéciaux, les tampons ou l'alcool à friction, ne sont pas admissibles, sauf indication contraire dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Toutefois, pour les régimes de paiement direct des médicaments, les aiguilles jetables (y compris les aiguilles jetables uniquement destinées aux appareils réutilisables pour l'administration d'insuline), les seringues jetables, les lancettes et le matériel d'essai de réactifs pour l'administration de l'insuline ou le contrôle du diabète sont admissibles en vertu du régime de paiement direct des médicaments.
- j) Tests diagnostiques en laboratoire : les frais raisonnables et d'ordre courant pour les tests diagnostiques en laboratoire médicalement nécessaires (y compris les tests d'antigène spécifique de la prostate (ASP)) et les radiographies (y compris l'imagerie par résonance magnétique (IRM)) s'ils sont effectués dans la province de résidence de la personne assurée (mais pas dans un hôpital), conformément aux montants maximaux indiqués dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Le dépistage génétique et de fertilité est exclu.

## 5. ACCIDENT DENTAIRE

La présente section des services majeurs couvre les frais raisonnables et d'ordre courant pour les services rendus par une chirurgienne-dentiste ou un chirurgien-dentiste pour le traitement d'une fracture de la mâchoire ou de

blessures accidentelles à des dents naturelles en bonne santé qui se produisent pendant que la personne est assurée en vertu de régime d'assurance collective. Les blessures accidentelles doivent être le résultat de causes externes, violentes ou accidentelles. La couverture n'est pas fournie pour les blessures causées par un objet placé dans la bouche (même en mangeant ou en buvant).

Les traitements doivent être complétés dans un délai de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant l'accident.

Prédétermination : si la chirurgienne-dentiste ou le chirurgien-dentiste vous dit que cela vous coûtera plus de 300 \$ pour traiter les blessures, un plan de traitement et une estimation des frais devraient nous être envoyés avant le début du traitement. Nous pourrions alors vous dire à l'avance le montant auquel vous êtes admissible en vertu du régime d'assurance collective.

Traitement de rechange : s'il existe un traitement moins cher offrant les mêmes résultats professionnels, le montant payable en vertu du présent régime d'assurance collective correspond au coût du traitement le moins cher. Si vous décidez d'aller de l'avant avec le traitement le plus cher, vous devrez alors assumer les coûts supplémentaires.

## 6. SERVICES PARAMÉDICAUX

Les frais raisonnables et d'ordre courant pour les frais engagés pour les services rendus par des praticiens paramédicaux admissibles, sous réserve des montants maximaux pour les services paramédicaux indiqués dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire. Veuillez consulter la sous-section 8 intitulée « Définitions » de la section intitulée « Dispositions générales relatives à l'assurance maladie complémentaire » pour de plus amples renseignements au sujet de la définition et des compétences des praticiens.

**Nota :** dans certaines provinces, si le régime provincial d'assurance maladie paie une partie des frais engagés pour les services rendus par des praticiens paramédicaux, aucun paiement n'est admissible en vertu du présent régime d'assurance collective jusqu'à ce que le montant maximal global permis pour ce type de praticien ait été versé par le régime provincial. Par exemple, s'il en coûte 20 \$ par visite et que votre régime provincial d'assurance maladie paie seulement 10 \$ par visite, la différence n'est pas couverte en vertu de votre régime d'assurance collective. Une fois que votre régime provincial a payé le montant maximal global permis pour une praticienne ou un praticien (ou si votre régime provincial d'assurance maladie ne couvre pas un certain praticien), les frais pourraient alors être admissibles au versement en vertu de votre régime d'assurance collective.

Si votre province permet aux assureurs privés de payer le surplus des frais imputés par certains praticiens au-delà de ce que le régime provincial d'assurance maladie paie et si votre promoteur de régime a choisi d'inclure ceux-ci dans votre régime d'assurance collective, il sera indiqué à la section des services paramédicaux dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.

## 7. SERVICES REÇUS HORS DE LA PROVINCE

Les frais raisonnables et d'ordre courant pour les frais admissibles engagés hors de la province de résidence du membre à condition que :

- a) Les services soient couverts en vertu du régime provincial d'assurance maladie du membre;
- b) les services soient destinés aux traitements d'urgence (veuillez consulter la définition du terme « traitement d'urgence » à la page suivante) pour une blessure ou une maladie survenant dans le nombre de jours indiqué à la section intitulée « Délai pour le début des traitements d'urgence » dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire après que le membre s'absente temporairement de sa province de résidence; ou
- c) Les services (ou services semblables) ne sont pas offerts dans la province de résidence du membre, mais ils le sont ailleurs au Canada. Si les services ne sont pas offerts au Canada, les services rendus hors du Canada seront admissibles. Dans les deux cas, nous exigeons une recommandation écrite de la part du médecin habituel de la personne assurée dans la province de résidence et une confirmation du régime provincial d'assurance maladie indiquant que les services n'étaient pas offerts dans cette province et qu'une autorisation préalable écrite a été accordée par le gouvernement provinciale et la Compagnie.

Le terme « urgence » désigne un malaise aigu, soudain, inattendu ou une blessure accidentelle qui requiert un traitement médical immédiat prescrit par un médecin ou un médecin. Une urgence prend fin lorsque l'état de la personne assurée est jugé stable, d'un point de vue médical, de façon à ce qu'elle puisse retourner dans sa province de résidence. Si la personne assurée souffre d'une maladie chronique, les services d'urgence ne comprennent pas le traitement prodigué dans le cadre d'un programme établi qui était en place avant le départ de la personne assurée de sa province de résidence.

Les frais suivants sont admissibles au remboursement, sous réserve des frais raisonnables et d'ordre courant pour les services rendus dans la région où les frais sont engagés. Toute partie des frais qui sont couverts par un régime provincial d'assurance maladie seront déduits du montant payable en vertu de votre régime d'assurance collective :

- a) les services prodigués par un médecin ou un médecin, ou encore une chirurgienne ou un chirurgien;
- b) les frais quotidiens pour le logement et les repas pour un séjour en salle commune dans un hôpital (ou pour une chambre à deux lits ou à un lit s'ils sont indiqués dans le tableau des garanties d'assurance); le montant maximal payable pour toute période d'invalidité est une hospitalisation de cent quatre-vingts (180) jours;
- c) les frais d'hospitalisation pour les services et les fournitures nécessaires du point de vue médical pour un patient hospitalisé, à condition que ces frais ne soient pas inclus dans les frais quotidiens pour le logement et les repas; le montant maximal payable pour toute période d'invalidité est un montant correspondant à trente (30) fois les frais d'un séjour en salle commune d'un hôpital;
- d) le transport en ambulance (y compris le transport en ambulance aérienne lorsqu'il est médicalement nécessaire) vers l'hôpital le plus près où peuvent être donnés les soins nécessaires;
- e) les autres services reçus hors de la province de résidence sont inclus jusqu'à concurrence du montant qui aurait été payable en vertu du présent régime d'assurance collective si les services avaient été rendus dans la province de résidence du membre.

