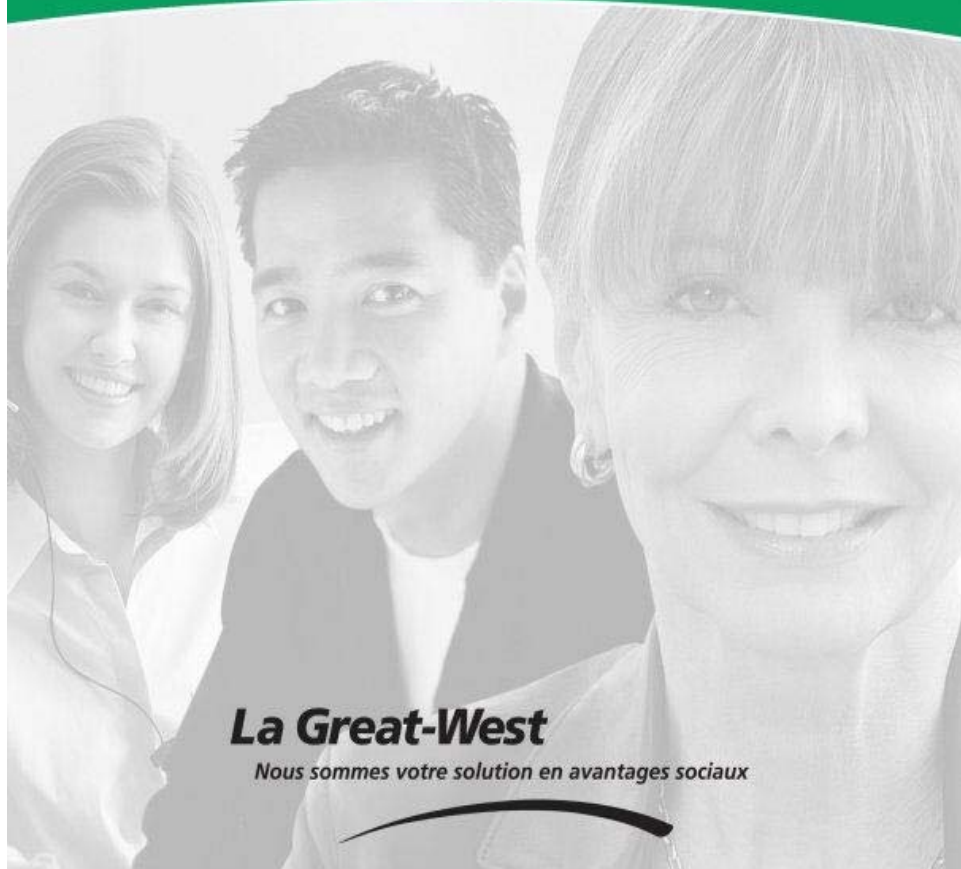


Régime collectif



La Great-West

Nous sommes votre solution en avantages sociaux



**THE CATHOLIC INDEPENDENT SCHOOLS OF
VANCOUVER ARCHDIOCESE**

Prêtre ordonné

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME

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

La Great-West en ligne

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

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

Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime

À titre de participant au régime de la Great-West, vous pouvez également vous inscrire aux Services en ligne de la Great-West pour les participants de régime au www.lagreatwest.com. Pour accéder à ces services, cliquez sur « GroupNet pour les participants de régime » et suivez les directives d'inscription. Assurez-vous d'avoir votre numéro de régime ainsi que votre numéro d'identification à portée de la main avant de procéder.

Le service en cause vous permet d'avoir accès à ce qui suit et à bien plus encore, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans un environnement convivial :

- un aperçu de vos garanties et l'historique de vos demandes de règlement;
- des formulaires de demandes de règlement et cartes d'identité personnalisés;
- présenter électroniquement un grand nombre de vos demandes de règlement, tel qu'indiqué aux garanties Soins médicaux supplémentaires et Soins dentaires du présent livret;
- une mine de renseignements sur la santé et le mieux-être.

Au moyen de notre application GroupNet Mobile, vous pouvez accéder à certaines fonctions de GroupNet pour les participants de régime :

- demander un règlement en ligne pour un grand nombre de vos demandes, au moyen du service Demandes de règlement électronique – Participants, composante de nos services en ligne GroupNet à l'avant-garde de l'industrie;
- accéder à de l'information personnalisée sur les garanties, les demandes de règlement et bien plus rapidement et facilement, et ce en tout temps;
- visualiser des renseignements relatives aux cartes;
- repérer le fournisseur le plus près offrant le service Demandes de règlement électroniques – Fournisseurs, au moyen d'un système de localisation GPS intégré.

De plus, au moyen de GroupNet Texto, vous pouvez accéder sur-le-champ à l'information propre à vos garanties. GroupNet Texto vous permet d'utiliser votre téléphone cellulaire afin d'obtenir de l'information détaillée sur votre régime, notamment :

- vos numéros de régime et d'identification;
- des précisions sur la protection (l'information consultable dépend de votre régime);
- le montant du règlement proportionnel;
- les plafonds des frais admissibles, les soldes et plus encore.

Pour vous inscrire à GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil ».

Pour utiliser GroupNet Texto, rendez-vous à GroupNet pour les participants de régime, sous l'onglet « Votre profil », puis transmettez certains mots clés par messagerie texte au 204 289-1667. Vous recevrez aussitôt un texto contenant des données sur votre protection. Pour obtenir une liste complète des mots clés, textez « Aide ». Pour une brève description du type d'information liée à un mot clé précis, envoyez un texto qui renferme le terme « Aide » en plus du mot clé en question.

La compatibilité de GroupNet Texto peut varier selon l'appareil mobile ou le système d'exploitation utilisé.

Numéro sans frais de la Great-West

Pour communiquer avec un représentant du service à la clientèle de la Great-West qui vous fournira de l'assistance relativement à votre protection de soins médicaux et de soins dentaires, veuillez composer le 1 800 957-9777.

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur, mais les **polices collectives n^{os} 335645 et 335646**, et le **texte officiel du régime n^o 56565** établis par la Great-West, ainsi que la **police collective n^o 100005769 and 100007862** envoyée à votre employeur par Industrial Alliance Pacific Insurance and Financial Services Inc. ("IAP"), en demeurent les documents officiels. En cas de variantes entre le contenu des présentes et les dispositions des polices collectives et du texte officiel du régime, seules ces dernières feront foi.

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

Le présent régime est administré par



Accès aux documents

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

Actions en justice

Toute action en justice ou procédure judiciaire contre un assureur pour le règlement des sommes payables aux termes d'un contrat d'assurance est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée durant le délai prescrit dans la loi sur les assurances ou dans toute autre loi applicable (p. ex., *Loi de 2002 sur la prescription des actions* de l'Ontario, Code civil du Québec).

Procédure d'appel

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

Suspension des prestations en raison d'un paiement en trop

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

Protection de vos renseignements personnels

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

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

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

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

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

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

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

Responsabilité de l'employeur

Aux termes d'une entente conclue avec La Great-West, compagnie d'assurance-vie, votre employeur sera seul responsable des garanties Soins dentaires décrites dans le présent livret. Votre employeur s'étant engagé à capitaliser lui-même les prestations, celles-ci ne seront pas garanties par la Great-West. Cette dernière se chargera cependant du traitement des demandes de règlement.

TABLE DES MATIÈRES

Nous vous souhaitons la bienvenue à la Great-West!.....	1
Pourquoi le présent livret est-il important?.....	1
Définitions	2
Renseignements généraux.....	6
Période d'admissibilité pour l'assurance.....	6
Entrée en vigueur de votre protection.....	6
Adhésion de l'employé	6
Si vous n'êtes pas effectivement au travail.....	6
Si vous adhérez au régime avant la fin de la période d'admissibilité pour la protection.....	6
Si vous adhérez au régime après la fin de la période d'admissibilité pour la protection.....	7
Adhésion de l'employé au régime et demande de protection pour personnes à charge	7
Si vous adhérez au régime et demandez la protection avec personnes à charge avant la fin de la période d'admissibilité pour la protection.....	7
Si vous adhérez au régime et demandez la protection avec personnes à charge après la fin de la période d'admissibilité pour la protection.....	7
Si une personne à charge est hospitalisée	8
Changements à signaler à votre employeur	8
Cessation de l'assurance.....	9
Cessation de votre assurance	9
Cessation de l'assurance des personnes à charge	9
Examens médicaux et autopsies	10
Droit de recouvrer d'une tierce partie.....	10
Contestabilité.....	11

Votre garantie de soins médicaux	12
En quoi consiste votre garantie de soins médicaux	12
Montant des prestations	14
Cessation de votre garantie de soins médicaux	15
Prestations pour vos survivants	16
Si la personne assurée est totalement invalide lorsque votre emploi prend fin	16
Étendue de vos garanties	17
Médicaments	17
Hospitalisation	19
Chirurgie oculaire au laser, examens de la vue, verres correcteurs et lentilles cornéennes	19
Réduction offerte par le Service d'optique PVS Inc.	21
Fournitures et services médicaux	22
Services ambulanciers	27
Soins dentaires en cas d'accident	27
Services paramédicaux	28
Autres soins ou fournitures	28
Recommandations pour soins médicaux à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée	29
Soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de résidence	30
Soumission des demandes de règlement pour soins reçus à l'extérieur de votre province ou de votre pays	33
Exclusions au titre de toute assurance de soins médicaux	34
Programme d'autorisation préalable	35
Gestion des dossiers médicaux	36
Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux	36
Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux	37
Restrictions relatives aux fournisseurs désignés	37
Programme d'aide aux patients	38
Coordination des prestations avec le régime de votre conjoint	39
Remboursement des frais engagés pour vous-même	39
Remboursement des frais engagés pour votre conjoint	39
Remboursement des frais engagés pour votre enfant	40
Présentation d'une demande de règlement	41

Votre garantie de soins dentaires	42
En quoi consiste votre garantie de soins dentaires	42
Montant des prestations	42
Cessation de votre garantie de soins dentaires.....	45
Prestations pour les survivants à votre charge	45
Traitements dont le coût dépasse 500 \$	45
Étendue de vos garanties	46
Soins préventifs	46
Soins d'entretien	53
Soins de restauration majeure.....	60
Soins orthodontiques	65
Exclusions	66
Coordination des prestations avec le régime de votre conjoint	67
Remboursement des frais engagés pour vous-même	67
Remboursement des frais engagés pour votre conjoint	67
Remboursement des frais engagés pour votre enfant	68
Présentation d'une demande de règlement	68
Votre assurance invalidité de courte durée	70
En quoi consiste l'assurance invalidité de courte durée	70
Définition de l'invalidité	70
Montant des prestations	70
Imposition des prestations	71
Délai de carence pour le versement des prestations.....	72
Accident	72
Maladie ou blessure.....	72
Date de début de l'invalidité.....	72
Cessation de vos prestations d'invalidité de courte durée	73
Cessation de votre assurance invalidité de courte durée.....	73
Récidive de l'invalidité.....	74
Réduction de vos prestations	74
Exclusions	76
Preuve de sinistre.....	77

Votre assurance invalidité de longue durée	78
En quoi consiste l'assurance invalidité de longue durée	78
Définition de l'invalidité	78
Montant des prestations	79
Imposition des prestations	79
Délai de carence pour les prestations.....	80
Récidive de l'invalidité.....	80
Date de début de l'invalidité.....	81
Cessation de vos prestations d'invalidité de longue durée	82
Cessation de votre assurance invalidité de longue durée.....	82
Réduction de vos prestations	83
Gains antérieurs à l'invalidité.....	84
Qu'est-ce qu'un programme de réadaptation?.....	85
Indemnité de retour au travail.....	86
Exclusions	86
Présentation d'une demande de règlement.....	87
Assurance vie.....	88
Votre assurance vie.....	88
En quoi consiste votre assurance vie	88
Montant des prestations	88
Réduction	88
Désignation de bénéficiaires.....	89
Cessation de l'assurance vie de l'employé	89
Assurance vie facultative de l'employé	90
En quoi consiste l'assurance vie facultative de l'employé	90
Montant des prestations	90
Désignation de bénéficiaires.....	90
Cessation de l'assurance vie facultative de l'employé	90
Renseignements supplémentaires sur l'assurance vie.....	91
Clause d'exonération des primes	91
Qu'advient-il du paiement des primes si vous devenez invalide?.....	91
Transformation de votre assurance vie.....	92
Exclusions	93
Demande de règlement.....	93

Programme d'Assistance médicale globale94

CONTACT – PROGRAMME D'AIDE AUX EMPLOYÉS.....96

Assurance Maladie Grave Collective Facultative Sommaire Des
Garanties D'assurance97

Nous vous souhaitons la bienvenue à la Great-West!

Nous vous souhaitons la bienvenue à la Great-West! Votre employeur et la Great-West ont conçu, pour vous, un régime d'avantages sociaux adapté à vos besoins. Cette gamme d'avantages constitue une part importante de la rémunération globale que vous recevez de votre employeur.

Nous voulons que vous et votre famille puissiez facilement obtenir des réponses à toutes vos questions. Si vous avez des questions au sujet de votre régime d'avantages sociaux, parlez-en à votre employeur ou communiquer avec un représentant du service à la clientèle.

Pourquoi le présent livret est-il important?

Le présent livret décrit les diverses garanties offertes par le contrat d'assurance collective que votre employeur a souscrit auprès de la Great-West. La partie *Renseignements généraux* décrit les conditions d'admissibilité et la procédure d'adhésion. La deuxième partie comprend diverses sections, chacune décrivant en détail les garanties offertes et l'assurance auxquelles vous êtes admissible.

Définitions

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes et de certaines expressions utilisés dans le présent livret. Vous trouverez aussi des définitions particulières dans chacune des sections du livret.

Effectivement au travail

Vous êtes effectivement au travail lorsque vous effectuez les tâches normales de votre poste :

- au lieu d'affaires de votre employeur;
- à tout autre endroit où vous êtes tenu de vous rendre pour le compte de votre employeur.

Vous êtes aussi reconnu comme effectivement au travail lorsque vous êtes en mesure d'effectuer les tâches normales de votre poste durant une journée normale de congé ou une journée de vacances.

Enfant

Le terme *enfant* désigne votre fils ou votre fille non marié(e). Cette définition englobe un beau-fils ou une belle-fille et un enfant issu d'une union de fait entre votre conjoint de fait et une autre personne. Cet enfant doit cependant être à la charge du couple que vous et votre conjoint de fait formez.

Les enfants doivent être âgés de moins de 22 ans et dépendre de vous pour leur subsistance. Nous maintiendrons la protection en vigueur tant que l'enfant aura moins de 25 ans s'il fréquente à temps plein un collège ou une université reconnus. Nous devons recevoir la confirmation que l'enfant est étudiant à temps plein et qu'il dépend de vous pour sa subsistance.

Un enfant à charge qui est physiquement ou mentalement handicapé alors qu'il atteint l'âge maximum indiqué ci-dessus demeure couvert à condition :

- qu'il soit devenu handicapé avant d'avoir atteint l'âge maximum indiqué ci-dessus, et
- que nous recevions une preuve satisfaisante confirmant l'incapacité de l'enfant de subvenir à ses propres besoins en raison de son handicap.

Personne couverte

L'expression *personne couverte* signifie vous-même et toutes les personnes à votre charge couvertes au titre du régime.

Personne à charge

Le terme personne à charge désigne votre conjoint ou votre enfant. Une personne qui fait partie des forces armées à temps plein n'est pas admissible à titre de personne à charge.

Gains

Le terme *gains* désigne votre salaire brut avant toute déduction, excluant les gratifications, les commissions, la rémunération pour les heures supplémentaires, les gains découlant d'un régime de participation aux bénéfices et les allocations d'automobile.

L'expression *gains hebdomadaires* désigne les gains annuels divisés par 52.

L'expression *gains mensuels* désigne les gains annuels divisés par 12.

Urgence

Le terme *urgence* désigne une maladie ou une blessure soudaine et inattendue pour laquelle la personne assurée requiert des soins médicaux immédiats.

Employé

Vous êtes un *employé* si vous travaillez pour le compte de votre employeur de façon permanente, et non sur une base saisonnière, et que votre semaine normale de travail compte 20 heures ou plus.

Maladie

Le terme *maladie* désigne toute affection ou maladie physique ou mentale, y compris les affections liées à une grossesse.

Personne assurée et assuré

Les expressions *personne assurée* et *assuré* signifient vous-même et toutes les personnes à votre charge assurées au titre du contrat.

Traitement raisonnable

« Traitement raisonnable » désigne un traitement qui est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne; est reconnu comme efficace, et dont la nature, l'intensité, la fréquence et la durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie, d'une blessure ou d'une grossesse.

Conjoint

Le terme *conjoint* désigne la personne à laquelle vous êtes légalement uni par les liens du mariage.

Le régime n'assure qu'un seul conjoint à la fois.

Période d'admissibilité

L'expression *période d'admissibilité* désigne la période qui doit s'écouler avant qu'une garantie entre en vigueur.

Délai de carence pour les prestations d'invalidité

Le délai de carence à l'égard de l'assurance invalidité de courte durée est la période pendant laquelle vous devez être absent du travail en raison d'une invalidité avant d'être admissible à des prestations d'invalidité de courte durée. Veuillez vous reporter à la section *Assurance invalidité de courte durée* pour plus de détails à ce sujet.

Le délai de carence à l'égard de l'assurance invalidité de longue durée est la période pendant laquelle vous devez être absent du travail en raison d'une invalidité avant d'être admissible à des prestations d'invalidité de longue durée. Veuillez vous reporter à la section *Assurance invalidité de longue durée* pour plus de détails à ce sujet.

Nous, notre et nos

Les termes *nous*, *notre* et *nos* font référence à La Great-West, compagnie d'assurance-vie.

Renseignements généraux

Période d'admissibilité pour l'assurance

Il n'y a pas de période d'admissibilité.

Entrée en vigueur de votre protection

Vous devez adhérer au régime pour pouvoir bénéficier de la protection. Votre employeur vous fournira le formulaire à remplir. Ce formulaire doit être dûment daté et signé.

Adhésion de l'employé

Si vous n'êtes pas effectivement au travail

Si vous n'êtes pas effectivement au travail à la date à laquelle votre protection entrerait normalement en vigueur, vous ne deviendrez couvert qu'au moment où vous serez effectivement au travail.

Si vous adhérez au régime avant la fin de la période d'admissibilité pour la protection

La protection entrera en vigueur le premier jour suivant la fin de la période d'admissibilité pour la protection, à condition que vous soyez alors effectivement au travail.