En plus de la section intitulée « Assurance maladie complémentaire » : Dispositions générales, point 10. Ce qui n'est pas couvert, les restrictions et les exclusions s'appliquent aux services reçus hors de la province de résidence :

- a) Aucune prestation ne sera payable en vertu des services reçus hors de la province dans un pays où gouvernement du Canada ou l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a émis un avertissement aux voyageurs indiquant d'éviter tout déplacement ou d'éviter tout déplacement qui n'est pas nécessaire avant l'entrée au pays de la personne assurée.
- b) Aucune prestation n'est payable pour toute blessure subie par la personne assurée dans les circonstances ou les situations suivantes :
  - i) lors de sa participation à un sport pour lequel elle reçoit une rémunération ou à un événement sportif pour lequel des prix en argent sont octroyés aux gagnants; ou
  - ii) lors de sa participation à tout type de compétition de véhicules motorisés ou tout type d'événement de vitesse ou toute autre activité à risque élevé impliquant l'utilisation d'un véhicule motorisé ou appareil sur terre, sur l'eau ou dans les airs, y compris les activités d'entraînement que ce soit sur des pistes autorisées ou ailleurs, ou tout autre type d'événement de vitesse; ou
  - iii) lors de sa participation à tout type de sport dangereux ou violent, notamment : les sports de neige hors-piste, le saut d'obstacles, l'escalade, le parachutisme, le vol à voile, le deltaplane, le parapentisme, le surf cerf-volant, le parachutisme sportif, le saut à l'élastique, le canyoning, la spéléologie, le rodéo, le vélo de montagne, la plongée avec scaphandre autonome (hors des limites de la certification courante) ou tout autre sport ou toute autre activité comportant un degré élevé de stress ou de risque; ou
  - iv) lors de sa participation à un sport ou une activité exigeant la signature d'une renonciation avant de participer. Cette clause ne s'applique pas aux sports ou aux activités qui sont normalement offertes au public général sans formation ou qualification spécialisée.

Veillez communiquer avec votre fournisseur d'assistance voyage hors de la province pour une assistance voyage ou pour confirmer la couverture avant ou pendant votre voyage. Le numéro de téléphone est inscrit sur votre carte-portefeuille ou dans la liste de personnes-ressources au début de ce livret.

- c) Aucune prestation ne sera payable pour une blessure découlant d'un vol dans tout type d'aéronef, si la personne assurée quel que fonction que ce soit en lien avec cet aéronef ou ce vol, ou s'il participe à un vol de formation ou d'instruction, ou encore à une formation ou des manœuvres des services de forces armées.
- d) aucune prestation n'est payable pour tout traitement non urgent ou qui n'est pas médicalement nécessaire.
- e) aucune prestation n'est payable pour les demandes de réclamation réalisées par la personne assurée pendant qu'elle conduit un véhicule automobile avec les facultés affaiblies par l'alcool, la drogue ou d'autres substances et qui est considérée comme dépassant la limite légale à l'endroit où elle se trouvait au moment de l'incident qui a entraîné la demande de réclamation.
- f) aucune prestation ne sera payable pour les demandes de réclamation réalisées en ce qui a trait à une grossesse ou un accouchement, y compris les soins aux nourrissons après la 34<sup>e</sup> semaine de grossesse ou à tout moment pendant la grossesse si les antécédents médicaux de la personne assurée indiquent un risque plus élevé d'un accouchement précoce ou de complications liées à la grossesse.
- g) aucune prestation ne sera payable pour un traitement continu, une récurrence ou une complication découlant d'une maladie ou d'une blessure subie pendant que la personne assurée voyage à l'extérieur de sa province de résidence si la personne assurée a été évaluée comme apte à voyager par un médecin ou un médecin, ou un autre professionnel de la santé, et que la personne assurée refuse de retourner dans sa province de résidence.

Aucune prestation ne sera payable en vertu des services reçus hors de la province pour des services rendus hors du Canada si la personne assurée réside à l'extérieur du Canada, à l'exception de ce qui est indiqué ci-dessous.

Un enfant à charge ne sera admissible qu'à un traitement d'urgence (veuillez consulter la définition de « traitement d'urgence » ci-dessus) pour une blessure ou une maladie qui survient pendant que l'enfant étudie à l'extérieur du Canada. L'étudiante ou l'étudiant doit être inscrit et fréquenter un établissement d'enseignement reconnu à temps plein aux fins d'obtention d'un diplôme d'études postsecondaires. Les dispositions suivantes s'appliquent :

- a) Nous devons recevoir une lettre de l'établissement d'enseignement postsecondaire au début de chaque trimestre scolaire confirmant l'inscription et la présence aux cours de l'étudiante ou de l'étudiant. Un trimestre scolaire comprend les stages en cours d'études hors du Canada qui font partie intégrante du programme de formation.
- b) Nous exigeons une lettre du régime provincial d'assurance maladie de la province de résidence de l'étudiante ou de l'étudiant confirmant que la couverture de cet étudiant se poursuit en vertu du régime alors qu'il fréquente l'école à l'extérieur du Canada.
- c) L'étudiante ou l'étudiant doit communiquer immédiatement avec le fournisseur d'assistance voyage lorsque des frais admissibles sont engagés pendant son séjour à l'extérieur du Canada. Les numéros de téléphone pour le fournisseur d'assistance voyage sont indiqués à la section de l'assistance voyage du présent livret ainsi que sur la carte-portefeuille.
- d) À l'exception des médicaments, les services d'urgence doivent être admissibles en vertu du régime provincial d'assurance maladie dans la province de résidence de l'étudiante ou l'étudiant.
- e) Les dispositions du contrat s'appliqueront, y compris celles relatives aux restrictions et aux exclusions, sauf le délai pour le début des traitements d'urgence hors de la province dans le sommaire des montants maximaux pour l'assurance maladie complémentaire.
- f) La couverture de l'étudiante ou de l'étudiant n'est en vigueur que pendant la période scolaire.
- g) La couverture n'est pas fournie pendant les vacances ou les absences de l'étudiante ou de l'étudiant d'une durée de plus d'un mois pendant la période scolaire.

- h) Aucune couverture n'est fournie si l'enfant à charge étudie dans un pays où les voyages présentent un risque élevé pour la sécurité des voyageurs à la date à laquelle commence la période scolaire.

Dans tous les cas, le paiement pour les services rendus à l'extérieur du Canada seront effectués en dollars canadiens au taux de change en vigueur à la date à laquelle la demande de réclamation et tous les renseignements à l'appui ont été reçus par le siège social de la Compagnie à Waterloo, en Ontario.

## 8. COMMENT ENVOYER UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

Utiliser le formulaire *Demande de réclamation d'assurance maladie complémentaire* (n° 466FR). Suivre les directives indiquées sur le formulaire. Assurez-vous d'y inscrire :

- le numéro de la police d'assurance collective;
- votre numéro de certificat
- la date de naissance complète (jour/mois/année) si la demande de réclamation est pour une personne à charge;
- tous les renseignements concernant l'enfant à charge, particulièrement si elle ou il fréquente l'école (inscrire le nom de l'école) ou occupe un emploi à temps plein ou à temps partiel.