Si vous adhérez au régime après la fin de la période d'admissibilité pour la protection

Si vous adhérez au régime dans les 31 jours qui suivent la fin de la période d'admissibilité à la protection, celle-ci entrera en vigueur le jour qui suit la fin de la période d'admissibilité à la protection, à condition que vous soyez alors effectivement au travail.

Une preuve de bonne santé est exigée si vous adhérez au régime plus de 31 jours après la fin de la période d'admissibilité pour la protection. La protection entre en vigueur à la date à laquelle nous approuvons la preuve de bonne santé, à condition que vous soyez alors effectivement au travail.

Adhésion de l'employé au régime et demande de protection pour personnes à charge

Si vous adhérez au régime et demandez la protection avec personnes à charge avant la fin de la période d'admissibilité pour la protection

Les personnes à charge qui ne sont pas hospitalisées sont couvertes à compter de la date d'entrée en vigueur de votre protection.

Si vous adhérez au régime et demandez la protection avec personnes à charge après la fin de la période d'admissibilité pour la protection

Si vous adhérez au régime dans les 31 jours qui suivent la fin de la période d'admissibilité à la protection, la protection des personnes à votre charge qui ne sont pas hospitalisées débutera à la date d'entrée en vigueur de votre protection.

Une preuve de bonne santé est exigée si vous adhérez au régime plus de 31 jours après la fin de la période d'admissibilité pour la protection. La protection d'une personne à charge non hospitalisée débute à la date à laquelle nous approuvons la preuve de bonne santé présentée à son égard ou à la date d'entrée en vigueur de votre protection, selon la dernière éventualité.

Si une personne à charge est hospitalisée

Une personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée à la date à laquelle son assurance entrerait autrement en vigueur ne deviendra assurée qu'à la date de sa sortie de l'hôpital.

Les nouveau-nés bénéficient de la garantie de soins médicaux ou de la garantie de soins dentaires dès leur naissance ou à la date d'entrée en vigueur de votre assurance, selon la dernière éventualité.

Changements à signaler à votre employeur

Vous devez aviser immédiatement votre employeur des changements suivants :

- changements relatifs à l'assurance des personnes à charge;
- ajout ou retrait d'une personne à charge;
- changement de conjoint;
- changement relatif à votre assurance;
- changement de nom;
- changement de bénéficiaire;
- changement de vos renseignements bancaires (si les remboursements relatifs aux règlements sont versés directement dans votre compte bancaire).

Pour signaler ces changements, remplissez le formulaire approprié que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur. Vous devez dater et signer tous les formulaires que vous faites parvenir.

Toute modification à votre assurance prendra effet à la date des changements susmentionnés. Pour être admissible à une augmentation du capital assuré, vous devez être effectivement au travail.

Cessation de l'assurance

La présente section s'applique à toutes les garanties. Les autres modalités qui concernent une garantie en particulier ont été incluses dans la section traitant de cette garantie.

Cessation de votre assurance

Votre assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous ne répondez plus à la définition d'employé;
- la date à laquelle vous devenez membre des forces armées à temps plein.

Si vous êtes absent du travail par suite d'une mise à pied temporaire, votre assurance peut être maintenue en vigueur jusqu'au dernier jour du mois suivant la date à laquelle la mise à pied a commencé. L'assurance invalidité de courte durée et l'assurance invalidité de longue durée ne seront pas maintenues en vigueur.

Cessation de l'assurance des personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle votre assurance prend fin;

Examens médicaux et autopsies

Lorsque vous présentez une demande d'adhésion, nous pouvons vous demander de subir un examen médical auprès du médecin de notre choix, sous réserve de l'affection médicale ou du montant d'assurance demandé. Nous prenons à notre charge les frais relatifs à cet examen.

Vous devrez payer les frais d'examen si votre demande d'adhésion est présentée plus de 31 jours après la fin de la période d'admissibilité.

Lorsque vous présentez une demande de prestations, nous pouvons demander que la personne couverte subisse des examens médicaux. Ces examens sont effectués par le médecin de notre choix. Nous en assumons les frais. Aucune prestation ne sera versée si la personne couverte refuse de se soumettre à ces examens.

Il se peut que nous demandions une autopsie en cas de décès. Nous prendrons alors à notre charge les frais d'autopsie.

Droit de recouvrer d'une tierce partie

Si une autre personne ou une organisation est responsable d'une invalidité ou de problèmes médicaux ou dentaires, nous interrompons le versement des prestations et recouvrerons, comme la loi nous permet de le faire, les sommes versées à partir des dommages-intérêts que vous obtiendrez, par suite d'une ordonnance d'un tribunal ou d'un règlement à l'amiable, pour les pertes de revenus passées ou futures ou les problèmes médicaux ou dentaires. Nous nous réservons également le droit de recouvrer des prestations directement auprès de la personne ou de l'organisation responsable de l'invalidité ou des problèmes de santé. Vous devrez collaborer avec nous dans nos tentatives de recouvrement, y compris en participant à une action en justice. Vous devrez également nous aviser de toute poursuite juridique intentée ou de tout paiement reçu.

Contestabilité

Si une perte ou une invalidité survient dans les deux années suivant le début de la protection ou de la protection majorée, nous mettrons fin à la protection rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de la protection ou de la protection majorée si la personne couverte a fait de fausses déclarations ou n'a pas divulgué un renseignement pertinent sur le formulaire d'adhésion, sur le formulaire de preuve de bonne santé ou dans toute déclaration écrite.

Si une perte ou une invalidité survient deux ans ou plus suivant le début de la protection ou de la protection majorée, nous mettrons fin à la protection rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de la protection ou de la protection majorée si la personne couverte a, dans un but frauduleux, fait de fausses déclarations ou n'a pas divulgué un renseignement pertinent sur le formulaire d'adhésion, sur le formulaire de preuve de bonne santé ou dans toute déclaration écrite.

Nous pouvons mettre fin à la protection en tout temps si la personne couverte a fait une fausse déclaration à l'égard de son âge.

Votre garantie de soins médicaux

En quoi consiste votre garantie de soins médicaux

Nous payons les frais habituellement facturés pour les services et fournitures qui sont médicalement nécessaires pour traiter une maladie, une blessure ou les complications liées à une grossesse.

Nous payons uniquement ce qui suit :

- Le montant qui est habituellement facturé pour les services et fournitures dans la région où les frais sont engagés.
- Les services et fournitures qui sont habituellement nécessaires pour traiter une maladie, une blessure ou les complications liées à une grossesse et que l'Association médicale canadienne considère comme efficaces et appropriés selon les normes canadiennes de la santé.
- Les services et fournitures dont le paiement est légalement autorisé par l'État. Nous ne payons pas la portion des frais pour des soins, des services ou des fournitures à laquelle la personne assurée a droit ou pour laquelle la personne assurée a droit à une prestation ou à un remboursement aux termes de la loi ou d'un régime autorisé, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État ») sans égard à la protection en vertu du présent régime. En ce qui concerne la présente restriction, régime de l'État ne comprend pas un régime collectif à l'intention des employés de l'État.
- Les frais engagés pour des soins et des fournitures pendant que la personne est assurée.

Nous payons notamment les frais suivants : (Reportez-vous à la section *Étendue de vos garanties* pour plus de détails.)

- les médicaments;
- l'hospitalisation;
- chirurgie oculaire au laser, les examens de la vue, les verres correcteurs et les lentilles cornéennes;
- les fournitures et les services médicaux;
- les services paramédicaux;
- les soins médicaux recommandés par un médecin et ne pouvant être reçus qu'à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée;
- les soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de résidence;

Montant des prestations

Nous payons un pourcentage des frais médicaux admissibles, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans la description de la garantie. Avant que nous versions des prestations aux termes de cette garantie, vous devez payer la franchise, s'il y a lieu.

La franchise s'établit à 25 \$ par année civile, à moins d'indications contraires ci-après.

Voici un aperçu des frais que nous payons. Reportez-vous à la section *Étendue de vos garanties* pour plus de détails sur l'assurance.

En ce qui concerne les frais de médicaments achetés au Québec, 80 % des frais admissibles, après déduction de la franchise.

En ce qui concerne les frais de médicaments achetés à l'extérieur du Québec :

- médicaments achetés chez Costco Wholesale Canada Ltd. ou chez l'une de ses sociétés affiliées en utilisant la carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance, 90 % des frais admissibles, après déduction de la franchise.
- médicaments assujettis aux dispositions Gestion des dossiers médicaux ou Programme d'autorisation préalable et achetés auprès du fournisseur désigné par nous (que la personne utilise la carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance ou pas), 90 % des frais admissibles, après déduction de la franchise.
- médicaments achetés de toute autre source ou achetés sans utiliser la carte d'identité relative aux médicaments sur ordonnance, 80 % des frais admissibles, après déduction de la franchise.

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation 80 % de la différence entre le coût d'une salle commune et celui d'une chambre à deux lits dans un hôpital après déduction de la franchise.

En ce qui concerne les chirurgies oculaires au laser, les verres correcteurs et les lentilles cornéennes, 80 % des frais admissibles jusqu'à concurrence de 250 \$ et, pour les examens de la vue, 65 \$ par période de deux années civiles consécutives pour une personne couverte âgée de 21 ans ou plus et par année civile pour une personne couverte âgée de moins de 21 ans, après déduction de la franchise.

En ce qui concerne les soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays, 100 % des frais admissibles excédant ceux qui sont remboursés par le régime provincial d'assurance maladie de la personne assurée, sans franchise.

En ce qui concerne tous les autres frais, 80 % après déduction de la franchise.

Cessation de votre garantie de soins médicaux

Reportez-vous à la rubrique *Cessation de votre assurance* dans la section *Renseignements généraux* pour connaître les autres conditions qui s'appliquent lorsque votre assurance prend fin.

Prestations pour vos survivants

Si vous décédez, les personnes à votre charge peuvent continuer à bénéficier de la garantie de soins médicaux jusqu'au remariage de votre conjoint ou jusqu'au deuxième anniversaire de votre décès, selon la première éventualité.

Si la personne assurée est totalement invalide lorsque votre emploi prend fin

Nous maintiendrons en vigueur votre assurance ou celle de la personne à votre charge qui est totalement invalide à la date à laquelle l'assurance prendrait normalement fin par suite de votre cessation d'emploi. Nous continuerons de payer les frais admissibles durant un maximum de 90 jours, pourvu que ces frais découlent de l'invalidité totale et que le contrat soit toujours en vigueur.

À l'égard de la garantie de soins médicaux, vous êtes reconnu comme totalement invalide si vous êtes incapable d'accomplir auprès de tout employeur les tâches essentielles de tout emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié compte tenu de votre scolarité, de votre formation ou de votre expérience.

À l'égard de la garantie de soins médicaux, une personne à charge est reconnue comme totalement invalide lorsqu'elle

- est incapable d'exercer les activités normales d'une personne du même âge et du même sexe; et
- est soignée par un médecin, en raison d'une blessure ou d'une maladie.

Étendue de vos garanties

Médicaments

Le contrat d'assurance prévoit le paiement des médicaments qui requièrent une ordonnance et sont prescrits par une personne autorisée à les prescrire en vertu de la loi, et délivrés par une personne autorisée à les délivrer en vertu de la loi. Seuls les médicaments admissibles portant un numéro DIN et dont la vente au grand public a été autorisée par le gouvernement canadien sont payés. Les médicaments expérimentaux sont exclus. Au titre du contrat, certains médicaments disponibles sans ordonnance sont également remboursés si la vie de la personne assurée en dépend, ainsi que les aiguilles et les seringues jetables, les lancettes et le matériel chimique pour le contrôle du diabète.

Le contrat prévoit le paiement d'une provision de médicaments curatifs pour une durée de 100 jours.

La personne assurée peut acheter ses médicaments admissibles à l'aide de la carte de remboursement direct de médicaments. Lorsque la carte de remboursement direct de médicaments est utilisée, nous (ou notre représentant autorisé) avons le droit de communiquer aux pharmaciens et aux médecins des renseignements en vue de la sécurité de la personne assurée. Ni nous ni notre représentant autorisé ne sommes légalement responsables du contenu de ces renseignements.

Lorsque la carte Médicaments tiers payant est utilisée, nous (ou notre représentant autorisé) avons le droit de communiquer aux pharmaciens et aux médecins des renseignements en vue de la sécurité de la personne assurée. Ni nous ni notre représentant autorisé ne sommes légalement responsables du contenu de ces renseignements.

Vous êtes responsable du paiement de tous les frais au moment où vous les engagez. Nous vous remboursons les frais à la première des dates suivantes : i) 30 jours suivant la date d'achat des médicaments ou ii) la date à laquelle les frais de médicaments admissibles atteignent 75 \$ ou plus.

Il peut arriver qu'un médecin, un dentiste, une clinique, un hôpital ou certaines cliniques ne soient pas en mesure de traiter une demande de remboursement avec la carte de la personne assurée. Vous pourrez alors demander le remboursement des frais de médicaments admissibles en remplissant un formulaire de demande de règlement et en y joignant les reçus. Le numéro d'ordonnance et le nom ou numéro DIN du médicament doivent figurer sur tout reçu présenté.

En cas de perte ou de vol de la carte Médicaments tiers payant, l'employé doit aviser immédiatement son employeur.

Nous ne payons pas les articles suivants :

- l'alcool à friction;
- les pansements;
- les contraceptifs autres que les médicaments contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif qui ne sont pas utilisés à des fins de contraception
- médicaments utilisés à des fins d'avortement.
- les produits cosmétiques;
- les lotions capillaires;
- les écrans solaires;
- la ouate;
- les vitamines (sauf sous forme d'injection), minéraux et suppléments alimentaires;
- les substituts alimentaires, les aliments pour bébés ou les préparations pour nourrissons;
- les désinfectants;
- les inducteurs de l'ovulation;
- les produits homéopathiques;
- les traitements d'immunisation et les vaccins;
- les injecteurs d'insuline non jetables;
- les produits favorisant la désaccoutumance du tabac;
- les dispositifs à ressorts pour la rétention de lancettes,
- les produits pour la perte de poids.

Hospitalisation

Nous payons la différence entre le coût d'une salle commune et celui d'une chambre à deux lits dans un hôpital. Nous ne payons toutefois pas les frais de location de chambre pour un patient traité en clinique externe. L'hospitalisation doit être nécessaire en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une grossesse.

Un hôpital est un établissement légalement autorisé à prodiguer des traitements actifs, des soins de convalescence ou des soins chroniques à des personnes blessées ou malades. Ce terme n'englobe pas les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les maisons de repos ou tout autre établissement prodiguant des soins similaires.

Chirurgie oculaire au laser, examens de la vue, verres correcteurs et lentilles cornéennes

Nous payons le coût de la chirurgie oculaire au laser, des lentilles cornéennes ou des verres correcteurs, y compris les lunettes de soleil et les lunettes de sécurité, pourvu qu'ils soient prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste dans le but de corriger la vue. Nous payons jusqu'à concurrence du maximum stipulé dans la section *Montant des prestations*.

Nous payons les frais d'un examen de la vue (y compris les réfractions oculaires) :

- une fois par année civile si la personne couverte est âgée de moins de 21 ans, ou
- une fois par période de deux années civiles si la personne couverte est âgée de 21 ans ou plus.

Nous payons 50 % des frais relatifs aux soins suivants :

- entraînement visuel,
- exercices thérapeutiques.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, assurez-vous que le reçu joint indique le nom de la personne à qui les verres correcteurs ou les lentilles cornéennes ont été prescrits, ainsi que la date à laquelle elle les a reçus. Nous ne pouvons pas accepter les reçus ayant trait à des dépôts. Si vous avez obtenu un reçu pour un dépôt, envoyez-le avec le reçu confirmant le règlement du solde des frais lorsque vous présenterez une demande de règlement.

Réduction offerte par le Service d'optique PVS Inc.

Le programme PVS est un service que la Great-West fournit à ses clients par l'entremise du réseau de fournisseurs privilégiés PVS.

Le programme PVS vous permet de réaliser des économies sur un vaste éventail de produits d'optique de qualité et les ajouts (traitement contre les rayures, coût pour teinter le verre) relatifs aux soins de la vue, et ce, lorsque vous faites appel à un opticien ou à un optométriste membre du réseau PVS. Vous pouvez obtenir une réduction du coût de la chirurgie oculaire au laser au sein du réseau PVS.

Le programme PVS vous permet d'obtenir une réduction du coût des appareils auditifs (piles, raccords et embouts auriculaires) lorsque vous achetez ces articles chez un fournisseur du réseau PVS.

Vous et vos personnes à charge admissibles avez la possibilité d'utiliser le réseau PVS autant de fois que vous le désirez.

Pour profiter des services PVS, il vous suffit de procéder comme suit :

- Afin d'obtenir des renseignements sur le réseau PVS et sur le fonctionnement du programme, utilisez la **ligne téléphonique de renseignements PVS** en composant le **1 800 668-6444** ou visitez le site Web du réseau à l'adresse **www.pvs.ca**.
- Prenez un rendez-vous pour un essai, un examen de la vue, une évaluation audiologique ou un test auditif, au besoin.
- Lorsque vient le temps de régler l'achat des produits d'optique ou d'un appareil auditif ou lors de la consultation initiale pour la chirurgie oculaire au laser, présentez la carte d'identité de votre régime d'avantages sociaux afin de confirmer que vous êtes bénéficiaire des services PVS par l'entremise de la Great-West.
- Payez les tarifs réduits PVS. Si vous bénéficiez de la garantie pour soins de la vue ou pour les appareils auditifs à l'égard des produits et services en cause, demandez un reçu et soumettez-le à votre assureur accompagné d'un formulaire d'indemnisation comme vous le faites habituellement.

Fournitures et services médicaux

Nous payons les fournitures et les services médicaux suivants, pourvu qu'ils soient prescrits par un médecin :

- Services fournis par un infirmier professionnel. Nous devons approuver au préalable le recours à ce service. Les soins infirmiers doivent être prodigués à la résidence de la personne assurée par un infirmier professionnel qui ne demeure habituellement pas avec la personne assurée, n'a pas de lien de parenté avec elle et ne fait pas partie de sa famille immédiate.

Nous paierons un maximum de 10 000 \$ par année civile pour des soins infirmiers jusqu'à ce que la personne assurée atteigne l'âge de 65 ans. Lorsque la personne assurée aura atteint cet âge, elle recevra 10 000 \$ par année civile, jusqu'à un maximum viager de 25 000 \$. Ce maximum viager s'appliquera à compter du premier jour de l'année civile qui suivra le 65^e anniversaire de naissance de la personne assurée. Toutefois, si l'anniversaire de naissance de la personne assurée tombe le 1^{er} janvier, le maximum de 25 000 \$ s'appliquera à compter du 65^e anniversaire de naissance.

Nous ne payons pas les services d'un infirmier professionnel si les services qu'ils dispensent ne sont pas des services spécialisés qu'eux seuls peuvent offrir. Nous ne payons pas non plus les services d'un infirmier professionnel reçus dans une maison de santé, une maison de repos, une résidence pour personnes âgées, un hôpital ou tout établissement prodiguant des soins de ce type.

Par infirmier professionnel, on entend un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé.

- Les frais relatifs à des services et à des fournitures obtenus en clinique externe d'un hôpital situé dans votre province de résidence ou obtenus d'une entreprise de fournitures chirurgicales.

- Les marchettes, les orthèses, les membres et les yeux artificiels, de même que toute autre prothèse que nous approuvons. Comme le coût de ces articles varie beaucoup, il est préférable que l'employé communique avec nous avant d'acheter l'appareil. Nous demanderons à l'employé de nous fournir par écrit les renseignements requis pour déterminer la portion des frais payée par l'assurance, d'après l'article le moins cher parmi ceux qui sont médicalement adéquats. Lorsque nous aurons obtenu ces renseignements, nous aviserons l'employé du montant admissible au titre de l'assurance.
- Les béquilles et les cannes.
- La première monture et les premiers verres correcteurs, les premières lentilles cornéennes ou les premiers implants cristallins prescrits après une chirurgie de la cataracte et seulement pour l'œil qui a été opéré. Nous payons ces frais une seule fois par œil, la vie durant de la personne assurée.
- Une prothèse mammaire à la suite d'une mastectomie, incluant le remplacement de la prothèse une fois par période de deux années civiles, de même que deux soutiens-gorge postopératoires par année civile.
- L'oxygène.

- Les chaussures orthopédiques sur mesure prescrites par un médecin, un podiatre ou un podologue, mais seulement lorsque de telles chaussures sont nécessaires parce qu'aucune autre méthode, comme des orthèses ou des chaussures orthopédiques ordinaires, ne peut corriger le problème. Nous payons une paire de chaussures par année civile. Les modifications de chaussures ne sont pas assurées.
- Les orthèses du pied prescrites par un médecin, un podiatre ou un podologue, jusqu'à concurrence de deux paires par période de deux années civiles pour un enfant à charge assuré âgé de moins de 19 ans et d'une paire par année civile pour toute autre personne assurée. Elles doivent avoir été déterminées comme médicalement nécessaires lors d'un examen biomécanique et être fabriquées sur mesure. La personne pour qui ces orthèses sont fabriquées doit en avoir besoin pour vaquer à ses occupations quotidiennes et non seulement pour pratiquer un sport ou des activités de loisirs. Un maximum de 300\$ par période de deux années civiles.
- Deux paires de bas élastiques par année civile.
- Les perruques nécessaires à la suite de traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence de 100 \$ la vie durant, et les perruques nécessaires en cas d'alopécie totale, maladie qui provoque la chute complète des cheveux, jusqu'à concurrence de 250 \$ la vie durant de la personne assurée.
- Certains tests servant à établir un diagnostic, les traitements de radiumthérapie et les radiographies effectués dans la province de résidence de la personne assurée lorsque le régime provincial ne prévoit pas de remboursement à ce titre.
- Les services offerts par un orthophoniste. L'orthophoniste doit être autorisé à pratiquer sa profession dans la province où les soins sont prodigués et ne peut être une personne demeurant habituellement avec la personne assurée, ayant des liens de parenté avec elle, ou faisant partie de sa famille immédiate. Nous payons un maximum de 1 000 \$ par année civile pour chaque personne assurée..

- Les services offerts par un psychologue clinicien. Le psychologue doit être autorisé à pratiquer sa profession dans la province où les soins sont prodigués et ne peut être une personne demeurant habituellement avec la personne assurée, ayant des liens de parenté avec elle, ou faisant partie de sa famille immédiate. Nous payons un maximum de 1 000 \$ par année civile pour chaque personne assurée.
- Les appareils auditifs, y compris les réparations, mais excluant les piles. Nous payons un maximum de 500 \$ par période de quatre années civiles consécutives.
- Les frais de location d'un fauteuil roulant, d'un lit d'hôpital et d'autres appareils thérapeutiques à usage temporaire que nous autorisons. Nous pouvons décider de payer pour l'achat de ces appareils si nous jugeons que l'achat est plus économique que la location. Nous devons cependant préalablement approuver l'achat. Nous payons l'appareil le moins cher parmi ceux qui sont médicalement adéquats.

Vous trouverez ci-dessous une liste d'articles que nous acceptons de payer s'ils sont prescrits par un médecin et si nous les approuvons :

- aérosol-doseur avec tube d'espacement;
- moniteur d'apnée;
- plâtres;
- fournitures pour stomisés;
- compresseurs;
- glucomètres;
- barres d'appui;
- détecteurs Moses;
- nébuliseurs pour l'administration de médicaments aux asthmatiques;
- matériel d'administration d'oxygène;
- appareils de neurostimulation transcutanée (en cas de douleurs chroniques).

Vous trouverez ci-dessous une liste d'articles que nous ne payons pas même s'ils sont prescrits par un médecin :

- climatiseurs et purificateurs d'air;
- trousse de mesure de la tension artérielle;
- pompes tire-lait;
- lits de type Craftmatic, Ultramatic ou autres lits visant à améliorer le style de vie;
- appareils ou programmes de conditionnement physique;
- modifications apportées à la maison ou à l'automobile (par exemple, rampe ou ascenseur);
- humidificateurs;
- matelas (sauf le matelas habituel fourni avec un lit d'hôpital approuvé);
- oreillers orthopédiques ou Obus Forme.

Services ambulanciers

Nous payons le coût des services ambulanciers autorisés ou d'autres services d'urgence nécessaires au transport de la personne assurée au plus proche hôpital, et du plus proche hôpital, habilité à prodiguer les soins requis. Le transfert d'un hôpital à un autre est également payé. De plus, nous payons les frais de transport d'une personne qui accompagne la personne assurée à l'hôpital si cette dernière n'est pas transportée dans une ambulance autorisée, lorsque cela est médicalement nécessaire.

Soins dentaires en cas d'accident

Nous payons les soins dentaires visant à réparer ou à remplacer des dents saines et naturelles endommagées par un coup accidentel à la bouche survenu pendant que la personne était assurée au titre du présent contrat. Les dommages causés par de la nourriture ou des objets mis dans la bouche ne sont pas assurés.

Nous payons les traitements les moins chers parmi ceux qui sont adéquats pour la réparation des dommages causés. Les frais maximums remboursés par l'assurance se limitent aux frais indiqués dans le tarif des actes buccodentaires des chirurgiens dentistes alors en vigueur. Les soins doivent être donnés en entier dans les 12 mois suivant l'accident. S'il est prévu que les soins commenceront plus de 90 jours après l'accident, un plan de traitement devra nous être soumis avant la fin de cette période de 90 jours.

Les traitements orthodontiques doivent viser à replacer des dents déplacées sous l'impact du choc de l'accident ou à maintenir en place des dents endommagées pour assurer leur stabilité. L'assurance ne rembourse pas le coût des traitements visant à corriger un état préexistant comme l'occlusion croisée, le réalignement d'une dent en rotation, la fermeture d'espaces ou le redressement d'une dent. La pose d'implants et la chirurgie prévoyant des implants ne sont pas admissibles.

Services paramédicaux

Nous payons un maximum de 500 \$ par année civile pour les services rendus par chacun des spécialistes suivants :

- acupuncteurs;
- podiatres;
- chiropraticiens;
- massothérapeutes;
- naturopathes;
- ostéopathes;
- physiothérapeutes.

Les frais admissibles pour les services d'un orthophoniste ou d'un psychologue clinicien sont payés au titre de la garantie de soins médicaux. Veuillez vous reporter à la rubrique *Fournitures et services médicaux* pour de plus amples renseignements.

Nous payons les honoraires habituels pour chaque traitement, jusqu'à concurrence des honoraires maximaux indiqués dans le barème des honoraires des praticiens paramédicaux visés. S'il n'y a pas de barème des honoraires, nous fixons le montant des honoraires remboursés pour le service rendu.

Nous payons les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies recommandées par un chiropraticien, un ostéopathe ou un podiatre autorisés.

Là où la loi l'exige, le praticien paramédical doit être autorisé à pratiquer sa profession dans la province où les soins sont prodigués et ne peut être une personne demeurant habituellement avec la personne assurée, ayant des liens de parenté avec elle, ou faisant partie de sa famille immédiate.

Autres soins ou fournitures

Nous pouvons, selon les modalités que nous déterminons, couvrir des soins, des services ou des fournitures qui ne sont pas couverts aux termes du présent régime à condition qu'ils représentent un traitement raisonnable.

Recommandations pour soins médicaux à l'extérieur de la province de résidence de la personne assurée

Si un médecin autorisé à pratiquer dans la province de résidence de la personne assurée recommande par écrit que cette dernière reçoive un traitement médical qui n'est pas offert dans cette province, nous couvrons le coût du traitement selon les modalités indiquées ci-après, pourvu qu'il soit donné au Canada ou aux États-Unis.

Le médecin doit nous fournir tous les détails sur le traitement et nous devons préalablement l'approuver. La personne assurée doit d'abord adresser une demande à la Régie de l'assurance maladie de sa province afin de connaître les frais qu'elle consent à payer et nous transmettre ensuite la réponse de la Régie.

Nous payons un maximum de 10 000 \$ à l'égard des frais suivants :

- les frais de séjour dans un hôpital, au taux d'une salle commune;
- le coût des services hospitaliers et des fournitures;
- les honoraires des médecins à l'égard des diagnostics et des traitements.

Soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de résidence

La personne assurée doit être admissible à un régime d'assurance maladie provincial canadien pour pouvoir bénéficier de la garantie de soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de résidence ou du programme d'assistance aux voyageurs.

Nous payons les frais liés à un traitement d'urgence, décrits ci-dessous, requis pendant que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence (y compris à l'extérieur du Canada) pour affaires ou en vacances. Nous ne remboursons pas ces frais si le voyage est effectué pour des raisons de santé. Le terme *urgence* désigne une maladie ou une blessure soudaine et inattendue pour laquelle la personne assurée a besoin de soins immédiats. Nous rembourserons les frais liés à un traitement d'urgence reçu par toute personne assurée au titre de la garantie de soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de résidence, jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$. Une fois les soins d'urgence prodigués, les frais engagés pour le suivi médical de la même affection ne sont pas admissibles.

Si vous êtes approuvé pour un congé autorisé, l'assurance ne couvre que les 30 premiers jours d'un voyage et nous paierons jusqu'à 10 000 \$ par année pour chaque personne assurée. Cette limitation ne s'applique pas à la garantie de soins d'urgence reçus au Canada.

Voyage à l'extérieur du Canada alors que la personne assurée est enceinte : Nous ne payons pas les soins liés à la grossesse qui sont prodigués à l'extérieur du Canada dans les neuf semaines précédant la date prévue de l'accouchement. Les frais liés à la naissance d'un enfant à l'extérieur du Canada ne sont pas payés si la naissance survient au cours des neuf semaines précédant la date prévue de l'accouchement, ou après cette date.

Dans la présente section portant sur les soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays, le terme *hôpital* désigne un établissement légalement autorisé à prodiguer des soins d'urgence à des personnes blessées ou malades. L'hôpital doit posséder l'équipement permettant de poser des diagnostics et d'effectuer des traitements. De plus, l'établissement doit avoir des médecins et des infirmiers autorisés, de service 24 heures sur 24. Ce terme n'englobe pas les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les maisons de repos ou tout autre établissement prodiguant des soins similaires.

Nous payons la totalité de la différence entre les frais remboursés par le régime d'assurance maladie provincial de la personne assurée et le coût réel des soins d'urgence. Nous payons notamment les frais suivants :

- les frais de séjour dans un hôpital, au taux d'une salle commune;
- le coût des services hospitaliers et des fournitures;
- les honoraires de médecins autorisés à l'égard des traitements.

Dans une situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province ou du pays, les autres frais inclus dans la garantie de soins médicaux au titre du contrat sont payés selon les mêmes conditions qu'au Canada. Les frais admissibles comprennent notamment la location d'un fauteuil roulant, les béquilles et les médicaments sur ordonnance.

Advenant une urgence médicale, vous, ou une autre personne qui agit en votre nom, devez communiquer avec le Centre d'assistance aux voyageurs avant de chercher à obtenir un traitement médical. S'il ne vous est pas possible de communiquer avec le Centre d'assistance aux voyageurs avant de chercher à obtenir un traitement médical en raison de la nature de l'urgence médicale, vous devez communiquer avec le Centre d'assistance aux voyageurs dès qu'il vous est possible de le faire. Le défaut de se conformer à cette exigence entraînera une réduction des prestations pour hospitalisation équivalant à 40 % des frais admissibles. Tous les coûts liés à une telle urgence seront limités au plafond prévu au titre de votre garantie de soins d'urgence et d'assistance aux voyageurs ou à 25 000 \$, selon le moindre de ces montants.

Si vous, ou les personnes à votre charge, refusez de vous conformer à une recommandation du médecin ou du fournisseur d'assistance aux voyageurs selon laquelle vous, ou les personnes à votre charge, devriez être transporté dans un autre établissement, les frais admissibles au titre des garanties de soins d'urgence et d'assistance aux voyageurs seront réduits de 40 % des frais admissibles, dans le cas d'une hospitalisation, et tous les coûts liés à une telle urgence seront limités au plafond prévu au titre de votre garantie de soins d'urgence et d'assistance aux voyageurs ou à 25 000 \$, selon le moindre de ces montants.

Les garanties de soins d'urgence et d'assistance aux voyageurs prendront fin si vous, ou les personnes à votre charge, refusez de vous conformer à une recommandation du médecin ou du fournisseur d'assistance aux voyageurs selon laquelle vous, ou les personnes à votre charge, devrez retourner dans votre province de résidence.

Exclusions au titre de la garantie de soins d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays de résidence

Nous ne remboursons pas les coûts, liés directement ou indirectement à ce qui suit :

- a) accident survenant pendant que la personne assurée conduit un véhicule terrestre, un véhicule marin ou un aéronef, si :
 - i) ses facultés sont affaiblies par l'alcool ou la drogue, ou
 - ii) que l'alcoolémie dans son sang dépasse 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.
- b) usage abusif de substances illicites.

Veuillez vous reporter à la section Exclusions au titre de toute assurance de soins médicaux pour prendre connaissance des autres conditions applicables à l'assurance des soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays, ainsi qu'aux autres garanties d'assurance de soins médicaux.

Soumission des demandes de règlement pour soins reçus à l'extérieur de votre province ou de votre pays

Des règles particulières s'appliquent en ce qui a trait au règlement des soins d'urgence reçus à l'extérieur de votre province de résidence ou du Canada.

En ce qui concerne les frais médicaux, remplissez les formulaires applicables dûment remplis. Joignez-y vos reçus originaux et faites parvenir le tout à la Great-West une fois que les frais ont été engagés. La Great-West sera ainsi en mesure de coordonner le paiement des frais engagés directement avec l'hôpital ou avec le médecin. De plus, la Great-West pourra, avec votre approbation, coordonner le paiement avec votre régime provincial d'assurance maladie. Il est important que vous acheminiez vos réclamations au Service des indemnités, Frais engagés à l'étranger de la Great-West dans les plus brefs délais puisque votre régime provincial d'assurance maladie a des restrictions sévères pour le délai de réclamation.

Si un médecin ou un hôpital vous envoie directement la facture, vous devez joindre cette facture au formulaire que vous envoyez au Service des indemnités, Frais engagés à l'étranger de la Great-West.

Exclusions au titre de toute assurance de soins médicaux

Nous pouvons refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par nous.

Nous pouvons limiter les frais couverts pour des soins, un service ou une fourniture au coût de soins, d'un service ou d'une fourniture moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Nous ne payons pas les frais suivants :

- soins, services ou fournitures reliés à des soins, services ou fournitures déjà couverts, sauf s'ils figurent expressément dans la liste des soins, services et fournitures couverts ou s'ils sont désignés par nous comme étant des soins, services et fournitures couverts;
- services et fournitures auxquels la personne assurée serait admissible en vertu de la loi sur les accidents du travail de sa province de résidence;
- services ou fournitures requis en raison d'une blessure que la personne assurée s'est infligée elle-même;
- services ou fournitures requis en raison d'une guerre, d'une rébellion ou d'hostilités de tous genres, que la personne assurée y participe ou non;
- services et fournitures requis par suite d'une émeute ou de troubles civils auxquels la personne assurée a participé;
- services ou fournitures requis en raison d'un acte criminel que la personne assurée commet ou d'une agression qu'elle provoque;
- services requis par un tribunal, l'employeur de la personne assurée, une école ou toute personne autre que le médecin de la personne assurée (par exemple, si son employeur exige un certificat médical ou si un tribunal ordonne qu'elle reçoive des soins psychologiques);
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou à titre de malade hospitalisé;

Programme d'autorisation préalable

Afin de déterminer si certains soins, fournitures ou services sont couverts, la Great-West conserve une liste limitée de soins, fournitures et services qui nécessitent une autorisation préalable.

La liste de ces soins, fournitures et services, y compris une liste des médicaments pour lesquels une autorisation préalable est requise, est disponible sur le site internet de la Great-West :

http://www.lagreatwest.com/001/Service_a_la_clientele/Participants_d_e_regimes_collectifs/Formulaires/Formulaires_d_autorisation_prealable/index.htm

L'autorisation préalable permet de vérifier si des soins, une fourniture ou un service donné constituent un traitement raisonnable.

Si l'utilisation de soins, d'une fourniture ou d'un service moins chers représente un traitement raisonnable, la Great-West pourrait, avant d'accepter de couvrir les soins, la fourniture ou le service prescrit, exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous fournissiez une preuve clinique justifiant le fait que les soins, la fourniture ou le service le moins chers ne peuvent pas remplacer les soins, la fourniture ou le service prescrits.