Rappelez-vous de joindre tous les reçus originaux, les ordonnances, les lettres de recommandation, etc.

**Nota :** dans tous les cas, les reçus originaux, les ordonnances, les lettres de recommandation, etc. sur lesquels figurent le nom de la patiente ou du patient et le service fourni ou l'article acheté doit être soumis à l'Équitable. Un reçu de carte de crédit ou d'une carte de débit ne constitue pas une preuve de réclamation suffisante.

Les demandes de réclamation doivent être présentées dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du traitement.

**Important :** si votre assurance prend fin, si la garantie des services majeurs en vertu du présent contrat prend fin ou si le présent contrat d'assurance collective prend fin, toutes les demandes de réclamation réalisées avant la date de résiliation ou d'expiration doivent être présentées à la Compagnie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation ou d'expiration. Toutefois, si le régime d'assurance collective prend fin et que la section des renseignements généraux du tableau des garanties d'assurance indique que l'assurance maladie complémentaire fait partie d'une entente de services administratifs seulement (SAS), aucune prestation ne sera payable (y compris toute demande de réclamation réalisée avant la date de résiliation ou d'expiration du contrat) après la résiliation ou l'expiration du contrat.

# Services majeurs - assistance voyage

Le terme « voyageur assuré » désigne vous, ou votre personne à charge admissible à condition de bénéficier de la couverture d'assurance maladie complémentaire en vertu du présent régime d'assurance collective et de satisfaire aux conditions de la couverture hors de la province selon la description de la sous-section 7 intitulée « Services reçus hors de la province » sous la section intitulée « Services majeurs ».

## 1. SERVICES D'ASSISTANCE VOYAGE

- a) Accès à une assistance multilingue par téléphone, par télex et par télécopieur, 24 heures sur 24, 365 jours sur 365 et pour le voyageur assuré et pour le fournisseur de service médical.
- b) Recommandation d'urgence nécessaire pour consulter un médecin ou un médecin, une dentiste ou un dentiste, ou encore un établissement médical approprié.
- c) Communication lorsque la voyageuse ou le voyageur assuré est hospitalisé. Le personnel médical du fournisseur d'assistance voyage communiquera avec le médecin ou le médecin de la patient ou du patient afin d'assurer un suivi des soins et services reçus, et communiquera, au besoin, avec le patient, le médecin traitant, le médecin de famille du patient ainsi que sa famille.
- d) Recommandations pour consulter une conseillère ou un conseiller juridique et, au besoin, de l'aide pour se faire avancer des fonds par ses cartes de crédit ou par sa famille et ses amis pour le paiement d'un cautionnement ou de frais juridiques.
- e) Aide pour remplacer les documents de voyage nécessaires ou les billets qui ont été perdus ou volés (le coût du remplacement est la responsabilité du voyageur assuré).
- f) Services d'interprétation d'urgence par téléphone dans la plupart des langues principales.
- g) Échange de messages urgents entre la voyageuse ou le voyageur assuré et sa famille (les messages sont conservés jusqu'à quinze (15) jours).
- h) Soutien visant à tenter de s'assurer que la voyageuse ou le voyageur assuré n'ait pas à payer des frais d'hospitalisation ou des frais médicaux de la façon suivante :
- i) en coordonnant directement le paiement, lorsque possible, entre le régime provincial d'assurance maladie approprié et la Compagnie; ou
  - I. en effectuant le paiement au fournisseur de services médicaux avec des fonds fournis par la Compagnie, recouvrant ensuite les frais payables en vertu d'un régime provincial d'assurance maladie et en transmettant ces sommes à la Compagnie.
  - II. en prenant les dispositions nécessaires relativement aux aspects du transport de la voyageuse assurée ou du voyageur assuré si le personnel médical du fournisseur d'assistance voyage et le médecin traitant décident qu'il est médicalement nécessaire de transporter le voyageur assuré dans l'établissement médical approprié le plus près ou au Canada pour recevoir un traitement (y compris le transport par voie terrestre entre l'hôpital et l'aéroport, et ce, à son départ et à son arrivée ainsi que l'accompagnement jugé nécessaire par le personnel médical du fournisseur d'assistance voyage); ces frais sont admissibles.
- j) Obtention de toutes les autorisations nécessaires et prise des dispositions nécessaires, dans le cas du décès de la voyageuse ou du voyageur assuré, pour le rapatriement de la dépouille de la personne décédée à son ancien lieu de résidence; les frais raisonnables et nécessaires pour le rapatriement du corps dans la province de résidence de la personne décédée sont couverts par la Compagnie, jusqu'à concurrence d'un montant de 5 000 \$ (excluant le coût d'un cercueil autre que le minimum nécessaire au rapatriement de la dépouille).

## 2. GARANTIE FAMILIALE

La garantie familiale décrite ci-dessous est incluse, à condition que le voyageur assuré engage des frais relatifs à une urgence médicale hors de sa province de résidence, sous réserve d'un montant maximal de 5 000 \$ pour tous ces frais pour un seul voyage.

- a) Si une voyageuse assurée ou un voyageur assuré voyage seul et est hospitalisé pendant plus de sept (7) jours hors de sa province de résidence, le fournisseur d'assistance voyage prendra les dispositions nécessaires pour coordonner le voyage aller-retour en classe économique d'une membre ou d'un membre de la famille immédiate du voyageur assuré (conjointe ou conjoint, parent, enfant, frère ou sœur). Cela comprend le transport à partir de la résidence du membre de la famille au Canada jusqu'à l'endroit où est hospitalisé le voyageur assuré; la Compagnie remboursera les frais d'un tel déplacement, y compris des frais allant jusqu'à 150 \$ par jour pour la chambre et les repas du membre de la famille.
- b) Lorsque l'hospitalisation de la voyageuse ou du voyageur assuré est nécessaire, le fournisseur d'assistance voyage prendra les dispositions nécessaires pour coordonner le transport de tous les enfants à charge assurés âgés de moins de 16 ans qui l'accompagnent dans son voyage, y compris, au besoin, une accompagnatrice ou un accompagnateur pour les enfants.
- c) Lorsque l'hospitalisation de la voyageuse assurée ou du voyageur assuré est nécessaire, le fournisseur d'assistance voyage prendra les dispositions nécessaires afin d'obtenir un surclassement pour le voyageur assuré (et toute personne à charge assurée l'accompagnant) consistant en un aller simple en classe économique d'une compagnie aérienne régulière si leurs billets originaux ne peuvent être utilisés en raison de la modification nécessaire du voyage de retour occasionnée par l'hospitalisation; la Compagnie considérera les frais d'un tel déplacement au titre des frais couverts.

Les frais couverts comprennent également un montant allant jusqu'à 500 \$ pour les frais associés au retour d'un véhicule privé, que le voyageur assuré en soit propriétaire ou locataire, jusqu'au lieu de départ du voyageur assuré, à condition que la personne ne soit plus en mesure de continuer son voyage à bord d'un véhicule en raison d'une urgence médicale.