Gestion des dossiers médicaux

Si vous ou l'une de vos personnes à charge présente une demande relativement au programme d'autorisation préalable, la Great-West pourrait vous contacter afin de participer au programme de gestion des dossiers médicaux. La gestion des dossiers médicaux est un programme recommandé ou approuvé par la Great-West; elle peut notamment inclure ce qui suit :

- un entretien avec vous ou votre personne à charge et le médecin traitant afin de comprendre le plan de traitement recommandé par ce dernier;
- en collaboration avec le médecin traitant, la comparaison entre le plan de traitement recommandé et les autres possibilités qui pourraient constituer un traitement raisonnable, le cas échéant;
- le signalement d'occasions d'information et de soutien au médecin traitant; et
- la surveillance quant à votre adhésion ou celle de votre personne à charge au plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Lors du processus de détermination relatif à la mise en place de la gestion des dossiers médicaux, la Great-West pourrait tenir compte de facteurs tels que le soin, le service ou la fourniture, l'état de santé de la personne et l'existence de protocoles généralement reconnus servant à mesurer de façon objective l'efficacité du plan de traitement recommandé par le médecin traitant.

Restrictions relatives à la gestion des dossiers médicaux

La Great-West peut, selon les modalités et conditions qu'elle juge appropriées, limiter le remboursement des soins, d'un service ou d'une fourniture dans l'une des situations suivantes :

- vous ou votre personne à charge refusez de participer à un programme de gestion des dossiers médicaux mis en place par la Great-West ou n'y participez pas de bonne foi; ou
- vous ou votre personne à charge ne vous êtes pas conformée au plan de traitement recommandé par le médecin traitant relativement à l'usage des soins, du service ou de la fourniture.

Frais relatifs à la gestion des dossiers médicaux

La Great-West peut, à sa discrétion, supporter les frais liés à la gestion des dossiers médicaux. Tous les frais dont le paiement est demandé aux termes de la présente disposition doivent avoir été autorisés au préalable par la Great-West.

Restrictions relatives aux fournisseurs désignés

Pour les soins, services ou fournitures qui requièrent une autorisation préalable ou à l'égard desquels nous avons recommandé ou approuvé la Gestion des dossiers médicaux, nous pouvons exiger que les soins, services ou fournitures en question soient obtenus auprès d'un fournisseur désigné par nous ou administrés par celui-ci, et :

- limiter les frais couverts à l'égard de soins, de services ou de fournitures n'ayant pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par nous ou administrés par celui-ci au montant qu'il en aurait coûté s'ils avaient été obtenus auprès du fournisseur désigné par nous ou administrés par celui-ci; ou
- refuser une demande de règlement visant des soins, des services ou des fournitures qui n'ont pas été obtenus auprès d'un fournisseur désigné par nous ou qui n'ont pas été administrés par celui-ci.

Programme d'aide aux patients

Un programme d'aide aux patients est un programme qui vous offre, à vous et à vos personnes à charge, un soutien financier, éducatif ou autre à l'égard de certains soins, services et fournitures.

Si vous ou vos personnes à charges êtes admissibles à un programme d'aide aux patients, la Great-West peut exiger de vous ou de vos personnes à charge que vous vous inscriviez et participiez à un tel programme. Lorsque le programme d'aide auquel la Great-West exige que vous ou vos personnes à charge participiez offre un soutien d'ordre financier, la Great-West peut également réduire du montant des frais couverts jusqu'à concurrence du montant d'assistance financière auquel vous ou vos personnes à charge êtes admissibles pour des soins, un service ou une fourniture.

Coordination des prestations avec le régime de votre conjoint

La coordination des prestations avec celles prévues par le régime de votre conjoint est l'un des avantages qu'offre votre contrat collectif. Cette disposition peut vous permettre d'obtenir le remboursement intégral des frais médicaux engagés. Deux conditions doivent toutefois être remplies. Premièrement, vous devez avoir souscrit l'assurance avec personnes à charge qui englobe la garantie de soins médicaux et avoir un conjoint ou des enfants admissibles. Deuxièmement, votre conjoint doit avoir le même genre de protection chez son employeur.

Voici comment procéder :

Remboursement des frais engagés pour vous-même

Si les frais ont été engagés pour vous-même, c'est à nous que vous devez d'abord présenter votre demande de règlement. Nous paierons la partie des frais qui est assurée et vous enverrons un relevé explicatif des prestations versées. Votre conjoint pourra alors envoyer à son assureur un formulaire de demande de règlement, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus pour demander le remboursement de la partie non assurée des frais.

Remboursement des frais engagés pour votre conjoint

Si les frais ont été engagés pour votre conjoint, présentez la demande de règlement à son assureur en premier. Celui-ci paiera la partie des frais qui est assurée et enverra à votre conjoint un relevé explicatif des prestations versées. Vous pourrez alors nous envoyer un formulaire de demande de règlement, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus pour demander le remboursement de la partie non assurée des frais.

Remboursement des frais engagés pour votre enfant

Le remboursement des frais engagés pour votre enfant doit d'abord être demandé aux termes du régime du parent dont l'anniversaire de naissance (mois et jour) tombe en premier au cours de l'année civile. Par exemple, si votre anniversaire de naissance survient le 19 mai et que celui de votre conjoint survient le 11 juin, le remboursement des frais de votre enfant doit d'abord être demandé à votre assureur. Par la suite, votre conjoint pourra présenter à son assureur un formulaire de demande de règlement pour la partie non assurée des frais, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus.

Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de règlement relatives aux frais engagés pour votre enfant doivent être coordonnées selon les lignes directrices sur la coordination des prestations en vigueur dans l'industrie.

Présentation d'une demande de règlement

Les demandes de règlement de médicaments sur ordonnance, soins paramédicaux et soins oculaires peuvent être présentées en ligne. Afin d'utiliser ce service électronique, vous devez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

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

Concernant les demandes de règlement non présentées en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez un exemplaire du formulaire auprès de votre employeur. Remplissez-le en prenant soin de donner tous les renseignements demandés

Assurez-vous que les renseignements suivants figurent sur vos reçus :

- le nom de la personne qui a reçu les soins ou les fournitures;
- la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été reçus;
- le type de services ou de fournitures;
- le coût.

Votre garantie de soins dentaires

En quoi consiste votre garantie de soins dentaires

La garantie de soins dentaires prévoit le paiement des frais admissibles engagés en cours de garantie pour des soins dentaires prodigués par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire indépendant autorisé, un anesthésiste ou un spécialiste autorisés. Lorsqu'il est utilisé dans la présente garantie, le terme *dentiste* englobe tous les praticiens mentionnés ci-dessus.

Montant des prestations

Le montant versé est établi d'après le tarif courant du barème des honoraires de l'Association dentaire à l'intention des praticiens généralistes ou du barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires.

Nous payons le traitement le moins cher parmi ceux que le dentiste pourrait appliquer pour traiter ou prévenir le problème dentaire. Si le coût du traitement reçu est supérieur à celui du traitement le moins cher, nous ne paierons que les frais du traitement le moins cher.

Nous payons un pourcentage des frais dentaires admissibles, jusqu'à concurrence des montants indiqués dans la description de la garantie. Avant que nous versions des prestations aux termes de cette garantie, vous devez acquitter la franchise, s'il y a lieu.

Il n'y a aucune franchise à payer à l'égard des frais dentaires admissibles.

Voici un aperçu des frais que nous payons. Reportez-vous à la section *Étendue de vos garanties* pour plus de détails sur l'assurance.

Soins préventifs

100 % des coûts couverts pour soins préventifs sans franchise.

Soins d'entretiens

100 % des coûts couverts pour soins d'entretiens sans franchise.

Le montant maximum payable combiné pour les soins préventifs et d'entretiens est illimité.

Soins préventifs

100 % des frais admissibles pour les soins préventifs sans franchise.

Soins d'entretien

100 % des frais admissibles pour les soins d'entretien sans franchise.

Le montant maximal que nous payons pour l'ensemble des soins préventifs et d'entretien admissibles s'établit à illimité par personne assurée, par année civile.

Soins de restauration majeure

50 % des frais admissibles pour les soins de restauration majeure sans franchise. Le montant maximum que nous payons est fixé à 1 000 \$ par personne couverte, par année civile.

Soins orthodontiques

50 % des frais admissibles pour les soins orthodontiques, sans franchise. Nous payons un maximum viager de 3 000 \$ par personne assurée.

Restriction

Si vous adhérez au régime plus de 31 jours après la fin de la période d'admissibilité pour la protection, le plafond fixé pour le remboursement des frais engagés, au cours des 12 premiers mois de la garantie, est de 250 \$. La protection offerte au titre de la présente clause de la garantie de soins dentaires entrera pleinement en vigueur après une période de 12 mois.

Si vous présentez une demande de protection pour personnes à charge plus de 31 jours après la fin de la période d'admissibilité pour la protection ou plus de 31 jours après avoir demandé la protection pour une personne à charge pour la première fois, le plafond fixé pour le remboursement des frais engagés pour chaque personne à charge, au cours des 12 premiers mois de la garantie, est de 250 \$. La protection offerte au titre de la présente clause de la garantie de soins dentaires entrera pleinement en vigueur après une période de 12 mois.

Pour de plus amples renseignements à l'égard de la période d'admissibilité pour la protection et des modalités d'adhésion, veuillez consulter la section *Renseignements généraux*.

Cessation de votre garantie de soins dentaires

Reportez-vous à la rubrique *Cessation de votre protection* dans la section *Renseignements généraux* pour connaître les autres conditions qui s'appliquent lorsque votre protection prend fin.

Prestations pour les survivants à votre charge

Si vous décédez, les personnes à votre charge peuvent continuer à bénéficier de la garantie de soins dentaires jusqu'au remariage de votre conjoint ou jusqu'au deuxième anniversaire de votre décès, selon la première éventualité.

Traitements dont le coût dépasse 500 \$

S'il est prévu que le coût d'un traitement dépassera 500 \$, nous vous recommandons de nous faire parvenir un plan de traitement avant le début des traitements. Un plan de traitement est un rapport dans lequel le dentiste décrit les traitements suggérés et le coût de chacun. Après examen du rapport, nous vous informerons du montant des frais remboursés. De cette façon, vous saurez exactement combien vous aurez à déboursier avant que ne débute le traitement.

Il se peut que nous demandions les pièces suivantes avant de prendre notre décision :

- une estimation complète par écrit; et
- des radiographies prises avant le traitement, des modèles d'étude et des rapports de laboratoire.

Si nous demandons certaines des pièces ci-dessus, nous ne pourrons étudier le plan de traitement ni verser de prestations tant que nous ne les aurons pas reçues.

Étendue de vos garanties

La garantie de soins dentaires comprend diverses protections. Vous trouverez ci-dessous une description détaillée de chacune d'elles.

Soins préventifs

Il s'agit des traitements visant à prévenir les maladies dentaires et à traiter les problèmes mineurs. Ces traitements peuvent comprendre les examens buccaux, les radiographies, les traitements au fluorure et les obturations.

1. Examens

A. Examen initial ou complet

Un examen complet comprend l'examen des dents et de leur positionnement, l'examen des gencives et des os de la mâchoire, les tests de vitalité, le relevé de l'état dentaire actuel et l'établissement d'un plan de traitement.

Nous payons au plus un examen complet par praticien généraliste pendant toute la durée de la protection.

B. Examen de rappel

Un examen de rappel comprend l'examen complet des dents, des gencives et des os de la mâchoire, les tests de vitalité, la vérification de l'occlusion et la consultation.

Nous payons au plus un examen de rappel par période de six mois.

C. Examen spécifique

Un examen spécifique peut comprendre l'examen de toutes les dents ou d'une dent en particulier, des gencives et des os de la mâchoire, des tests de vitalité et la vérification de l'occlusion.

Nous payons au plus un examen spécifique par période de six mois.

D. Examen d'urgence

Un examen d'urgence comprend une recherche de la source de la douleur ou de l'infection et des tests de vitalité.

E. Consultation

Il s'agit d'une consultation effectuée par la personne couverte dans le but de discuter avec le dentiste d'un problème dentaire grave et de convenir d'un plan de traitement. Nous payons un maximum de 50 \$ par consultation.

2. Radiographies

A. Radiographie complète

La radiographie complète de la bouche requiert au moins 16 radiographies des dents, incluant des radiographies interproximales. Nous payons une série complète de radiographies par période de 36 mois.

B. Radiographie panoramique

La radiographie panoramique est un cliché de toute la bouche et nous payons au plus une radiographie panoramique par année civile.

C. Radiographie périapicale

La radiographie périapicale est un cliché d'une seule dent. Nous payons jusqu'à un montant maximum payable de 13 films par personne couverte par année civile.

D. Radiographie interproximale

La radiographie interproximale sert à dépister la carie dans une molaire. Nous payons au plus une série de radiographies interproximales par période de six mois.

E. Radiographie occlusale

La radiographie occlusale est un cliché des points de contact des dents supérieures et inférieures. Elle est utilisée pour obtenir un portrait des surfaces de mastication. Aucune limite n'est imposée sur le nombre de radiographies occlusales.

3. Tests

A. Biopsie buccale

Une biopsie buccale consiste à prélever un petit morceau de tissu dans la bouche et à le soumettre à des analyses en laboratoire. Aucune limite n'est imposée sur le nombre de biopsies.

B. Test de vitalité

Le test de vitalité consiste à vérifier la santé de la pulpe dentaire, tissu conjonctif situé à l'intérieur de la dent. Nous payons un test de vitalité par dent si le test est effectué plus de 30 jours avant un traitement de canal.

4. Modèles d'étude non montés

Les modèles d'études non montés sont des modèles diagnostiques ou reproductions en plâtre des arcades supérieure et inférieure de la bouche, séparées l'une de l'autre. Ils servent à des fins diagnostiques ou encore à la fabrication des porte-empreintes, des ponts temporaires et des prothèses amovibles. Nous payons au plus un ensemble de modèles d'étude non montés par année civile.

5. Prévention de la carie

A. Nettoyage et polissage des dents.

Nous payons au maximum une unité (15 minutes) par consultation et un traitement par période de six mois.

B. Détartrage

Dans le cadre d'un forfait de rappel, nous payons une unité (15 minutes) par consultation pour le détartrage des dents, jusqu'à concurrence d'une consultation tous les six mois. (Pour le détartrage périodontique, reportez-vous à la section *Soins des gencives*.)

C. Traitement au fluorure

Le fluorure est une substance qui est appliquée sur les dents pour renforcer l'émail et prévenir la carie sur les dents primaires et permanentes. Chaque personne couverte a droit à un traitement par période de six mois.

D. Forfait de rappel

Un forfait de rappel comprend le nettoyage et le polissage des dents et les examens de rappel. Il comprend aussi les traitements au fluorure, limités à une consultation tous les six mois.

F. Scellants de puits et de fissures

Le scellement consiste à appliquer un scellant sur une fissure ou un puits qui s'est formé à la surface d'une dent afin d'empêcher la formation de la carie. Aucune limite n'est imposée sur le nombre de traitements.

6. Mainteneurs d'espace

A. Mainteneur d'espace

Un mainteneur d'espace est un appareil mis en bouche par un dentiste pour maintenir l'espace créé par l'extraction d'une dent.

B. Entretien d'un mainteneur d'espace

L'entretien d'un mainteneur d'espace comprend l'ajustement, la recimentation et la réparation de l'appareil.

7. Obturations

Remarque : Les actes comprennent l'anesthésie locale, la résection des tissus cariés, la protection de la pulpe (par un pansement sédatif appliqué pour protéger le nerf) et l'ajustement de l'occlusion (limage de l'obturation pour ajuster les points de contact entre les dents supérieures et inférieures). Les frais de finition et de polissage ne sont pas admissibles.

Aux fins des présentes, les restaurations effectuées sur une même dent sont traitées comme si elles étaient effectuées au cours de la même consultation chez le dentiste.

A. Obturations à l'amalgame

Ce traitement consiste à effectuer une obturation à l'amalgame afin de reconstruire une dent. Si une obturation à l'amalgame collé est effectuée, nous ne payons que les frais d'une obturation à l'amalgame non collé.

B. Obturation à l'aide d'un ciment de résine composite

Ce traitement consiste à appliquer un ciment de résine composite afin de reconstruire une dent.

C. Facette

Ce traitement consiste à appliquer un revêtement blanc sur la surface d'une dent. Nous payons les facettes uniquement si elles ne sont pas utilisées à des fins esthétiques.

D. Tenons de rétention

Les tenons de rétention servent à maintenir en place une restauration ou une obturation.

E. Pivots préfabriqués

Il s'agit de pivots préfabriqués et utilisés pour offrir un support additionnel à la dent après un traitement radiculaire.

F. Pansement sédatif dans le cas de caries, de traumatismes et de contrôle de la douleur

La carie est une lésion de la dent. Le traumatisme est une blessure aux dents causée par un coup sur la bouche ou les dents. Une usure prononcée peut être considérée comme une blessure causée par un traumatisme. Le contrôle de la douleur comprend les obturations temporaires et l'anesthésie locale visant à réduire la douleur en attendant l'obturation permanente de la dent.

L'application de pansements sédatifs visant à réduire la douleur est couverte. Ce traitement comprend l'anesthésie locale, la résection de la carie, l'enlèvement des obturations existantes, l'ajustement de l'occlusion (limage de l'obturation pour ajuster les points de contact entre les dents supérieures et inférieures), le pansement pulpaire (pansement sédatif appliqué sur un nerf exposé afin de réduire la douleur et de prévenir l'infection) et l'obturation sédatif (pansement sédatif appliqué sous le matériau d'obturation final et visant à réduire la douleur).

G. Restauration complète en acier inoxydable, en plastique ou en polycarbonate

Une couronne est une capsule qui recouvre entièrement une dent ou qui recouvre des dents. La restauration est limitée à une fois tous les cinq ans.

8. Équilibrations et ajustements de l'occlusion

Ce traitement est donné pour corriger les points de contact entre les dents supérieures et inférieures lorsque les mâchoires sont fermées. Nous payons jusqu'à huit unités d'ajustement par année civile.

9. Chirurgies mineures

Remarque : Les actes comprennent l'anesthésie locale, les radiographies, l'intervention chirurgicale et les soins postopératoires.

A. Extraction

L'extraction signifie la résection d'une dent, y compris d'une dent incluse. Nous payons toutes les extractions que la personne couverte doit subir au cours d'une consultation.

B. Ablation d'une racine résiduelle

L'ablation d'une racine résiduelle consiste à retirer une racine qui serait restée dans la gencive lors de l'extraction d'une dent. Nous payons au plus une ablation de racine résiduelle par dent, la vie durant de la personne couverte.

Soins d'entretien

Ces actes comprennent les traitements de canal ainsi que les actes de chirurgie majeure.

1. Chirurgies majeures

Remarque : Les actes comprennent l'anesthésie locale, les radiographies, l'intervention chirurgicale et les soins postopératoires.

Nous payons tous les traitements de chirurgie majeure que la personne couverte doit subir, pourvu qu'ils ne soient pas nécessaires pour des raisons esthétiques et ne soient pas liés à la pose d'implants (piliers fixés par chirurgie dans le maxillaire comme fondement d'attache à des dents artificielles), à une chirurgie orthognathique, au remodelage ou à la reconstruction du maxillaire inférieur.

A. Exposition chirurgicale

Il s'agit d'une incision chirurgicale pour exposer la dent qui ne fera pas éruption ou qui ne fait pas éruption à temps.

B. Alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et vestibuloplastie

L'alvéoloplastie est la réfection, la résection ou la réduction de la cavité osseuse. La gingivoplastie est la réfection des gencives. Quant à la stomatoplastie, elle consiste à effectuer la réfection du plancher de la bouche. Enfin, la vestibuloplastie est la réfection du vestibule buccal.

C. Ablation chirurgicale

Elle comprend l'ablation d'un kyste ou d'un corps étranger.

D. Incision chirurgicale

Elle consiste habituellement à pratiquer une incision sur une région infectée pour permettre le drainage des sécrétions.

E. Traitement de fractures

Nous voyons le traitement des fractures des os alvéolaires inférieurs et supérieurs, lesquels retiennent les dents dans les alvéoles.

F. Frénectomie

La frénectomie est une chirurgie pratiquée sur les freins parodontaux et linguaux (minces replis reliant les lèvres aux gencives et la langue au plancher de la bouche).

F. Sialolithotomie

Ce traitement consiste en l'ablation partielle du conduit salivaire.

G. Chirurgie sinusienne

Ce traitement consiste en l'extraction d'une dent qui a été forcée de se loger dans une cavité sinusienne.

H. Traitement d'une hémorragie

Ce traitement consiste à arrêter une hémorragie survenant après une extraction ou un traumatisme.

I. Soins postopératoires

Il s'agit des traitements prodigués par le dentiste entre la chirurgie et la guérison complète du patient.

2. Traitements radiculaires

A. Pulpotomie

La pulpotomie consiste en la résection partielle de la pulpe dentaire, limitée uniquement à la pulpe de la couronne dentaire. Le traitement peut comprendre l'établissement d'un plan de traitement, l'anesthésie, le traitement lui-même, les radiographies et les soins postopératoires. Ce service n'est couvert que s'il est prodigué plus de 30 jours avant un traitement de canal.

B. Pulpectomie

La pulpectomie consiste en l'ablation des tissus de la chambre pulpaire. Le traitement peut comprendre l'établissement d'un plan de traitement, l'anesthésie, le traitement lui-même, les radiographies et les soins postopératoires. Ce service n'est couvert que s'il est prodigué plus de 30 jours avant un traitement de canal.

C. Traitement de canal

Ce traitement comprend :

- l'établissement d'un plan de traitement;
- un test de vitalité de la dent;
- une pulpectomie (extirpation totale de la pulpe dentaire mortifiée, pour réduire la douleur);
- l'ouverture de la dent et le drainage;
- l'isolement de la dent; et
- les traitements cliniques, incluant les radiographies appropriées.

Nous payons au plus un traitement de canal par dent, la vie durant de la personne couverte. La reprise d'un traitement n'est pas couverte.

Si la présente protection prend fin alors qu'un traitement de canal est en cours, un délai de 30 jours est accordé pour permettre à la personne couverte de terminer le traitement. Si le présent régime est remplacé avant la fin du traitement, le nouveau régime sera responsable du coût du traitement.

D. Apexification

L'apexification consiste à fermer la racine d'une dent avec un ciment. Ce traitement peut comprendre l'établissement d'un plan de traitement, l'anesthésie, l'isolement de la dent, le traitement lui-même avec les radiographies appropriées, l'insertion d'une substance dentinoïde (substance qui entraîne la formation de l'apex de la racine dans des dents jeunes de façon qu'un traitement de canal puisse être effectué) et les soins postopératoires. Nous payons une apexification par dent, la vie durant de la personne assurée.

E. Obturation rétrograde

Ce traitement consiste à remplir la chambre pulpaire en passant par la pointe de la racine (apex). Nous payons une seule obturation rétrograde par dent, la vie durant de la personne assurée.

F. Apicectomie

Ce traitement consiste à réséquer l'apex d'une dent après un traitement de canal. Nous payons une seule apicectomie par dent, la vie durant de la personne assurée.

G. Amputation radiculaire

En raison d'une infection, une amputation radiculaire, soit la résection d'une ou de plusieurs racines d'une dent, peut être nécessaire. Cependant, comme il reste la couronne et au moins une racine, il n'est pas nécessaire d'extraire la dent. Nous payons au plus une amputation radiculaire par dent, la vie durant de la personne assurée.

H. Hémi-section

L'hémi-section consiste à retirer la couronne d'une dent et une ou plusieurs racines, mais tout en laissant certaines racines en place. Nous payons au plus une hémi-section par dent, la vie durant de la personne assurée.

I. Blanchiment d'une dent ayant déjà eu un traitement endodontique

Il s'agit du blanchiment interne d'une dent par le canal radiculaire d'une dent.

J. Extraction intentionnelle, remplissage apical et réimplantation

Ce traitement consiste à extraire une dent saine et à l'implanter ailleurs. À titre d'exemple, on pourrait extraire une troisième molaire et l'implanter à la place d'une première molaire manquante. Nous payons au plus un traitement de ce genre par dent, la vie durant de la personne assurée.

3. Soins des gencives

Remarque : Les actes comprennent l'anesthésie locale, les pansements chirurgicaux, les sutures et les soins postopératoires pour une durée de un mois. Les évaluations postopératoires ne sont pas couvertes.

A. Pansement de compression

Ce traitement consiste en la mise en place d'un pansement médicamenteux sur les gencives enflammées afin de les éloigner des calculs dentaires (dépôts sur les dents qui irritent les gencives).

B. Désensibilisation

La désensibilisation consiste en l'application de fluorure pour réduire la sensibilité.

C. Curetage gingival

Le curetage gingival consiste à enlever en grattant les tissus pathologiques logés dans les gencives.

D. Gingivectomie

La gingivectomie consiste à enlever les tissus endommagés des gencives.

E. Incision

L'incision est l'ouverture pratiquée dans la gencive pour procéder à la résection d'un os.

F. Greffe de tissus

La greffe de tissus consiste à prélever des tissus sains de la gencive et à les greffer à un endroit où les dents sont déchaussées.

G. Détartrage périodontique et aplanissement radiculaire

Le détartrage consiste à enlever les dépôts calcifiés sur les dents. Quant à l'aplanissement radiculaire, il consiste à polir les surfaces rudes d'une dent et à y enlever tout dépôt calcifié. Nous payons jusqu'à douze unités de détartrage ou d'aplanissement radiculaire par année civile.

4. Appareils et ajustements

A. Appareil parodontal

Un appareil parodontal est un appareil en plastique qui recouvre la surface de mastication des dents supérieures ou inférieures (ou des dents supérieures et inférieures) afin de prévenir les dommages que peuvent causer l'abrasion.

B. Ajustements de l'occlusion

Ce traitement consiste à vérifier ou à corriger les points de contact entre les dents supérieures et inférieures lorsque l'appareil parodontal est mis en bouche.

4. Entretien des prothèses dentaires

A. Ajustement des prothèses

Nous payons tous les ajustements effectués aux prothèses d'une personne couverte, mais seulement si ces ajustements sont faits plus de trois mois après la mise en bouche de ces prothèses.

B. Réparation des prothèses

La réparation des prothèses consiste à réparer les prothèses brisées ou endommagées. La protection ne comporte pas de limite quant au nombre de réparations payées.

C. Rebasage et regarnissage des prothèses

Le rebasage des prothèses consiste à refaire la plaque-base de la prothèse. Quant au regarnissage, il consiste à ajouter de la résine à la plaque-base afin de parfaire son ajustement.

D. Mise en condition tissulaire

La mise en condition tissulaire consiste à appliquer un conditionneur à l'os alvéolaire pour assurer un ajustement parfait des prothèses.

Soins de restauration majeure

Il s'agit des traitements relatifs à des problèmes dentaires importants. Ces traitements incluent notamment les prothèses, l'entretien des prothèses, les pivots coulés, les couronnes, les ponts, les incrustations en profondeur et de surface, et les facettes.

1. Couronnes, incrustations et facettes

Remarque : Les actes comprennent l'établissement d'un plan de traitement, l'empreinte du rapport intermaxillaire, l'anesthésie locale, la préparation sous-gingivale de la dent (travail fait sous la gencive), la résection des tissus cariés, l'enlèvement des obturations existantes, la préparation de la dent, la protection de la pulpe (pansement sédatif appliqué pour protéger le nerf), l'empreinte des maxillaires, les services temporaires, la mise en bouche, les corrections à l'occlusion (pour ajuster les points de contact entre les dents supérieures et inférieures) et la cimentation.

L'allongement de couronne clinique (préparation sous-gingivale) avant la préparation de la dent n'est pas couvert.

Si la protection prend fin alors que l'une des dents de la personne couverte a été préparée pour recevoir une couronne, une incrustation en profondeur ou de surface ou une facette et que la mise en bouche n'a pas encore eu lieu, un délai de 90 jours sera accordé pour permettre la conclusion du traitement, même si elle devient couverte auprès d'un autre régime.

A. Incrustation en profondeur et de surface

L'incrustation en profondeur et de surface est une obturation en métal ou en porcelaine coulée qui est posée sur une dent.

B. Couronne

Une couronne est une capsule qui recouvre entièrement une dent.

C. Facette

Ce traitement consiste à appliquer un revêtement blanc sur la surface d'une dent. Nous payons les facettes uniquement si elles ne sont pas utilisées à des fins esthétiques.

D. Tenons de rétention dans les incrustations en profondeur ou de surface ou les couronnes

Les tenons de rétention servent à maintenir en place une couronne ou une incrustation en profondeur ou de surface.

E. Reconstruction d'une dent

Ce traitement consiste à refaire la dent afin d'obtenir une meilleure emprise pour la pose d'une couronne artificielle.

2. Prothèses

Remarque : Les actes comprennent l'établissement d'un plan de traitement, la prise des empreintes initiales et finales, la fiche de la prothèse, les essayages en bouche, l'équilibration de l'occlusion (ajustement des points de contact entre les dents inférieures et supérieures) et les soins de suivi durant trois mois.

Si la protection prend fin alors que les traitements de la personne couverte entrepris en vue de la confection d'une prothèse ne sont pas terminés, un délai de 90 jours est accordé pour permettre de terminer le traitement, même si elle devient couverte auprès d'un autre régime.

Si la personne est couverte au titre du présent régime le jour de la mise en bouche de sa prothèse, nous paierons les coûts subséquents relatifs à ce traitement même si elle devient couverte auprès d'un autre régime.

A. Prothèse complète

Une prothèse complète est une prothèse dentaire qui remplace toutes les dents de la mâchoire supérieure ou toutes celles de la mâchoire inférieure.

Les frais de remplacement d'une prothèse ne seront remboursés que si cette prothèse est remplacée par une prothèse équivalente et si le remplacement répond à une des exigences suivantes :

- s'il s'est écoulé plus de 60 mois depuis la mise en bouche de la prothèse complète précédente; ou
- s'il s'est écoulé moins de 60 mois depuis la mise en bouche de la prothèse complète précédente et que la prothèse actuelle ne peut plus être portée. Nous devons approuver le remplacement.

B. Prothèse de transition

La prothèse de transition est une prothèse temporaire mise en bouche immédiatement après l'extraction de dents pour faciliter la guérison. La prothèse permanente doit être mise en bouche dans les 12 mois qui suivent la mise en bouche de la prothèse temporaire.

C. Prothèse en acrylique

La prothèse en acrylique est une prothèse comportant une plaque-base en résine acrylique. Nous payons une prothèse en acrylique seulement s'il s'est écoulé plus de 60 mois depuis la mise en bouche de la prothèse en acrylique précédente.

D. Prothèse partielle

La prothèse partielle vise à remplacer une ou plusieurs dents de la mâchoire inférieure ou supérieure. Elle peut avoir une base en acrylique (plastique), en métal ou en chrome et comporter des crochets en acrylique, en métal ou en chrome (s'accrochant aux dents). Nous payons les prothèses partielles seulement s'il s'est écoulé plus de 60 mois depuis la mise en bouche de la prothèse partielle précédente ou si d'autres dents ont été extraites.

3. Ponts

Remarque : Les actes comprennent l'établissement d'un plan de traitement, l'empreinte du rapport intermaxillaire, l'anesthésie locale, la préparation sous-gingivale de la dent (travail fait sous la gencive), la résection des tissus cariés, l'enlèvement des obturations existantes, la préparation de la dent, la protection de la pulpe (pansement sédatif appliqué pour protéger le nerf), l'empreinte des maxillaires, les services temporaires, le jumelage, la mise en bouche, les corrections à l'occlusion (pour ajuster les points de contact entre les dents supérieures et inférieures) et la cimentation.

L'allongement de couronne clinique (préparation sous-gingivale) avant la préparation de la dent n'est pas couvert.

Si la protection prend fin alors que l'une des dents de la personne couverte a été préparée pour recevoir un pontique et que la mise en bouche n'a pas encore eu lieu, un délai de 90 jours sera accordé pour permettre de terminer le traitement, même si elle devient couverte auprès d'un autre régime.

Les frais de remplacement d'un pont ne seront remboursés que si ce pont est remplacé par un pont équivalent et si le remplacement répond aux exigences suivantes :

- s'il s'est écoulé plus de 60 mois depuis la mise en bouche du dernier pont; ou
- s'il s'est écoulé moins de 60 mois depuis la mise en bouche du dernier pont et que le pont actuel ne peut plus être porté. Nous devons approuver le remplacement.

A. Pontique

Le pontique est la dent artificielle qui prend la place d'une dent manquante. Nous payons un pontique seulement s'il s'est écoulé plus de 60 mois depuis la mise en bouche du pontique précédent. Nous ne payons pas les pontiques de porcelaine qui sont installés sur des molaires.

B. Piliers

Les piliers sont les dents qui sont situées de part et d'autre de l'espace à combler et qui serviront de points d'appui au pont. Nous payons la préparation de piliers seulement s'il s'est écoulé au moins 60 mois depuis la mise en bouche du pont précédent.

C. Réparation d'un pont

La réparation d'un pont consiste à réparer un pont endommagé.

D. Pivots

Les pivots sont des tiges métalliques insérées dans les piliers pour offrir plus de support au pont. Nous couvrons les pivots seulement s'il s'est écoulé au moins 60 mois depuis la mise en bouche du pont précédent.

Soins orthodontiques

Les soins orthodontiques comprennent les traitements utilisés pour corriger une mauvaise orientation ou une malposition des dents. Les traitements incluent tous les traitements dentaires nécessaires à la correction du problème tels les examens, les radiographies, la réalisation de modèles, les photographies, les rapports, les interventions chirurgicales visant à exposer une dent, les appareils et leurs ajustements.

Nous exigeons un plan de traitement préparé par le dentiste. Nous payons jusqu'à 30 % des frais au début du traitement, moins les frais pour le diagnostic. Nous calculons les autres paiements en divisant le solde du coût total du traitement par sa durée en mois, indiquée dans le plan de traitement envoyé. Nous effectuons les paiements mensuellement ou trimestriellement, selon la fréquence de facturation de l'orthodontiste ou celle à laquelle nous recevons les demandes de règlement. Nous ne versons aucun acompte.

Les frais relatifs aux soins dentaires, autres que les traitements orthodontiques que la personne assurée doit recevoir en raison du port d'un appareil orthodontique, sont compris dans le coût des traitements orthodontiques.

Exclusions

Sont exclus :

- les services et les fournitures dentaires pour lesquels la personne couverte pourrait présenter une demande de règlement en vertu de la loi sur les accidents du travail de sa province de résidence;
- les frais dentaires ne figurant pas dans le barème des honoraires de l'Association dentaire à l'intention des praticiens généralistes ou le barème des soins relatifs aux hygiénistes dentaires;
- les traitements à des fins esthétiques;
- les frais imposés à la suite de l'annulation d'un rendez-vous;
- les frais exigés pour remplir un formulaire de règlement;
- les traitements relatifs à une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire (le point d'attache de la mâchoire est appelé articulation temporo-mandibulaire);
- les traitements endodontiques entrepris avant l'entrée en vigueur de la protection;
- le remplacement d'appareils dentaires qui ont été perdus, égarés ou volés;
- les traitements relatifs à une chirurgie orthognathique (remodelage ou reconstruction de la mâchoire);
- les traitements et les fournitures visant à corriger la dimension verticale (hauteur d'une dent) ou les problèmes d'attrition (usure des dents);
- l'insertion d'implants dentaires ou toute chirurgie majeure résultant de l'insertion d'implants;
- les couronnes, les ponts et les prothèses pour lesquels les traitements ont commencé avant que la personne ne devienne assurée;
- les traitements endodontiques que la personne a reçus avant de devenir assurée;
- les traitements ou les tests expérimentaux.

Coordination des prestations avec le régime de votre conjoint

La coordination des prestations avec celles prévues par le régime de votre conjoint est l'un des avantages qu'offre le présent contrat collectif. Cette disposition peut vous permettre d'obtenir le remboursement intégral de vos frais dentaires. Deux conditions doivent toutefois être remplies.

Premièrement, vous devez avoir souscrit l'assurance avec personnes à charge qui englobe la garantie de soins dentaires et avoir un conjoint ou des enfants admissibles. Deuxièmement, votre conjoint doit avoir le même genre d'assurance chez son employeur.

Voici comment procéder :

Remboursement des frais engagés pour vous-même

Vous devez d'abord nous demander le remboursement des frais que vous avez engagés pour vous-même. Nous paierons la partie des frais qui est assurée et vous enverrons un relevé explicatif des prestations versées.

Votre conjoint pourra alors envoyer à son assureur un formulaire de demande de règlement, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus pour demander le remboursement de la partie non assurée des frais.

Remboursement des frais engagés pour votre conjoint

Si les frais ont été engagés pour votre conjoint, celui-ci doit d'abord présenter une demande de règlement à son assureur. Ce dernier paiera la partie des frais qui est assurée et enverra à votre conjoint un relevé explicatif des prestations versées. Vous pourrez alors nous envoyer un formulaire de demande de règlement, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus pour demander le remboursement de la partie non assurée des frais.