## 3. RESTRICTIONS

Les restrictions suivantes s'appliquent :

- a) Les circonstances (comme une guerre, une insurrection, une épidémie, des opérations militaires, des conditions politiques, des lois locales ou des ordonnances d'agences légales et administratives locales, des grèves, des conditions de vol, des conditions météorologiques particulièrement mauvaises, l'inaccessibilité géographique à des fournisseurs de soins de santé dans certaines régions du monde) pourrait retarder, entraver ou empêcher la prestation de certains ou de tous les services de soins de santé mentionnés.
- b) Le fournisseur d'assistance voyage et l'Équitable ne sont d'aucune façon responsables de la disponibilité, la quantité, la qualité ou les résultats de tout traitement médical ou de toute autre assistance reçue par une voyageuse ou un voyageur assuré ni de l'incapacité du voyageur assuré d'obtenir des soins médicaux ou toute autre assistance, et ce, peu importe la raison.
- c) les services d'assistance voyage ne sont pas fournis dans tous les pays et la disponibilité pourrait changer de temps à autre. Pour s'assurer de l'accessibilité selon l'endroit auquel vous voyagez, veuillez communiquer avec le fournisseur d'assistance voyage avant de quitter le Canada.

Le traitement des frais couverts est effectué grâce à une entente conclue entre la Compagnie et le fournisseur d'assistance voyage (sous réserve de modifications sans préavis). Les services d'assistance voyage prennent fin automatiquement si l'entente prend fin et qu'elle n'est pas remplacée par une entente semblable.

Les frais admissibles doivent figurés comme tels sur la liste dans la section de l'assurance maladie complémentaire dans le présent livret ou dans le contrat. Si l'on détermine que le montant payé par le fournisseur d'assistance voyage ou par la Compagnie n'est pas admissible en vertu du contrat, la Compagnie peut prendre les mesures nécessaires pour recouvrer ce montant (plus les frais) du membre ou de toute autre personne ayant reçu le paiement.

#### 4. COMMUNIQUER AVEC LE FOURNISSEUR D'ASSISTANCE VOYAGE

Service téléphonique :

- au Canada ou aux États-Unis : 1 800 321-9998
- partout ailleurs : appel à frais virés au 519 742-3287.

Veillez donner au fournisseur d'assistance voyage :

- votre nom
- votre numéro de contrat d'assurance collective
- votre numéro de certificat
- votre numéro de régime d'assurance maladie gouvernemental

Vous devez communiquer avec le fournisseur d'assistance voyage afin de vérifier les couvertures d'assurance. Une fois que la couverture a été vérifiée, le fournisseur d'assistance voyage vous aidera à obtenir l'un ou l'autre des services mentionnés ci-dessus dont vous avez besoin.

# Services hospitaliers en chambre à un lit

## 1. EN QUOI CONSISTE LA COUVERTURE?

Si vous, ou l'une de vos personnes à charge admissibles, êtes hospitalisée ou hospitalisé dans une chambre à un lit dans un hôpital agréé pendant que vous bénéficiez de la couverture en vertu du régime d'assurance collective, un remboursement sera effectué à l'hôpital pour les frais raisonnables et d'ordre courant engagés par l'hôpital (en prenant compte du montant de la franchise et du pourcentage de remboursement indiqués dans le tableau des garanties d'assurance).

Les frais ne sont pas admissibles :

- si l'hospitalisation a lieu dans une salle commune spéciale ou dans une unité d'un établissement considéré comme une maison de convalescence en vertu du présent contrat ou qui n'aurait autrement pas été considéré comme un hôpital;
- si la chambre à un lit constitue le type de logement le plus abordable disponible;
- si la chambre à un lit est nécessaire pour des raisons médicales.

Le montant maximal admissible est la différence entre les montants suivants :

- les frais réellement engagés par l'hôpital pour les soins privés; et
- les frais engagés par l'hôpital pour les soins en salle commune standard.
- (sous réserve d'un montant maximal de 50 \$ par jour au-delà des frais quotidiens des soins hospitaliers en chambre à deux lits)

Le montant maximal admissible si l'hospitalisation a lieu en chambre à deux lits est la différence entre

- les frais d'hospitalisation en chambre à deux lits et le plus élevé des montants suivants :
  - l'indemnité en vertu du régime provincial des services hospitaliers; et
  - les frais d'hospitalisation en salle commune standard.

## 2. QU'ENTEND-ON PAR « FRAIS RAISONNABLES ET D'ORDRE COURANT »?

Il s'agit des frais standards d'hospitalisation pour les services en chambre à un lit, en chambre à deux lits ou en salle commune standard, selon le cas. S'il n'y a pas de frais standards, il s'agit des frais quotidiens pour le logement et les repas engagés par l'hôpital.

## 3. SERVICES REÇUS HORS DE LA PROVINCE

Le montant maximal admissible si l'hospitalisation a lieu hors de la province de résidence est le montant qui serait admissible si l'hospitalisation avait lieu dans la province de résidence du membre.

## 4. COMMENT ENVOYER UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

L'hôpital envoie habituellement la demande de réclamation directement à l'Équitable.

**Important :** si votre assurance prend fin si la garantie des services hospitaliers en vertu du présent contrat prend fin ou si le présent contrat d'assurance collective prend fin, toutes les demandes de réclamation réalisées avant la date de résiliation ou d'expiration doivent être présentées à la Compagnie dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de résiliation ou d'expiration. Toutefois, si le présent contrat d'assurance collective prend fin et que la section des renseignements généraux du tableau des garanties d'assurance indique que l'assurance maladie complémentaire fait partie d'une entente de services administratifs seulement (SAS), aucune prestation ne sera payable (y compris toute demande de réclamation réalisée avant la date de résiliation ou d'expiration du contrat) après la résiliation ou l'expiration du contrat.

# Services pour les soins de la vue

## 1. LUNETTES, VERRES DE CONTACT OU CHIRURGIE OCULAIRE AU LASER

Les frais engagés pour :

- les lunettes et les montures pour les lunettes (y compris l'ajustement, le remplacement ou la réparation) ou pour les verres de contact qui ne sont pas admissibles en vertu de la sous-section 3 ci-dessous, à condition qu'elles soient prescrites par un médecin ou un optométriste; ou
- la chirurgie oculaire au laser pour corriger la vue, si elle est effectuée par un médecin ou un optométriste.

Veuillez consulter le tableau des garanties d'assurance pour connaître le **montant maximal** et à **quelle fréquence les frais sont admissibles** pour vous et vos personnes à charge.

Si le tableau des garanties d'assurance indique que la garantie des soins de la vue est payable **pour toute période de « x » mois** (comme pour toute période de douze (12) mois ou pour toute période de vingt-quatre (24) mois), et non par année civile, la date utilisée pour déterminer si la demande de réclamation est admissible est la date à laquelle **les services (les lunettes, les verres de contact, la chirurgie oculaire au laser) ont été payés**.

**Exemple :** si les soins pour la vue sont payables pour toute période de vingt-quatre (24) mois et que le patient a payé pour les services le 5 octobre 2023, la prochaine fois que la demande de réclamation sera admissible est le 6 octobre 2025.

## 2. QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT?

Les lunettes qui ne sont utilisées uniquement à des fins esthétiques et les lunettes de sécurité qui ne requièrent pas une ordonnance correctrice ne sont pas admissibles.

## 3. VERRES DE CONTACT SPÉCIAUX

Ces verres de contact sont prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste qui certifie qu'ils sont nécessaires en raison d'un astigmatisme cornéen grave, de cicatrices cornéennes, ou en raison d'une chirurgie ou du traitement d'un kératocône ou d'aphakie. Ils sont admissibles seulement si l'acuité visuelle ne peut atteindre au moins 20/40 avec des lunettes. Le montant maximal admissible pour les verres de contact spéciaux est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

## 4. COMMENT ENVOYER UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

La section intitulée « Assurance maladie complémentaire » dans le tableau des garanties d'assurance vous indique si un changement d'ordonnance est nécessaire afin que la garantie soit admissible en vertu des soins de la vue.

Si un changement de prescription est nécessaire, utiliser le formulaire ***Demande de réclamation pour les soins de la vue (n° 948FR)***. Suivre les directives indiquées sur le formulaire. Assurez-vous d'y inscrire :

- le numéro de la police d'assurance collective;
- votre numéro de certificat
- la date de naissance complète (jour, mois, année) si la demande de réclamation est pour une personne à charge;
- tous les renseignements concernant l'enfant à charge, particulièrement si elle ou il fréquente l'école (inscrire le nom de l'école) ou occupe un emploi à temps plein ou à temps partiel.

Si aucun changement de prescription n'est nécessaire, utiliser le formulaire *Demande de réclamation d'assurance maladie complémentaire (n° 466FR)*. Veuillez vous assurer que tous les renseignements mentionnés ci-dessus sont indiqués sur le formulaire. Si vous effectuez une demande de réclamation pour des verres de contact spéciaux (sous-section 3 ci-dessus), vous devez joindre l'ordonnance ou la lettre de l'ophtalmologiste expliquant la raison pour laquelle ils sont nécessaires.

**Nota :** dans tous les cas, le reçu original du fournisseur de services indiquant le nom de la patiente ou du patient ainsi que le service fourni ou l'article obtenu (comme les lunettes ou les verres de contact) doit être soumis à l'Équitable. Un reçu de carte de crédit ou d'une carte de débit ne constitue pas une preuve de réclamation suffisante.

Les demandes de réclamation doivent être présentées dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du traitement.

**Important :** si votre assurance prend fin, si la garantie des soins de la vue en vertu du présent contrat prend fin ou si le présent contrat d'assurance collective prend fin, toutes les demandes de réclamation réalisées avant la date de résiliation ou d'expiration doivent être présentées à la Compagnie dans les **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de résiliation ou d'expiration. Toutefois, si le présent contrat d'assurance collective prend fin et que la section des renseignements généraux du tableau des garanties d'assurance indique que l'assurance maladie complémentaire fait partie d'une entente de services administratifs seulement (SAS), aucune prestation ne sera payable (y compris toute demande de réclamation réalisée avant la date de résiliation ou d'expiration du contrat) après la résiliation ou l'expiration du contrat.

## Examens de la vue

### 1. EXAMENS DE LA VUE

Les examens de la vue de routine (examen général) sont admissibles, sous réserve de ce qui suit :

- a) l'examen de la vue doit être effectué par une optométriste ou un optométriste, ou encore une ophtalmologiste ou un ophtalmologiste; et
- b) les examens de la vue sont admissibles seulement s'ils ne font pas partie de votre régime provincial d'assurance maladie.

Veuillez consulter le tableau des garanties d'assurance pour connaître le **montant maximal** et à **quelle fréquence les frais sont admissibles** pour vous et vos personnes à charge.

D'autres examens, comme les évaluations de verres de contact, les essais visuels et les autres services de diagnostic spécial ne sont pas admissibles, sauf indication contraire dans le tableau des d'assurance.

### 2. COMMENT ENVOYER UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

Utiliser le formulaire *Demande de réclamation d'assurance maladie complémentaire (n° 466FR)*. Suivre les directives indiquées sur le formulaire. Assurez-vous d'y inscrire :

- le numéro de la police d'assurance collective;
- votre numéro de certificat
- la date de naissance complète (jour, mois, année) si la demande de réclamation est pour une personne à charge;
- tous les renseignements concernant l'enfant à charge, particulièrement si elle ou il fréquente l'école (inscrire le nom de l'école) ou occupe un emploi à temps plein ou à temps partiel.

**Nota :** dans tous les cas, le reçu original du fournisseur de services indiquant le nom de la patiente ou du patient ainsi que le service fourni ou l'article obtenu (comme les lunettes ou les verres de contact) doit être soumis à l'Équitable. Un reçu de carte de crédit ou d'une carte de débit ne constitue pas une preuve de réclamation suffisante.

Les demandes de réclamation doivent être présentées dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du traitement.

**Important :** si votre assurance prend fin, si la garantie des soins de la vue (examens de la vue) en vertu du présent contrat prend fin ou si le présent contrat d'assurance collective prend fin, toutes les demandes de réclamation réalisées avant la date de résiliation ou d'expiration doivent être présentées à la Compagnie **dans les quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de résiliation ou d'expiration. Toutefois, si le présent contrat d'assurance collective prend fin et que la section des renseignements généraux du tableau des garanties d'assurance indique que l'assurance maladie complémentaire fait partie d'une entente de services administratifs seulement (SAS), aucune prestation ne sera payable (y compris toute demande de réclamation réalisée avant la date de résiliation ou d'expiration du contrat) après la résiliation ou l'expiration du contrat.

# Assurance dentaire

## Dispositions générales

### 1. DESCRIPTION DE CETTE GARANTIE

Si vous ou vos personnes à charge engagez des frais décrits aux pages suivantes pendant que vous bénéficiez de la couverture en vertu du présent contrat d'assurance collective, les frais admissibles vous seront remboursés.

Le montant payable est sous réserve de la coordination des prestations (veuillez consulter la sous-section 5 ci-dessous) et de tout montant de la franchise et du pourcentage de remboursement (veuillez consulter la sous-section 3 et la sous-section 4 ci-dessous).

### 2. EN QUOI CONSISTENT LES FRAIS ADMISSIBLES?

Il s'agit des frais raisonnables et d'ordre courant engagés pour les traitements dentaires effectués par une dentiste ou un dentiste, lorsque la loi provinciale ou territoriale le permet, par une hygiéniste ou un hygiéniste dentaire autorisé à exercer indépendamment, à condition que ces frais soient couverts en vertu du régime d'assurance collective selon le tableau des garanties d'assurance et qu'ils figurent sur la liste du guide des frais dentaires applicables.

Le montant maximal payable est le montant indiqué dans le guide des honoraires dentaires se trouvant dans le tableau des garanties d'assurance pour une dentiste ou un dentiste généraliste.