Remboursement des frais engagés pour votre enfant

Le remboursement des frais engagés pour votre enfant doit d'abord être demandé aux termes du régime du parent dont l'anniversaire de naissance (mois et jour) tombe en premier au cours de l'année civile. Par exemple, si votre anniversaire de naissance survient le 19 mai et que celui de votre conjoint survient le 11 juin, le remboursement des frais de votre enfant doit d'abord être demandé à votre assureur. Par la suite, votre conjoint pourra présenter à son assureur un formulaire de demande de règlement pour la partie non assurée des frais, accompagné d'une copie du relevé explicatif et des reçus.

Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de règlement relatives aux frais engagés pour votre enfant doivent être coordonnées selon les lignes directrices sur la coordination des prestations en vigueur dans l'industrie.

Présentation d'une demande de règlement

Afin de présenter des demandes de règlement en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez un exemplaire du formulaire auprès de votre employeur et faites-le remplir par votre fournisseur de soins dentaires. Ce formulaire contient les informations nécessaires pour accéder aux demandes de règlement en ligne. Si vous voulez utiliser ces services électroniques, vous devez être inscrit à GroupNet pour les participants de régime de même qu'au dépôt direct des règlements et au Détail du règlement en ligne, lequel vous avise par courriel du versement de vos prestations. Pour la présentation en ligne des demandes de règlement, votre Détail du règlement sera uniquement offert en ligne.

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

Concernant les demandes de règlement non présentées en ligne, accédez à GroupNet pour les participants de régime pour obtenir un

formulaire de demande de règlement personnalisé ou obtenez un exemplaire du formulaire auprès de votre employeur et demandez à votre fournisseur de soins dentaires de remplir la partie réservée à son usage.

Votre employeur pourrait avoir pris les dispositions nécessaires afin que votre fournisseur de soins dentaires puisse nous transmettre une demande de règlement par voie électronique. Le cas échéant, vous n'aurez pas à remplir un formulaire de demande de règlement et nous rembourserons les frais à la personne appropriée. Nous joindrons également un relevé explicatif à notre paiement.

Nous vous verserons les prestations sur réception d'une preuve de sinistre satisfaisante.

Toute demande de règlement doit nous parvenir au plus tard à la première des dates suivantes :

- le 30 juin de l'année suivant le traitement;
- dans les 90 jours suivant la résiliation du présent contrat collectif.

Votre assurance invalidité de courte durée

Dans la présente section, *vous, votre et vos* désignent l'employé.

En quoi consiste l'assurance invalidité de courte durée

Si vous devenez invalide pendant que vous êtes assuré au titre du présent contrat et que cette invalidité entraîne une perte de gains, vous serez admissible à des prestations d'invalidité de courte durée, sous réserve des autres modalités du contrat.

Aucune prime d'assurance d'invalidité de courte durée ne sera exigible au cours de la période pendant laquelle vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée, tel qu'il est stipulé dans la section « Assurance invalidité de longue durée » comprise dans le présent contrat, et ce, à condition que le contenu de la section « Assurance invalidité de courte durée » demeure en vigueur.

Définition de l'invalidité

En ce qui a trait à l'assurance invalidité de courte durée, le terme *invalide* désigne votre incapacité d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi auprès de votre employeur ou de tout autre employeur en raison d'une maladie ou d'une blessure. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité.

Montant des prestations

66,67 % des gains hebdomadaires, arrondis au prochain dollar, jusqu'à concurrence de 2 300 \$ par semaine.

Toute assurance supérieure à 1 850 \$ par semaine est conditionnelle à la présentation par vous d'une preuve d'assurabilité que nous devons approuver.

Les prestations d'invalidité de courte durée seront versées chaque semaine à terme échu.

Nous calculons les prestations en tenant compte de l'ensemble des éléments suivants :

- Le montant d'assurance en vigueur lorsque votre période d'invalidité continue débute.
- Toute période de moins d'une demi-journée n'est pas considérée comme un jour d'invalidité.
- Le montant d'assurance se fonde sur le moindre des montants suivants : les gains réels de l'employé et le niveau de gains à partir duquel la prime d'assurance a été établie.
- Les prestations versées correspondent au montant de votre assurance, après réduction de tout montant indiqué dans la section *Réduction de vos prestations*.

Si votre période d'invalidité comprend une semaine partielle, la prestation pour cette semaine sera égale à un cinquième du montant des prestations hebdomadaires pour chaque journée normale de travail pendant laquelle vous êtes invalide.

Une journée normale de travail est une journée pendant laquelle vous êtes censé travailler ou seriez censé travailler si vous n'étiez pas en congé ou en vacances.

Imposition des prestations

Les prestations ne sont pas imposables.

Délai de carence pour le versement des prestations

Accident

Si vous devenez invalide par suite d'un accident, pour une période de quatorze jours consécutifs. Dans la présente section, le terme *accident* désigne une blessure corporelle résultant d'un événement soudain et inattendu causé exclusivement par une force extérieure.

Maladie ou blessure

Si vous devenez invalide par suite d'une maladie ou d'une blessure, vous êtes admissible aux prestations après un délai de carence de quatorze jours consécutifs.

Si vous ne consultez pas de médecin pendant le délai de carence, vous deviendrez admissible aux prestations à compter de la date à laquelle vous aurez consulté un médecin.

Date de début de l'invalidité

La date de début de l'invalidité est la première journée normale de travail où vous êtes incapable de travailler.

Si vous devenez invalide alors que vous êtes en congé autorisé, la date prévue de votre retour au travail deviendra la date de début de l'invalidité. Si, selon l'information fournie par votre employeur, vous ne travaillez que dix mois par année et que vous devenez invalide entre la fin d'une année scolaire et le début de l'autre nous considérerons que votre invalidité débute à la date prévue de votre retour au travail. Le délai de carence commencera à s'écouler à compter de cette date.

Si vous devenez invalide alors que vous êtes à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, nous considérerons que votre invalidité débute à la date de votre retour au pays. Le délai de carence commencera à s'écouler à compter de cette date.

Cessation de vos prestations d'invalidité de courte durée

Les prestations d'invalidité de courte durée prennent fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous n'êtes plus considéré comme invalide selon la définition du terme *invalidité*;
- la date à laquelle vous cessez de nous fournir les documents médicaux appropriés confirmant en quoi votre maladie ou blessure vous empêche d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi;
- la date à laquelle vous vous engagez dans un travail contre rémunération ou profits (sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation reconnu);
- la date à laquelle vous avez reçu 15 semaines de prestations hebdomadaires à l'égard d'une période d'invalidité continue;

Cessation de votre assurance invalidité de courte durée

Reportez-vous à la rubrique *Cessation de votre assurance* dans la section *Renseignements généraux* pour connaître les autres conditions qui s'appliquent lorsque votre assurance prend fin.

Récidive de l'invalidité

Si nous cessons de verser des prestations d'invalidité de courte durée parce que votre invalidité a pris fin, et que vous redevenez invalide, dans les 14 jours suivants, en raison du même problème ou d'un problème connexe, la nouvelle période d'invalidité sera considérée comme la continuation de la période précédente. Dans ce cas :

- le versement des prestations reprendra sans délai de carence;
- le montant sera le même que celui que vous receviez lorsque l'invalidité précédente a pris fin;
- aucune prestation ne sera versée après la période maximale indiquée dans la section *Cessation de vos prestations d'invalidité de courte durée*.

Vous devrez toutefois présenter une nouvelle demande de prestations en remplissant un formulaire de demande de prestations.

Réduction de vos prestations

Il se peut que vous puissiez demander ou recevoir des prestations d'autres sources pendant votre invalidité. Pour les besoins du calcul des prestations au titre de la présente disposition, nous déduisons du montant des prestations d'invalidité le plein montant de toute prestation que vous êtes en droit de demander et de recevoir, avant tout impôt sur le revenu ou toute autre déduction au titre de :

- de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute loi similaire;
- du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec;
- lorsque la loi le permet, tout régime d'assurance automobile qui ne tient pas compte des montants de rente d'invalidité aux termes de la Loi sur l'assurance emploi (Canada) lors de la détermination des prestations;

Si vous recevez l'un des montants ci-dessus sous forme de versement forfaitaire, nous diviserons le montant des prestations par le nombre de semaines pendant lesquelles vous auriez été admissible aux prestations et réduirons les prestations hebdomadaires du montant ainsi obtenu.

Si vous omettez de présenter une demande à l'égard de ces autres prestations auxquelles vous auriez peut-être droit ou si votre demande n'a pas encore été approuvée, nous estimerons le montant des prestations auxquelles vous peut-être admissible et réduirons d'autant les prestations que nous vous versons. Si vous nous avisez que votre demande de prestations ou que votre appel a été refusé, mais que nous considérons que vous devriez faire appel de la décision, vous devrez le faire et nous pourrions continuer de réduire les prestations que nous vous versons jusqu'à ce que nous recevions un avis écrit confirmant le refus de votre appel.

Exclusions

Nous ne verserons aucune prestation à l'égard d'une invalidité causée directement ou indirectement par ce qui suit :

- blessure que l'employé s'inflige intentionnellement;
- consommation abusive d'alcool et autres drogues sauf si vous prenez part à un programme de traitement que nous avons approuvé;
- guerre, rébellion ou hostilités de quelque nature que ce soit, peu importe que l'employé y participe ou non;
- émeute ou troubles civils auxquels l'employé participe;
- perpétration d'un acte criminel ou provocation de voies de fait;
- accident survenant pendant que vous conduisez un véhicule terrestre, un véhicule marin ou un aéronef, lorsque;
 - a) ses facultés sont affaiblies par l'alcool ou la drogue;
 - b) que l'alcoolémie dans son sang dépasse 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

Nous ne verserons aucune prestation d'invalidité de courte durée dans les cas suivants :

- vous êtes en congé autorisé, y compris un congé de maternité ou parental;
- vous êtes à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, sous réserve que nous approuvions l'absence;
- vous travaillez ou occupez un quelconque emploi contre rémunération ou profits;
- vous continuez de recevoir un salaire d'un employeur;
- vous n'êtes pas suivi par un médecin ou un chirurgien dûment autorisés;
- vous ne recevez pas des traitements que nous jugeons appropriés;
- vous refusez de vous soumettre à un examen effectué par un médecin de notre choix;
- vous recevez une indemnité de départ, des dommages ou toute autre forme de paiement par suite de votre cessation d'emploi. Si vous recevez l'une ou l'autre des prestations mentionnées ci-dessus en une somme forfaitaire, nous cesserons de verser des prestations pendant le nombre de semaines que couvre la somme forfaitaire par rapport à vos gains antérieurs à l'invalidité.

Preuve de sinistre

Toute preuve de sinistre doit nous parvenir dans les 90 jours suivant le début de l'invalidité, ou dans les 90 jours suivant la résiliation du régime, selon la première éventualité.

Votre assurance invalidité de longue durée

Dans la présente section, vous, votre et vos désignent l'employé.

En quoi consiste l'assurance invalidité de longue durée

Si vous devenez invalide pendant que vous êtes assuré au titre du présent contrat, vous serez admissible à des prestations d'invalidité de longue durée, sous réserve des autres modalités du contrat.

Lorsque le délai de carence relatif à votre régime est terminé et que le versement des prestations d'invalidité de longue durée commence, les primes payées depuis la date du début de votre invalidité seront remboursées et aucune prime subséquente ne sera exigible pendant la période d'invalidité.

Définition de l'invalidité

Au cours des 24 premiers mois d'indemnisation, vous êtes considéré comme invalide si vous êtes incapable d'accomplir les tâches essentielles de votre emploi auprès de tout employeur en raison d'une maladie ou d'une blessure. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité. Vous n'êtes pas considéré comme invalide si vous êtes capable d'accomplir auprès de tout employeur les tâches essentielles de tout emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié pendant au moins 60 %.

Après 24 mois d'indemnisation, vous êtes considéré comme invalide si vous êtes incapable, en raison d'une maladie ou d'une blessure, d'accomplir auprès de tout employeur les tâches essentielles de tout emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié, ou pourriez le devenir, en raison de votre scolarité, de votre formation ou de votre expérience. Il n'est pas tenu compte de la disponibilité des emplois lors de l'évaluation de l'invalidité.

Vous devez également être incapable de gagner le même pourcentage des gains mensuels utilisés pour calculer le montant des prestations dans la section *Montant des prestations*.

Montant des prestations

67 % des gains mensuels, arrondis au prochain dollar, jusqu'à concurrence de 4 500 \$ par mois.

Si vous êtes invalide pendant une partie de tout mois, nous verserons une prestation égale à un trentième de la prestation mensuelle pour chaque journée complète d'invalidité. Les versements seront effectués chaque mois, à terme échu.

Nous calculons les prestations en tenant compte de l'ensemble des éléments suivants :

- Le montant d'assurance en vigueur lorsque votre période d'invalidité continue débute.
- Le montant d'assurance se fonde sur le moindre des montants suivants : vos gains réels et le niveau de gains à partir duquel la prime d'assurance a été établie.
- Les prestations versées correspondent au montant de votre assurance, après réduction de tout montant indiqué dans la section *Réduction de vos prestations*.

Imposition des prestations

Les prestations ne sont pas imposables.

Délai de carence pour les prestations

Un délai de carence de 119 jours doit s'écouler avant que vous deveniez admissible aux prestations d'invalidité de longue durée.

Récidive de l'invalidité

Si vous reprenez le travail durant 30 jours ou moins au cours du délai de carence et devez de nouveau cesser de travailler en raison du même problème médical ou d'un problème connexe, le délai de carence continuera de s'écouler comme si vous n'aviez pas repris le travail.

Si vous retournez au travail pendant que vous recevez des prestations d'invalidité de longue durée et redevenez invalide dans les six mois suivants en raison du même problème médical ou d'un problème connexe, la nouvelle période d'invalidité sera considérée comme la continuation de la période précédente. Dans ce cas :

- le versement des prestations reprendra sans délai de carence;
- le montant sera le même que celui que vous receviez lorsque l'invalidité précédente a pris fin;
- aucune prestation ne sera versée après la période maximale indiquée dans la section *Cessation de vos prestations d'invalidité de longue durée*.

Vous devrez toutefois présenter une nouvelle demande de prestations en remplissant un formulaire de demande de prestations.

Date de début de l'invalidité

La date de début de l'invalidité est la première journée complète de travail où vous êtes incapable de travailler.

Si vous devenez invalide alors que vous êtes en congé autorisé, la date prévue de votre retour au travail deviendra la date de début de l'invalidité. Si, selon l'information fournie par votre employeur, vous ne travaillez que dix mois par année et que vous devenez invalide entre la fin d'une année scolaire et le début de l'autre nous considérerons que votre invalidité débute à la date prévue de votre retour au travail. Le délai de carence commencera à s'écouler à compter de cette date.

Si vous devenez invalide alors que vous êtes à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, nous considérerons que votre invalidité débute à la date de votre retour au Canada ou aux États-Unis. Le délai de carence commencera à s'écouler à compter de cette date.

Cessation de vos prestations d'invalidité de longue durée

Les prestations d'invalidité de longue durée prennent fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle vous n'êtes plus considéré comme invalide selon la définition du terme *invalidité*;
- la date à laquelle vous cessez de nous fournir les documents médicaux appropriés confirmant que vous êtes toujours invalide selon la définition du terme *invalidité*;
- la date à laquelle vous vous engagez dans un travail contre rémunération ou profits (sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation reconnu);
- la date à laquelle vous refusez ou arrêtez de participer à un programme de réadaptation que nous avons recommandé;
- la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans;
- la date de votre décès.

Cependant, si vous êtes âgé de moins de 65 ans au moment du début de l'invalidité, les prestations d'invalidité vous seront versées pendant au moins 12 mois, et ce pendant toute la durée de l'invalidité.

Cessation de votre assurance invalidité de longue durée

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

Reportez-vous à la rubrique *Cessation de votre assurance* dans la section *Renseignements généraux* pour connaître les autres conditions qui s'appliquent lorsque votre assurance prend fin.

Réduction de vos prestations

Il se peut que vous puissiez demander ou recevoir des prestations d'autres sources pendant votre invalidité. Pour les besoins du calcul des prestations au titre de la présente disposition, nous déduisons du montant des prestations d'invalidité le plein montant de toute prestation que vous êtes en droit de demander et de recevoir, avant tout impôt sur le revenu ou toute autre déduction au titre de :

- de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute loi similaire;
- du Régime de pensions du Canada, ou du Régime de rentes du Québec ou de tout autre régime similaire de tout autre pays, sauf les prestations pour enfants au titre desquelles tout membre de votre famille est admissible en raison de votre invalidité;
- régime provincial d'assurance automobile dont le calcul du montant de ses prestations ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi;
- de toute assurance salaire ou assurance invalidité de courte durée parrainée par l'employeur.

Le versement de vos prestations d'invalidité sera également réduit de façon à ce que la somme des prestations reçues de toute source n'excède pas 85 % de vos gains mensuels nets antérieurs à l'invalidité. Pour les besoins du calcul des prestations au titre de la présente disposition, nous tiendrons compte du plein montant de toute prestation que vous êtes en droit de demander et de recevoir, avant tout impôt sur le revenu ou toute autre déduction au titre de :

- au titre du présent contrat;
- en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute loi similaire;
- au titre du Régime de pensions du Canada, du Régime de rentes du Québec (excluant les prestations pour enfants au titre desquelles tout membre de votre famille âgé de moins de 18 ans est admissible en raison de votre invalidité) ou d'un régime de retraite d'un autre pays;
- au titre de tout régime provincial d'assurance automobile dont le calcul du montant de ses prestations ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi;
- au titre de toute assurance salaire ou assurance invalidité de courte durée parrainée par l'employeur;

- au titre de tout régime collectif, y compris tout montant exigible au titre d'une assurance qui vous est offerte par une association dont vous faites partie;
- au titre de tout régime de retraite de votre employeur;
- de tout autre régime ou organisme gouvernemental, ou de toute autre loi, pour la même invalidité ou une invalidité subséquente, à l'exception des prestations versées au titre du régime d'assurance-emploi ou de tout autre régime qui pourrait le remplacer;
- au titre d'un travail de quelque nature que ce soit.

Si vous omettez de présenter une demande à l'égard de ces autres prestations auxquelles vous auriez peut-être droit ou si votre demande n'a pas encore été approuvée, nous estimerons le montant des prestations auxquelles vous pouvez être admissible et réduirons d'autant les prestations que nous vous versons. Si vous nous avisez que votre demande de prestations ou que votre appel a été refusé, mais que nous considérons que vous devriez faire appel de la décision, vous devrez le faire et nous pourrions continuer de réduire les prestations que nous vous versons jusqu'à ce que nous recevions un avis écrit confirmant le refus de votre appel.