### 3. EN QUOI CONSISTE LE « MONTANT DE LA FRANCHISE »?

Il s'agit du montant que vous devez déboursé avant que toute prestation ne devienne payable en vertu de votre régime d'assurance collective. Le montant de la franchise au titre de votre régime est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

**Nota :** si le montant de la franchise familiale est plus élevé que le montant de la franchise individuelle, seul le montant de la franchise individuelle s'appliquera à toute demande de réclamation pour l'une ou l'un des membres de la famille afin de satisfaire au montant de la franchise familiale.

Les demandes de réclamations réalisées pendant le mois d'octobre, novembre et décembre au cours d'une année civile qui sont utilisées pour satisfaire au montant de la franchise de cette année-là seront également utilisées pour satisfaire au montant de la franchise au cours de la prochaine année civile.

### 4. EN QUOI CONSISTE LE « POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT »?

Le pourcentage (la partie) des frais admissibles payé par la Compagnie après que tout montant de la franchise ait été atteint. Le pourcentage de remboursement de ce régime d'assurance collective est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance.

### 5. COMMENT LE PROCESSUS DE COORDINATION DES PRESTATIONS FONCTIONNE-T-IL?

Si vous et votre conjointe ou votre conjoint bénéficiez d'une couverture familiale en vertu des régimes d'assurance collective où vous travaillez, chacun de vous doit soumettre sa propre demande de réclamation auprès de son assureur respectif. Tout solde non réglé peut alors être soumis auprès de l'assureur de la conjointe ou du conjoint pour une demande de paiement, en joignant une copie du montant déjà payé par la première compagnie d'assurance.

Les demandes de réclamation de vos enfants à charge devraient d'abord être soumises au régime d'assurance collective du parent dont l'anniversaire de naissance (mois, jour) survient en premier au cours de l'année civile. Tout solde sera alors soumis au régime d'assurance collective de l'autre parent.

Par exemple, si votre anniversaire de naissance est le 10 octobre et que l'anniversaire de naissance de votre conjointe ou de votre conjoint est le 25 mai, les demandes de réclamation pour vos enfants à charge devrait être envoyées à la compagnie d'assurance de votre conjoint en premier (parce que l'anniversaire de votre conjoint survient en premier pendant l'année). Tout solde non réglé serait alors soumis auprès de l'Équitable, en joignant une copie démontrant le montant payé par l'assureur de votre conjointe ou conjoint. Le remboursement total de toute demande de réclamation ne peut excéder 100 % des coûts réels.

#### 6. QUELS SONT LES MONTANTS MAXIMAUX?

Le montant maximal par année civile est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance. Il s'agit du montant total payable pour chaque personne assurée au cours de toute année civile qui est automatiquement remis en vigueur chaque année le 1<sup>er</sup> janvier.

Si un **montant maximal à vie de prestations est indiqué dans le tableau des garanties d'assurance**, il s'agit du montant maximal payable pour chaque personne assurée pour la toute période pendant laquelle elle bénéficie de la couverture en vertu du présent régime d'assurance collective.

#### 7. PRÉDÉTERMINATION DES PRESTATIONS

Si votre dentiste suggère un traitement qui coûte plus de 300 \$, un plan de traitement et une estimation des frais devraient nous être envoyés avant le début du traitement. Nous pourrions alors vous dire à l'avance le montant auquel vous êtes admissible en vertu du régime d'assurance collective.

#### 8. TRAITEMENT DE RECHANGE

S'il existe un traitement moins cher offrant les mêmes résultats professionnels, le montant payable en vertu du présent régime d'assurance collective correspond au coût du traitement le moins cher. Si vous décidez d'aller de l'avant avec le traitement le plus cher, vous devrez alors assumer les coûts supplémentaires.

#### 9. QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT?

Aucune prestation d'assurance dentaire n'est payable pour les frais découlant des causes suivantes :

- a) des blessures délibérément infligées à soi-même ou une tentative d'autodestruction (que la personne soit saine d'esprit ou non);
- b) une participation active à une émeute, une rébellion ou une insurrection;
- c) une guerre (qu'elle soit déclarée ou non) ou tout acte d'hostilité;
- d) le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel;
- e) des frais pour rendez-vous non respectés, pour consultations téléphoniques ou pour faire remplir des formulaires ou des rapports;
- f) des examens requis par un tiers;
- g) des services qui ne sont pas approuvés par l'Association dentaire canadienne ou dont les pratiques sont de nature expérimentale;
- h) toute condition pour laquelle vous ou vos personnes à charge avez le droit de recevoir des prestations en vertu de toute loi sur les accidents du travail ou d'une législation ou d'un service semblable, ou lorsque les prestations sont payables en vertu de toute autre contrat d'assurance établi par la Compagnie;

- i) des services d'une personne qui réside habituellement au domicile de la patiente ou du patient ou qui a des liens de parenté par naissance ou par mariage avec le patient, ou qui a des liens de parenté avec le patient par l'intermédiaire de sa conjointe ou de son conjoint;
- j) un chirurgie ou un traitement esthétique;
- k) tous frais pour un traitement continu si celui-ci débute avant que votre couverture en vertu du présent régime n'entre en vigueur;
- l) un traitement effectué ou des fournitures livrées après la date de résiliation ou d'expiration de votre couverture en vertu du présent régime (sauf si une prothèse a été ajustée et commandée avant la date à laquelle l'assurance a pris fin et qu'elle est livrée dans les trente et un (31) jours après la date de résiliation ou d'expiration);
- m) un traitement destiné à la correction de la dimension verticale, la reconstitution de l'occlusion dentaire, la contention (sauf indication contraire dans le tableau des garanties d'assurance) au remplacement d'une structure dentaire perdue en raison de l'abrasion ou l'attrition (usure); votre dentiste devrait vous dire si l'une ou l'autre de ces conditions s'applique et vous les expliquer;
- n) un traitement destiné à la correction des anomalies de l'articulation temporomandibulaire (ATM), sauf indication contraire dans le tableau des garanties d'assurance à la section de l'assurance dentaire; votre dentiste devrait vous dire si cette condition s'applique et vous l'expliquer.

## 10. COMMENT ENVOYER UNE DEMANDE DE RÉCLAMATION

Si votre dentiste\* utilise le système EDI (le système d'échange de données informatisé pour soumettre les demandes de réclamation par voie électronique) :

- Le cabinet de votre dentiste soumettra la demande de réclamation à l'Équitable par voie électronique.

Si votre dentiste n'utilise pas le système EDI :

En allant chez votre dentiste, il serait bon d'apporter un formulaire *Demande de réclamation d'assurance dentaire* (n° 520FR) avec vous ou vous pouvez également leur demander un formulaire. La dentiste ou le dentiste remplit la partie 1 indiquant les traitements effectués ainsi que le montant facturé. Il pourrait vous être utile d'apporter le présent livret avec vous lorsque vous vous présentez à votre rendez-vous au cas où la dentiste ou le dentiste désirerait vérifier ce qui est couvert

- ou, le cas échéant, une hygiéniste ou un hygiéniste dentaire autorisé à exercer indépendamment.

Suivre les directives indiquées sur le formulaire. Assurez-vous que votre formulaire est **dûment rempli**, y compris :

- le numéro de la police d'assurance collective;
- le numéro de certificat
- la date de naissance complète (jour, mois, année) de votre personne à charge, si la demande de réclamation dentaire est pour votre conjointe ou votre conjoint, ou encore pour votre enfant à charge;
- tous les renseignements concernant l'enfant à charge, particulièrement si elle ou il fréquente l'école (inscrire le nom de l'école) ou occupe un emploi à temps plein ou à temps partiel;
- signer la partie 3 intitulée « Renseignements sur le patient » au verso du formulaire.

Si l'un de ces renseignements est manquant, nous nous devons de vous retourner le formulaire afin que vous puissiez le remplir; ceci pourrait occasionner le retard de votre remboursement.

Les demandes de réclamation doivent être présentées dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date du traitement.

**Important :** si votre assurance prend fin, si l'assurance dentaire en vertu du présent contrat prend fin ou si le présent contrat d'assurance collective prend fin, toutes les demandes de réclamation réalisées avant la date de résiliation ou d'expiration doivent être présentées à la Compagnie dans les **quatre-vingt-dix (90) jours** suivant la date de résiliation ou d'expiration. Toutefois, si le présent contrat d'assurance collective prend fin et que la section des renseignements généraux du tableau des garanties d'assurance indique que l'assurance maladie complémentaire fait partie d'une entente de services administratifs seulement (SAS), aucune prestation ne sera payable (y compris toute demande de réclamation réalisée avant la date de résiliation ou d'expiration du contrat) après la résiliation ou l'expiration du contrat.

# Type A - services dentaires de base

## 1. TRAITEMENTS DIAGNOSTIQUES

Les services requis pour évaluer certaines conditions existantes, notamment :

- les consultations et les biopsies;
- les examens oraux\*\*;
- les radiographies interproximales\*\*;
- les radiographies complètes de la bouche ou les films panoramiques (une fois tous les vingt-quatre (24) mois).

## 2. TRAITEMENTS PRÉVENTIFS

Les services requis pour prévenir les maladies buccodentaires, notamment :

- les nettoyages dentaires\*\*;
- les conseils d'hygiène buccale\*\*;
- les applications topique de fluorure\*\*;
- les résines pour scellement des puits et fissures pour les enfants à charge âgés de moins de 18 ans.

## 3. TRAITEMENTS HABITUELS DES OBTURATIONS

Les services requis pour le traitement des caries dentaires, notamment :

- les amalgames, les plombages de matière acrylique ou composite;
- les restaurations préfabriquées en métal ou en plastique.

## 4. TRAITEMENTS CHIRURGICAUX HABITUELS

Les extractions habituelles (y compris les dents de sagesse) et l'anesthésie qui s'y rattache sont admissibles.

## 5. QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT EN VERTU DES SERVICES DENTAIRE DE BASE?

- les appareils de protection (comme les protecteurs buccaux) et les mainteneurs d'espace;
- tous les traitements de restauration importants;
- tous les soins de chirurgie importante (autre que les extractions habituelles mentionnées à la sous-section 4 ci-dessus);
- les frais pour tout examen spécifique ou d'urgence ne sont pas admissibles lorsqu'il est effectué au même moment qu'un nettoyage dentaire.

\*\* Veuillez consulter la **fréquence des examens de rappel** dans le tableau des garanties d'assurance pour savoir à quelle fréquence un examen de rappel est admissible.

## Type A - options des services de base

Les options des services de base de type A sont admissibles seulement si le tableau des garanties d'assurance indique qu'elles sont admissibles.

**OPTION DES MAINTENEURS D'ESPACE** (admissibles seulement s'ils sont indiqués dans le tableau des garanties d'assurance)

Cette option couvre les mainteneurs d'espace s'ils sont utilisés comme mesure préventive pour maintenir l'espace. Les extenseurs d'espace interdentaire utilisés pour déplacer les dents ou pour des traitements d'orthodontie **ne sont pas couverts**.

**OPTION DES SOINS DE CHIRURGIE IMPORTANTE** (admissibles seulement s'ils sont indiqués dans le tableau des garanties d'assurance)

Cette option couvre les soins de chirurgie importante, notamment :

- toute chirurgie orale importante (autre que les extractions habituelles qui sont couvertes en vertu des traitements chirurgicaux habituels en vertu du régime d'assurance dentaire de base);
- les points de suture nécessaires;
- le traitement postopératoire et l'anesthésie générale s'y rattachant;
- l'alvéoplastie, la gingivoplastie, l'ostéoplastie et la frénectomie (votre dentiste devrait vous dire si ces traitements s'appliquent et vous les expliquer).

Les services chirurgicaux à titre préparatoire pour les traitements orthodontiques (autre que les obturations) **ne sont pas couverts** en vertu de l'option de soins de chirurgie importante.

**OPTION DES TRAITEMENTS PÉRIODONTIQUES** (admissibles seulement s'ils sont indiqués dans le tableau des garanties d'assurance)

Cette option couvre les services nécessaires pour traiter les tissus mous et les os soutenant les dents, notamment la gingivectomie et la chirurgie osseuse. Le détartrage radiculaire est assujéti au nombre maximal d'unités indiqué à la section de l'assurance dentaire dans le tableau des garanties d'assurance.

**OPTION DES TRAITEMENTS ENDODONTIQUES** (admissibles seulement s'ils sont indiqués dans le tableau des garanties d'assurance)

Cette option couvre les services nécessaire pour effectuer le diagnostic ou le traitement de ce qui suit:

- les traitements de canal;
- les maladies de la pulpe dentaire;
- les maladies de la région péri-apicale.

**OPTION DE SERVICES DE RÉPARATION DE PROTHÈSES DENTAIRES** (admissibles seulement s'ils sont indiqués dans le tableau des garanties d'assurance)

Cette option couvre les services qui sont nécessaires pour :

- effectuer le rebasage ou le regarnissage des prothèses dentaires amovibles complètes ou partielles;
- réparer les prothèses dentaires;
- ajouter des dents aux prothèses dentaires partielles (pourvu que la dent naturelle soit extraite pendant que la personne assurée bénéficie d'une couverture en vertu du présent régime d'assurance collective).

La fabrication des dentiers **n'est pas couverte** en vertu de l'option du service de réparation de prothèses dentaires.

## Type B - services de restauration majeure (prothèses dentaires)

### 1. OPTION DES PROTHÈSES DENTAIRES

Cette option couvre les services nécessaires pour remplacer les dents manquantes en utilisant les **prothèses dentaires amovibles partielles ou complètes**. Les frais admissibles comprennent les frais de laboratoire pour les matériaux reliés aux traitements prosthodontiques.