Si vous recevez l'un des montants ci-dessus sous forme de versement forfaitaire, nous diviserons le montant des prestations par le nombre de mois pendant lesquels vous auriez été admissible aux prestations et réduirons les prestations mensuelles du montant ainsi obtenu.

Gains antérieurs à l'invalidité

L'expression *gains mensuels antérieurs à l'invalidité* désigne le revenu mensuel que vous gagnez la journée qui précède le début de l'invalidité. L'expression *gains mensuels nets antérieurs à l'invalidité* désigne votre revenu mensuel une fois l'impôt sur le revenu soustrait.

Qu'est-ce qu'un programme de réadaptation?

Les programmes de réadaptation sont conçus pour vous aider à vous rétablir plus rapidement et à retourner au travail.

Les programmes de réadaptation peuvent comprendre un retour au travail à temps partiel ou un retour au travail avec des tâches modifiées. De plus, ils vous offrent habituellement l'occasion de parfaire vos compétences dans votre domaine et de recevoir de précieux conseils sur les méthodes de recherche d'emploi et la rédaction d'un curriculum vitae.

Il se peut que nous acceptions de payer les frais des services et équipements particuliers pouvant faciliter votre réadaptation. Nous décidons si un programme de réadaptation est approprié et devons approuver toute dépense par écrit avant qu'elle puisse être engagée.

Vous continuez de recevoir les prestations d'invalidité pendant que vous participez à un programme de réadaptation. La section *Indemnité de retour au travail* décrit les prestations que vous recevrez pendant que vous participez à un programme de réadaptation.

Si vous êtes en mesure de participer à un programme de réadaptation, mais refusez de le faire, nous cesserons de vous verser des prestations d'invalidité de longue durée.

Indemnité de retour au travail

Si vous tirez des gains d'un emploi exercé dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé, nous ne réduirons pas le montant de vos prestations, sauf si votre revenu de toute source excède 100 % des gains nets antérieurs à l'invalidité. Si votre revenu de toute source est supérieur aux 100 % indiqués ci-dessus, nous réduirons vos prestations d'invalidité d'un montant égal à l'excédent.

Après 12 mois, vos prestations d'invalidité de longue durée seront encore réduites d'un montant correspondant à l'écart en pourcentage entre vos gains nets tirés du programme de réadaptation et vos gains nets antérieurs à l'invalidité. Par exemple, si vos gains nets de réadaptation correspondent à 30 % de vos gains nets antérieurs à l'invalidité, vos prestations d'invalidité de longue durée seront réduites de 30 %.

Exclusions

Nous ne verserons aucune prestation à l'égard d'une invalidité causée directement ou indirectement par ce qui suit :

- blessure que vous vous infligez intentionnellement;
- consommation abusive d'alcool et autres drogues sauf si vous prenez part à un programme de traitement que nous avons approuvé;
- guerre, rébellion ou hostilités de quelque nature que ce soit, peu importe que vous y participiez ou non;
- émeute ou troubles civils auxquels vous participez;
- perpétration d'un acte criminel ou provocation de voies de fait;
- accident survenant pendant que vous conduisez un véhicule terrestre, un véhicule marin ou un aéronef, lorsque :
 - a) vos facultés sont affaiblies par l'alcool ou la drogue;
 - b) que le taux d'alcoolémie dépasse 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

Nous ne verserons aucune prestation d'invalidité de longue durée dans les cas suivants :

- vous êtes en congé autorisé, y compris un congé de maternité ou parental;
- vous êtes à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, sous réserve que nous approuvions l'absence;
- vous refusez ou arrêtez de participer à un programme de réadaptation ou de retour au travail pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié;
- vous n'êtes pas suivi par un médecin ou un chirurgien dûment autorisés;
- vous ne recevez pas des traitements que nous jugeons appropriés;
- vous refusez de vous soumettre à un examen effectué par un médecin de notre choix;
- vous êtes détenu dans une institution psychiatrique, une prison ou tout établissement de détention ou correctionnel en raison d'un acte criminel;
- vous recevez une indemnité de départ, des dommages ou toute autre forme de paiement par suite de votre cessation d'emploi. Si vous recevez l'une ou l'autre des prestations mentionnées ci-dessus en une somme forfaitaire, nous cesserons de vous verser des prestations pendant le nombre de mois que couvre la somme forfaitaire par rapport à vos gains antérieurs à l'invalidité.

Présentation d'une demande de règlement

Toute preuve de sinistre doit nous parvenir dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence applicable à l'assurance invalidité de longue durée, ou dans les 90 jours suivant la résiliation du contrat, selon la première éventualité.

Assurance vie

Votre assurance vie

Dans la présente section, *vous, votre et vos* désignent l'employé.

En quoi consiste votre assurance vie

Si vous décédez pendant que votre assurance vie est en vigueur, le bénéficiaire que vous avez désigné recevra le montant prévu par l'assurance vie de l'employé.

Montant des prestations

Deux fois vos gains annuels, arrondis au multiple supérieur de 1 000 \$, jusqu'à concurrence de 200 000 \$. Le montant d'assurance sera calculé d'après vos gains annuels réels ou les gains annuels sur lesquels les primes ont été versées, selon le moins élevé de ces montants.

Réduction

Lorsque vous atteignez 65 ans, votre assurance vie de l'employé est réduite de 50 %.

Désignation de bénéficiaires

Vous pouvez désigner la ou les personnes à qui nous devons verser les prestations d'assurance vie payables à votre décès. Si vous ne nommez pas de bénéficiaire, les prestations seront versées à votre succession.

Si l'un des bénéficiaires que vous désignez est mineur et que vous ne nommez pas de fiduciaire (ou tuteur), la loi applicable pourrait nous interdire de verser avant la majorité de l'enfant les prestations d'assurance vie qui lui reviennent. Les sommes payables seront versées conformément aux lois applicables dans la province de résidence de l'enfant mineur.

Vous pouvez modifier votre désignation de bénéficiaires, si la loi le permet, en remplissant le formulaire approprié que vous pouvez vous procurer auprès de votre employeur. Vous devez signer et dater ce formulaire. Votre employeur a la responsabilité de nous faire parvenir le formulaire dûment rempli.

Cessation de l'assurance vie de l'employé

Lorsque vous atteignez l'âge de 70 ans.

Reportez-vous à la rubrique *Cessation de votre assurance* dans la section *Renseignements généraux* pour connaître les autres conditions qui s'appliquent lorsque votre assurance prend fin.

Assurance vie facultative de l'employé

En quoi consiste l'assurance vie facultative de l'employé

Si vous choisissez l'assurance vie facultative de l'employé et que vous décédez pendant que le contrat est en vigueur, les personnes que vous aurez désignées comme bénéficiaires de l'assurance recevront la somme prévue par l'assurance vie facultative de l'employé.

Montant des prestations

Nombre de tranches de 10 000 \$, que vous avez choisi, jusqu'à concurrence de 200 000 \$. Vous devez présenter une preuve d'assurabilité que nous devons approuver.

Désignation de bénéficiaires

Les bénéficiaires de votre assurance vie facultative de l'employé sont les mêmes que ceux que vous avez désignés pour votre assurance vie de l'employé.

Cessation de l'assurance vie facultative de l'employé

Lorsque vous atteignez l'âge de 65 ans.

Reportez-vous à la rubrique *Cessation de votre assurance* dans la section *Renseignements généraux* pour connaître les autres conditions qui s'appliquent lorsque votre assurance prend fin.

Renseignements supplémentaires sur l'assurance vie

Clause d'exonération des primes

Qu'advient-il du paiement des primes si vous devenez invalide?

Advenant votre invalidité avant l'âge de 65 ans, nous vous exonérons du paiement des primes de l'assurance vie de l'employé ou de l'assurance vie facultative de l'employé si vous avez été invalide pendant une période de six mois consécutifs ou que vous étiez invalide au moment de votre décès. Par exonération des primes, on entend que toute assurance en vigueur au moment du début de l'invalidité sera maintenue sans que le paiement des primes ne soit exigé. Toutefois, nous exonérerons le paiement des primes à la date à laquelle votre demande de prestations d'invalidité de longue durée au titre du contrat est approuvée.

Aux fins de cette garantie, *invalide* signifie que vous êtes incapable d'accomplir, auprès de votre employeur ou de tout autre employeur, les tâches essentielles de tout emploi pour lequel vous êtes qualifié en raison de votre scolarité, de votre formation ou de votre expérience. Toutefois, si votre demande de prestations d'invalidité de longue durée au titre du contrat est approuvée, vous serez considéré comme invalide.

Votre assurance vie de l'employé sera maintenue en vigueur aux termes de la présente clause jusqu'à ce que votre invalidité prenne fin ou jusqu'à ce que vous atteigniez l'âge de 65 ans, selon le premier de ces événements à survenir.

La résiliation du contrat n'aura pas d'incidences sur votre assurance pendant l'exonération des primes.

Nous devons recevoir une preuve de votre invalidité totale dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité. Nous pouvons également demander de temps à autre une preuve de la prolongation de l'invalidité. Nous pouvons demander à votre médecin des renseignements sur votre état de santé ou exiger que vous vous fassiez examiner par un médecin de notre choix. Si la preuve de l'invalidité totale ne nous parvient pas dans les trois mois suivant la date à laquelle nous l'avons demandée, l'exonération du paiement de vos primes prend fin.

Si vous n'êtes plus invalide et ne retournez pas travailler pour votre employeur, ou si vous retournez travailler pour votre employeur mais que le contrat n'est plus en vigueur, votre assurance vie prend fin. Vous pouvez alors avoir le droit de transformer votre assurance vie.

Reportez-vous à la rubrique *Transformation de votre assurance vie* dans la présente section.

Transformation de votre assurance vie

Si vous êtes âgé de moins de 65 ans et que votre assurance vie de l'employé ou votre assurance vie facultative de l'employé aux termes du présent contrat prend fin pour une des raisons suivantes :

- votre emploi prend fin;
- vous ne répondez plus à la définition d'employé;
- le présent contrat prend fin;
- votre catégorie d'employés n'est plus admissible à l'assurance;

vous pouvez transformer votre assurance collective en assurance individuelle.

Une demande écrite doit nous être présentée avec le paiement de la première prime dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance vie. Il s'agit de la période de transformation de 31 jours. L'assurance individuelle n'entrera en vigueur qu'à la fin de cette période de 31 jours.

Si vous décédez au cours de la période de transformation de 31 jours, nous verserons le montant d'assurance maximal que vous aviez le droit de demander.

Le taux de prime de l'assurance individuelle sera fondé sur :

- les taux d'assurance vie individuelle ou collective;
- le montant d'assurance demandé; et
- l'âge de la personne à assurer à son anniversaire de naissance le plus près de la date d'entrée en vigueur de la police.

La police individuelle est l'une des polices d'assurance vie de transformation habituellement offertes par la Great-West ou l'une de ses sociétés affiliées.

Exclusions

Nous ne verserons aucune prestation relative à tout montant d'assurance vie facultative de l'employé si votre décès est causé par un suicide qui survient dans les deux années suivant la date d'entrée en vigueur ou d'augmentation de l'assurance.

Demande de règlement

Nous vous verserons les prestations, à vous ou à votre bénéficiaire, dès que nous aurons reçu une preuve de sinistre satisfaisante.

Programme d'Assistance médicale globale

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

- Frais d'admission à l'hôpital payables sur-le-champ, le cas échéant, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 000 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge voyagez au Canada et que les soins appropriés ne sont pas offerts dans un établissement local, frais de transport du malade à l'hôpital le plus près en mesure de fournir les soins voulus. Si toutefois vous êtes à l'extérieur du Canada, le programme couvre les frais de transport du malade à l'hôpital canadien ou à l'hôpital étranger le plus près offrant les soins requis.

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

- Si vous ou une personne à votre charge voyagez seuls et que vous êtes hospitalisés pendant plus de sept jours, frais de transport et d'hébergement d'un membre de la famille pour qu'il puisse rejoindre le malade. Le programme couvre les frais de transport aller-retour en classe économique et les frais d'hébergement de cette personne dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.

- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés pendant que vous voyagez en compagnie d'une autre personne et que vous ne pouvez respecter vos réservations de vol de retour en raison de votre état de santé ou de celui de votre personne à charge, frais d'hébergement supplémentaires pour le compagnon de voyage, dans un hôtel de confort moyen, jusqu'à concurrence de 1 500 \$.
- Si vous ou une personne à votre charge et le compagnon de voyage ne pouvez utiliser le billet de retour prépayé pour cause d'hospitalisation, prix équivalent du billet de retour au domicile lorsque celui-ci n'est pas remboursable. Cependant, les frais engagés pour la location d'un véhicule ne sont pas remboursables aux termes du présent alinéa.
- En cas de décès, frais de préparation et de transport du corps jusqu'au lieu du domicile.
- Si vous ou une personne à votre charge êtes hospitalisés ou décédez, coût du billet de retour au domicile pour un mineur seul et, s'il y a lieu, du billet aller-retour d'une personne chargée de l'accompagner.
- Si vous ou une personne à votre charge ne pouvez conduire par suite d'une maladie ou d'une blessure, frais exigés pour ramener votre véhicule à votre domicile ou à l'agence de location la plus près, jusqu'à concurrence de 1 000 \$. Aucune prestation n'est toutefois versée aux termes du présent alinéa lorsque le prix équivalent du billet de retour au domicile est remboursé par le programme.

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

CONTACT – PROGRAMME D’AIDE AUX EMPLOYÉS

Le programme d’aide aux employés Contact vous procure, à vous et à vos personnes à charge, des services de consultation et d’information confidentiels.

Les services offerts par le programme d’aide aux employés Contact sont disponibles en composant le numéro sans frais indiqué ci-dessous. Les conseillers sont à votre service 24 heures par jour, 7 jours par semaine et sont en mesure de vous donner un soutien et des conseils immédiats, de gérer les crises ou les situations d’urgence et de fixer des rendez-vous.

Service en français : 1 800 361-5676

Service en anglais : 1 800 387-4765

Pour plus d’informations relativement aux services disponibles en vertu du programme d’aide aux employés Contact, veuillez vous référer à la brochure du programme d’aide aux employés fournie par votre administrateur de régime ou visitez le site du programme d’aide aux employés : **www.shepellfgi.com**.

**ASSURANCE MALADIE GRAVE COLLECTIVE FACULTATIVE
SOMMAIRE DES GARANTIES D'ASSURANCE
(Établi Par Assurance-vie Industrielle Alliance, Assurance et services
financiers Inc. Police Numéro: 100007862)**

Le présent document ne donne qu'un aperçu des garanties d'assurance maladie grave collective facultative auxquelles vous êtes admissible aux termes d'un contrat d'assurance collective délivré à votre employeur par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc. («la société») et est disponible sur demande. En cas de divergence entre le certificat d'assurance collective, le présent document et les dispositions du contrat d'assurance collective, c'est ce dernier qui l'emporte. Tout droit d'une personne assurée aux garanties est régi uniquement par le contrat d'assurance collective, celui-ci pouvant toujours être modifié s'il y a lieu.

Montants De Couverture Maladie Grave Disponibles

Les employés admissibles peuvent chacun demander la couverture d'assurance maladie grave par tranches de 25 000\$ jusqu'à un maximum de 300 000\$. Une preuve médicale doit être fournie par le demandeur pour tous les montants à moins que la demande soit faite en vertu d'une offre spéciale d'inscription à temps limité.

Admissibilité

L'assurance maladie grave collective facultative est disponible à tous les employés à temps-plein travaillant un minimum de 20 heures/semaine qui sont âgés de moins de 70 ans et qui sont résidents du Canada.

Description Du Régime - Couverture De L'employé

Garantie Maladies Ou Affections Couvertes

S'il est établi par un spécialiste qu'un employé assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de son assurance maladie grave collective facultative – celle-ci étant alors en vigueur – et que cette personne survit pendant au moins 30 jours suivant la date du diagnostic, ou toute autre période plus longue précisée pour certaines maladies ou affections couvertes, la société verse à l'employé assuré le montant de prestations auquel il a droit pour la « **maladie ou affection couverte** » en cause, sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date d'effet de l'assurance. Si la personne assurée décède avant de toucher la prestation approuvée, c'est à sa succession qu'elle est alors versée.

La prestation aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour une seule des maladies graves visées par cette garantie.

Ce régime vous déboussera le montant int de al prestation si vous êtes diagnostiqué avec l'une des maladies ou affections couvertes suivantes :

accident vasculaire cerebral

- anémie aplasique
- brûlures sévères
- cancer (avec risque de décès à court terme)
- cécité
- chirurgie coronarienne
- chirurgie de l'aorte
- coma
- crise cardiaque
- infection au VIH d'origine professionnelle
- insuffisance rénale
- maladie d'Alzheimer
- maladie de Parkinson
- maladie du neurone moteur
- méningite bactérienne
- paralysie
- perte d'autonomie

- perte de la parole
- perte de membres
- remplacement des valvules cardiaques
- sclérose en plaques
- surdité
- transplantation d'un organe vital
- transplantation d'un organe vital sur liste d'attente
- tumeur cérébrale bénigne

Garantie Protection PrévenSoins

S'il est établi par un spécialiste qu'un employé assuré souffre d'une des maladies ou affections faisant l'objet de la garantie protection PrévenSoins, son assurance maladie grave collective facultative étant alors en vigueur, la société lui verse une prestation qui correspond à 10 % du montant assuré à son égard (la garantie «**protection PrévenSoins**»), sous réserve des dispositions de la police collective. La date du diagnostic doit être ultérieure à la date d'effet de l'assurance. Si l'employé assuré décède avant de toucher la prestation approuvée aux termes de la garantie protection PrévenSoins, c'est à sa succession qu'elle est alors versée. La prestation aux termes de la garantie protection PrévenSoins n'est exigible qu'une fois et n'est consentie par la société que pour une seule des maladies graves visées par cette garantie.

Le versement de la prestation protection PrévenSoins n'a aucun effet sur le montant exigible en raison d'une maladie ou affection faisant l'objet d'une demande aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes.

L'assurance maladie grave collective facultative d'une personne assurée demeure en vigueur pendant l'étude d'une demande aux termes de la garantie protection PrévenSoins, ainsi qu'après le versement de l'indemnité qui en découle, à condition que le paiement des primes exigibles ne soit pas interrompu.