### 2. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) Le remplacement d'une prothèse dentaire perdue ou volée n'est pas admissible.
- b) Les frais pour le duplicata de prothèse dentaire n'est pas admissible.
- c) Le remplacement d'une prothèse dentaire existante n'est pas admissible si le remplacement est commandé dans un délai de cinq (5) ans suivant la date de la première mise en bouche ou du dernier remplacement, peu importe si les frais avaient été remboursés en vertu du contrat d'assurance collective.
- d) Le remplacement d'une prothèse dentaire existante est admissible seulement si celle-ci ne peut pas être réparée convenablement. Le remplacement sera d'une valeur et d'une qualité comparables à celles de la prothèse dentaire originale (comme déterminé par la Compagnie).
- e) Le remplacement d'une prothèse dentaire temporaire existante est admissible seulement si la personne assurée bénéficiait d'une couverture en vertu du présent régime d'assurance collective lorsque la prothèse dentaire temporaire a été posée. Si la prothèse dentaire temporaire date de plus d'un an, elle pourrait être considérée comme « permanente » et ne serait donc pas admissible au remplacement.
- f) Le présent régime d'assurance comprend une restriction relative au remplacement de « **dents manquantes** ». Si la prothèse dentaire existante ne fait pas l'objet d'un remplacement, les frais pour :
  - une prothèse dentaire complète ou partielle, ou
  - pour ajouter des dents à la prothèse dentaire existante, sont admissibles seulement pour remplacer les dents naturelles qui sont extraites pendant que la personne assurée bénéficie de la couverture en vertu du présent régime d'assurance collective. Si les dents ont été extraites avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne en vertu du présent régime d'assurance collective, des prothèses dentaires complètes ou de l'ajout de dents aux prothèses dentaires **ne** sont **pas** admissibles.

# Type B - services de restauration majeure (autre que les prothèses dentaires - couronnes)

## 1. SERVICES AUTRES QUE L'OPTION DES PROTHÈSES DENTAIRES

Cette option couvre les services de restauration majeure qui sont nécessaires pour :

- restaurer ou reconstruire une dent, ou
- remplacer des dents manquantes en utilisant des ponts fixes.

Les frais admissibles comprennent :

- les couronnes, y compris la couronne requise seulement en raison d'une chirurgie pour un implant dentaire (veuillez noter qu'une couronne à la suite d'un traitement de canal ne constitue pas nécessairement des frais admissibles et nous aurons besoin d'une prédétermination afin de déterminer s'il s'agit de frais couverts);
- les ponts fixes (sous réserve de la sous-section 8 intitulée « Traitement de rechange » de la section intitulée « Dispositions générales relatives à l'assurance dentaire »);
- les incrustations et les incrustations à recouvrement (sous réserve de la sous-section 8 intitulée « Traitement de rechange » de la section intitulée « Dispositions générales relatives à l'assurance dentaire »);
- les restaurations coulées;
- les frais de laboratoire pour les matériaux reliés aux traitements prosthodontiques.

**Important :** pour tout traitement lié à une couronne ou à un pont, une incrustation ou une incrustation à recouvrement, des radiographies précédant le traitement doivent être soumises à l'Équitable pour qu'elles soient passées en revue par notre consultante ou notre consultant en dentisterie.

## 2. EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS

- a) Le remplacement d'un pont fixe perdu ou volé n'est pas admissible.
- b) Le remplacement d'une restauration existante n'est pas admissible si la restauration est effectuée dans un délai de cinq (5) ans suivant la date de la première mise en bouche ou du dernier remplacement, peu importe si les frais avaient été remboursés en vertu du contrat d'assurance collective. Cette période ne s'applique pas si le remplacement est attribuable uniquement à des causes accidentelles, violentes et externes et que la personne est assurée en vertu du présent régime d'assurance collective au moment de la blessure.
- c) Le remplacement d'une restauration existante est admissible seulement si la restauration existante ne peut pas être réparée convenablement. Le remplacement sera d'une valeur et d'une qualité comparables à celles de la restauration originale (comme déterminé par la Compagnie).
- d) Les prothèses dentaires partielles ou complètes ne sont pas couvertes.
- e) Pour les couronnes et les ponts qui sont admissibles pour les molaires (dents postérieures), seuls les ponts et les couronnes en métal sont admissibles et non pas les restaurations céramo-métalliques.
- f) Le présent régime d'assurance comprend une restriction relative au remplacement de « **dents manquantes** ». Si le pont fixe existant ou la restauration coulée n'est pas remplacée, les frais pour :
  - les ponts fixes (notamment les couronnes, les incrustations et les incrustations à recouvrement formant le point d'appui), ou
  - les restaurations coulées, ou
  - les couronnes pour implants dentaires sont admissibles seulement pour remplacer les dents naturelles qui sont extraites pendant que la personne assurée bénéficie de la couverture en vertu du

présent régime d'assurance collective. Si les dents ont été extraites avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne en vertu du présent régime d'assurance collective, les ponts ou les restaurations coulées **ne sont pas admissibles.**

- g) La chirurgie dentaire nécessaire en vue d'un implant dentaire n'est pas admissible.

# Prestation de survie

## Primes payables

### 1. DESCRIPTION DE CETTE GARANTIE

Si vous et vos personnes à charge bénéficiez de la couverture en vertu du présent régime d'assurance collective à la date de votre décès au titre des garanties en vertu de la prestation de survie; ces prestations continueront d'être versées à vos personnes à charge admissibles.

Les primes continuent d'être payables lorsque le versement des prestations de survie commence.

### 2. QUELLES GARANTIES FONT PARTIE DE LA PRESTATION DE SURVIE?

Le tableau des garanties d'assurance du présent livret indique :

- quelles garanties sont incluses;
- la période maximale pour la prestation de survie (la durée maximale pendant laquelle la prestation de survie pourrait être en vigueur).

### 3. QUAND LA PRESTATION DE SURVIE PREND-ELLE FIN?

Votre assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle la période maximale de la prestation de survie prend fin;
- la date à laquelle votre conjointe ou votre conjoint, ou encore un enfant à charge devient admissible à une couverture semblable auprès d'un autre assureur;
- la date à laquelle un enfant à charge ne satisfait plus à la définition d'une personne à charge admissible (comme indiqué à la section intitulée « Dispositions générales relatives aux personnes à charge » ainsi que dans le tableau des garanties d'assurance du présent livret);
- la date à laquelle le présent régime d'assurance collective prend fin.



# À propos de l'Équitable

Chez l'Équitable, nous croyons en la force de travailler ensemble. Cela oriente notre façon de collaborer les uns avec les autres, la façon dont nous aidons nos clients et nos partenaires, et la façon dont nous soutenons les communautés où nous vivons et travaillons.

Ensemble, nous et nos partenaires de partout au Canada offrons des solutions en matière d'assurance individuelle, d'assurance collective et d'épargne-retraite. Ainsi, nous aidons nos clients à se protéger aujourd'hui tout en préparant demain.

Nous croyons que le monde est meilleur lorsque nous travaillons ensemble à bâtir une vie Équitable pour tous.



<sup>MC</sup> et <sup>MP</sup> indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.