Restrictions

a) Garantie maladies ou affections couvertes

Un employé assuré n'a pas droit à la prestation d'assurance au titre de la garantie maladies ou affections couvertes dans le cas d'un cancer (avec risque de décès à court terme) ou d'une tumeur cérébrale bénigne et l'assurance sera nulle, si, dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de son assurance maladie grave collective facultative, l'employé assuré a reçu un des diagnostics suivants:

- i) un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, peu importe la date du diagnostic
- ii) un diagnostic de cancer (avec risque de décès à court terme), ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer (avec risque de décès à court terme), peu importe la date du diagnostic

b) Garantie protection PrevenSoins

L'assurance maladie grave collective facultative d'un employé assuré sera nulle et la responsabilité de la société se limitera au remboursement des primes acquittées si, dans les 90 jours qui suivent la date d'entrée en vigueur de son assurance maladie grave collective facultative, l'employé assuré a reçu un diagnostic de cancer en première phase, ou s'il manifeste quelque signe, symptôme ou s'il subit un examen menant à un diagnostic de cancer en première phase, peu importe la date du diagnostic.

Exclusions

Aux exclusions comprises dans la définition de certaines maladies ou affections couvertes, les exclusions suivantes s'appliquent aussi.

- a) Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins est diagnostiquée avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance maladie grave collective facultative de l'employé assuré;
- b) Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection visée par la garantie protection PrévenSoins résulte d'une maladie ou affection visée par la protection PrévenSoins diagnostiquée avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance maladie grave collective facultative de l'employé assuré;
- c) Aucune prestation ne sera versée si la maladie ou l'affection couverte visée par la garantie maladies ou affections couvertes ou par la garantie protection PrévenSoins résulte directement ou indirectement d'une ou plusieurs des éventualités suivantes :
 - i) d'une tentative de suicide;
 - ii) d'un empoisonnement ou d'une inhalation de gaz, volontaire ou involontaire, sans rapport à l'emploi de l'employé assuré;
 - iii) de la consommation de drogues autres que prescrites par un médecin autorisé;
 - iv) d'une guerre ou du service actif et à plein temps dans les forces armées d'un pays;
 - v) du vol à titre d'élève –pilote ou vol à titre de pilote titulaire d'une licence privée pendant moins de 25 heures en plus de 400 heures par année ; ou

- vi) de la participation à un acte criminel ou à une tentative d'acte criminel, notamment la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie supérieur à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang chez l'employée assuré;
 - vii) de toute blessure qu'on s'est soi-même infligée intentionnellement, sain d'esprit ou non.
- d) À l'égard de l'assurance maladie grave collective facultative délivrée à un employé qui à été approuvée par la société par suite d'une offre spéciale ou d'une offre aux nouveaux employés, aucune prestation n'est versée si la maladie ou affection couverte faisant normalement partie des maladies ou affections couvertes, ou visée par la garantie protection PrévenSoins résulte directement ou indirectement d'une maladie ou affection ou de quelque trouble mental, nerveux ou psychiatrique pour lequel l'employé assuré a reçu (ou qu'une personne prudente aurait normalement reçu) des conseils médicaux, un traitement, des services, des médicaments d'ordonnance, un diagnostic ou une consultation, y compris une consultation pour faire enquête ou pour poser un diagnostic (là où il n'a pas encore été établi), dans les 24 mois qui précèdent immédiatement la date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne assurée. Cette exclusion s'applique pour les 24 mois suivant la date d'effet de l'assurance maladie grave collective facultative de l'employé assuré aux termes d'une offre spéciale ou d'une offre aux nouveaux employés;

Nota 1 : L'exclusion d) applicable aux couvertures de l'offre spéciale et l'offre aux nouveaux employés seulement, sera supprimée dans l'éventualité qu'un employé assuré soumette une demande de couverture pour l'assurance maladie grave collective facultative supplémentaire, qui est sujette à une preuve d'assurabilité, et qu'une telle couverture est approuvée par la société.

En outre, aucune prestation n'est versée si l'employé assuré souffre de cécité, d'un coma, de surdité, d'une perte de membres, d'une paralysie, de brûlures sévères ou, d'un accident vasculaire cérébral, directement ou indirectement attribuable à la pratique amateur ou professionnelle de la boxe, du saut à l'élastique, du saut d'un point fixe en parachute, du paralpinisme ou saut extrême, du saut de falaise, de l'alpinisme, de la course automobile ou d'épreuves de vitesse terrestres ou nautiques, du saut en parachute ou des activités sous-marines, y compris la plongée avec scaphandre autonome, la plongée avec scuba et la plongée en snuba.

Droit De Transformation

Si l'assurance maladie grave collective facultative d'un employé assuré prend fin du fait que celui-ci cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective, sous réserve qu'il ait été assuré sans interruption pendant au moins les 24 mois immédiatement antérieurs à la fin de son admissibilité et qu'il n'a bénéficié d'aucune prestation aux termes d'une garantie protection PrévenSoins de la société, la personne assurée a le droit - jusqu'à et incluant son 65e anniversaire - de transformer l'assurance maladie grave collective facultative prenant fin en une police séparée d'assurance maladie grave et ce sans justification d'assurabilité.

La police séparée d'assurance maladie grave (la « police transformée ») est établie par la société sous réserve des conditions suivantes :

- a) le montant d'assurance en vigueur à l'égard de la personne assurée à la date de résiliation est d'au moins 5 000 \$;
- b) le montant maximum d'assurance aux termes de la police transformée ne peut dépasser 100 000 \$ ni le montant d'assurance en vigueur à l'égard de la personne assurée à la date de résiliation de son assurance collective;
- c) la personne assurée doit résider au Canada au moment de sa demande et doit présenter à la société un formulaire dûment rempli accompagné de sa première prime dans les 31 jours suivant la date de résiliation de son assurance collective;
- d) la police transformée ne peut être qu'un type de contrat d'assurance temporaire jusqu'à 75 ans alors consenti par la société;
- e) la police transformée est établie sans exonération des primes, remboursement de primes, bonification d'assurance libérée, ou majoration garantie;
- f) les taux de primes de la police transformée sont ceux alors en vigueur pour ce type de police; et
- g) les taux de primes sont déterminés en fonction du sexe de la personne assurée ainsi que de son âge et du fait qu'il soit fumeur ou non fumeur au moment de la transformation de son assurance collective.

Définitions

Définitions Générales

Âge s'entend de l'âge atteint d'un employé assuré à chaque date de renouvellement tel que défini dans la police collective.

Date du diagnostic s'entend de la date à laquelle un spécialiste pose, à l'égard de la personne assurée, un diagnostic d'une des maladies ou affections couvertes par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Diagnostic s'entend d'un diagnostic, certifié par un spécialiste, à l'égard de la personne assurée, d'une des maladies ou affections couvertes par la garantie maladies ou affections couvertes ou la garantie protection PrévenSoins.

Employé s'entend d'un employé tel que le définit la police collective.

Maladies ou affections couvertes pour lesquelles une prestation est versée en vertu de la police collective en ce qui concerne un employé assuré, sont l'accident vasculaire cérébral, l'anémie aplasique, les brûlures sévères, le cancer (avec risque de décès à court terme), la cécité, la chirurgie coronarienne, la chirurgie de l'aorte, le coma, la crise cardiaque, l'infection au VIH d'origine professionnelle, l'insuffisance rénale, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie du neurone moteur, la méningite bactérienne, la paralysie, la perte d'autonomie, la perte de la parole, la perte de membres, le remplacement des valvules cardiaques, la sclérose en plaques, la surdité, la transplantation d'un organe vital, la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, et la tumeur cérébrale bénigne conformément à ce qui est défini plus loin sous la rubrique « Définitions des maladies ou affections couvertes ».

Maladies ou affections couvertes par la garantie protection PrévenSoins s'entend des troubles médicaux pour lesquels un employé assuré a droit à une prestation PrévenSoins aux termes de la police collective. Il s'agit de l'angioplastie coronarienne et du cancer en première phase selon qu'il est défini dans le présent document.

Offre aux nouveaux employés s'entend de l'assurance maladie grave collective facultative offerte aux nouveaux employés sur une base d'adhésion garantie pendant une période d'adhésion spécifiée en autant que toute période d'attente requise pour admissibilité soit complétée''.

Offre spéciale s'entend de l'assurance maladie grave collective facultative offerte aux employés admissibles, sur une base d'adhésion garantie pendant une période d'adhésion spécifiée.

Personne assurée s'entend d'un employé admissible et assuré aux termes de la police collective.

Prestation s'entend du montant d'assurance maladie grave collective facultative auquel la personne assurée a été approuvé par l'Industrielle Alliance.

Spécialiste s'entend d'un médecin praticien autorisé ayant reçu la formation propre au domaine de spécialisation médicale pertinent à la maladie assurée aux termes de la garantie maladies ou affections couvertes ou de la garantie protection PrévenSoins et faisant l'objet d'une demande de prestations, les compétences de ce spécialiste ayant été certifiées par une commission d'examen appropriée. Cette définition de spécialiste comprend notamment tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des brûlures et interniste. Le spécialiste ne peut être ni la personne assurée, ni un parent ou associé de celui-ci.

Vous ou votre fait référence à la personne assurée.

Définitions Des Maladies Ou Affections Couvertes – Toutes Les Personnes Assurées

Accident vasculaire cérébral s'entend du diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

- une apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et
- de nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique,

persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera versée pour cette affection dans les cas suivants :

- attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou
- accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou
- infarctus lacunaire lequel ne rencontre pas la définition d'accident vasculaire cérébral donnée plus haut.

Anémie aplasique s'entend du diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopénie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comportant au moins un des éléments suivants :

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

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste.

Brûlures sévères s'entend d'un diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste.

Cancer (avec risque de décès à court terme) s'entend du diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un médecin spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée dans le cas des cancers suivants qui n'ont pas de risque de décès à court terme :

- un carcinome in situ, ou
- un mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V), ou
- tout cancer de la peau, autre qu'un mélanome, qui n'a pas métastasé
- un cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)

Cécité s'entend d'un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des 2 yeux, mise en évidence par :

- une acuité visuelle corrigée 20/200 ou moins dans les 2 yeux, ou
- un champ visuel de moins de 20 degrés dans les 2 yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte s'entend d'une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par « aorte » l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications. Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de la chirurgie de l'aorte.

Chirurgie coronarienne s'entend d'une chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronarienne, étant exclue toute intervention non chirurgicale ou par cathétérisme, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction. La nécessité médicale de la chirurgie coronarienne doit être établie par un spécialiste.

Coma s'entend du diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection dans le cas :

- d'un coma médicalement provoqué,
- d'un coma qui résulte directement de l'usage d'alcool ou de drogues, ou
- d'un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque s'entend du diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :

- des symptômes de crise cardiaque,
- de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde,
- l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera versée pour cette affection dans le cas :

- d'une élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle, incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence de nouvelles ondes Q, ou
- de la découverte fortuite de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne répond pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée ci-dessus.

Infection au VIH d'origine professionnelle s'entend du diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'occupation de la personne assurée et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de la couverture de la personne assurée.

La prestation ne sera versée que si tous les critères suivants sont satisfaits :

- la blessure accidentelle doit être rapportée à l'assureur dans les 14 jours qui suivent l'accident;
- une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours qui suivent la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif;
- une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours après la blessure accidentelle et le résultat doit être positif;
- tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis d'Amérique;
- la blessure accidentelle doit être rapportée, enquêtée et documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis d'Amérique.

Le diagnostic d'infection au VIH d'origine professionnelle doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection si :

- La personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH;
- un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; ou
- l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle, incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues par voie intraveineuse.

Insuffisance rénale s'entend du diagnostic définitif d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou dialyse péritonéale, ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Maladie d'Alzheimer s'entend du diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une diminution marquée de son fonctionnement mental et social. Cette diminution doit nécessiter une surveillance journalière d'un minimum de 8 heures. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques

Maladie de Parkinson s'entend du diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de deux des manifestations cliniques suivantes: rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). La personne assurée doit avoir besoin d'aide physique substantielle d'un autre adulte pour effectuer au moins deux des six activités de la vie quotidienne suivantes. Le diagnostic de Maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires, avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux, de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général;
- se mouvoir – capacité d'entrer ou de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint;
- se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, que ce soit avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection pour tout autre type de parkinsonisme

Maladie du neurone moteur s'entend du diagnostic définitif d'une des maladies suivantes : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, amyotrophie spinale progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudobulbaire, et se limite à ces maladies. Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un spécialiste.

Méningite bactérienne s'entend du diagnostic définitif de méningite – confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture – qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection dans le cas d'une méningite virale.

Paralysie s'entend du diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres durant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie s'entend du diagnostic définitif de:

- l'incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne énumérées ci-dessous, ou
- d'une déficience cognitive, telle que définie ci-après,

pour une période ininterrompue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont :

- prendre son bain – capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires;
- se vêtir – capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux;
- faire sa toilette – capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète;
- être continent – capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires, avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux, de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général;

- se mouvoir – capacité d’entrer ou de sortir d’un lit, de s’asseoir ou de se relever d’une chaise ou d’un fauteuil roulant, avec ou sans l’aide d’équipement d’appoint;
- se nourrir – capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, que ce soit avec ou sans l’aide d’ustensiles adaptés.

On entend par « déficience cognitive » une détérioration mentale et perte de l’aptitude intellectuelle se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l’orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables, et qui résulte d’une cause organique vérifiable diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière d’un minimum de 8 heures. L’établissement de la déficience cognitive reposera sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides des dites déficiences.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.

Perte de la parole s’entend d’un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l’usage de la parole résultant d’une blessure ou maladie physique et démontrée pour une période continue d’au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres s’entend d’un diagnostic définitif de séparation complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l’articulation du poignet ou de la cheville résultant d’un accident ou d’une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Remplacement des valvules cardiaques s’entend du remplacement chirurgical de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique. Un spécialiste doit approuver la nécessité médicale de cette chirurgie.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour la réparation d’une valvule cardiaque.

Sclérose en plaques s'entend d'un diagnostic définitif d'au moins une des manifestations suivantes :

- au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois et confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation; ou
- un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois.

Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.

Surdité s'entend du diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Transplantation d'un organe vital s'entend du diagnostic définitif d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour être admise aux prestations en vertu de la transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes. Le diagnostic d'insuffisance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Transplantation d'un organe vital sur liste s'entend du diagnostic définitif d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour être admise aux prestations en vertu de la transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit se faire inscrire comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis d'Amérique et qui effectue la forme de transplantation requise. Aux fins de la présente maladie ou affection couverte, la date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée au programme de transplantation. Le diagnostic d'insuffisance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Tumeur cérébrale bénigne s'entend du diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles. Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.

Exclusion : aucune prestation ne sera versée pour cette affection dans le cas de microadénomes pituitaires de moins de 10mm.

Définition Des Maladies Couvertes Visées Par La Garantie Protection Prévensoins

Angioplastie coronarienne s'entend d'une intervention visant à dégager ou dilater une artère coronarienne qui apporte le sang au cœur pour en assurer le débit ininterrompu. La nécessité médicale de cette intervention doit être établie par un spécialiste.

Cancer en première phase s'entend d'une des affections suivantes:

- mélanome malin envahissant le derme à une profondeur égale ou inférieure à 1,0mm
- cancer de la prostate, stage A (T1a ou T1b)
- carcinome canalaire in situ du sein

Le diagnostic d'un cancer en première phase doit être posé par un spécialiste.

Le Service De Gestion De Traitements Oneworld Assist

À titre d'assuré aux termes d'un régime d'assurance maladie grave de la société, vous avez accès au service de gestion de traitements OneWorld Assist qui vous facilite l'obtention de soins médicaux spécialisés privés à l'occasion d'un sinistre. Ayant accès à des centres de traitement partout dans le monde, OneWorld Assist coordonne les rendez-vous et les traitements médicaux avec les médecins spécialistes et les chirurgiens et s'occupe des modalités de voyage et d'hébergement, s'il y a lieu, à prix avantageux.

Pour savoir comment accéder à ce service, veuillez communiquer avec OneWorld Assist en composant le numéro sans frais 1 800 533-8718, ou par courriel à l'adresse info@oneworldassist.com, ou en visitant le site www.oneworldassist.com/TMS. Veuillez prendre note que des frais d'utilisation peuvent s'appliquer.

Dispositions Générales

Résiliation de l'assurance d'une personne assure

L'assurance maladie grave collective facultative d'un employé assuré prend fin automatiquement à la première des dates suivantes:

- a) la date de résiliation de la police collective;
- b) la date à laquelle la prestation sous la garantie maladies ou affections couvertes est versée;
- c) la date de décès de l'employé assuré;
- d) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date de cessation d'emploi de l'employé ou la date à laquelle son emploi est modifié de sorte qu'il cesse d'être admissible à l'assurance aux termes de la police collective;
- e) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement le 75e anniversaire de naissance de l'employé;

- f) la date d'échéance de toute prime impayée; et
- g) la fin du mois d'assurance qui coïncide avec ou qui suit immédiatement la date à laquelle la société reçoit une demande écrite de l'employé de la résiliation de la couverture d'assurance en totalité ou en partie.

Demandes De Règlement

Avant tout versement de prestations d'assurance aux termes de la police collective, nous exigeons que nos formulaires de demandes de règlement soient dûment remplis et envoyés au siège social de la société. Veuillez nous appeler sans frais au 1 800 266-5667 pour obtenir les formulaires appropriés et des précisions sur la procédure de présentation des demandes de règlement.

Toute action ou toute procédure engagée contre un assureur pour le recouvrement des sommes assurées payables aux termes du présent Contrat se prescrit de façon absolue dans le délai prévu par la Loi sur les assurances. La loi sur les assurances désigne la législation des assurances s'appliquant pour chacune des juridictions provinciales.

Nota : Chaque demande est évaluée et réglée en fonction de la définition donnée à la date du diagnostic en cause pour la maladie ou affection couverte ou la garantie protection PrévenSoins applicable.

Questions? Nous Sommes Ici Pour Vous Aider.

Pour Communiquer Avec Un Spécialiste Du Service À La Clientèle :

1.800.266.5667 (sans frais)
604.737.3802 (Vancouver)
solutions@inalco.com
Du lundi au vendredi, de 6 h 30 à 16 h 30 heure du Pacifique

Où Contactez :

Solutions pour les marchés spéciaux
Industrielle Alliance, Assurance et services financiers Inc.
2165 Broadway O, CP 5900, Vancouver, BC V6B 5H6

Imprimé le : 5 avril 2016