

GARANTIE D'ASSURANCE MALADIE

Si, par suite d'un accident ou d'une maladie, un personne assurée en vertu du présent contrat doit supporter des frais, le titulaire a droit au remboursement de ces frais jusqu'à concurrence des montants mentionnés ci-après.

Les frais décrits aux paragraphes a), b) et c) sont remboursés à 100 %. Ces frais sont admissibles s'ils sont médicalement requis et prescrits par un médecin.

a) Les frais d'**hospitalisation** supportés au Canada et en excédent de ce qui est payable par tout régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours.

b) Les frais d'occupation d'une chambre dans un **centre d'hébergement et de soins de longue durée** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou dans un centre hospitalier si l'assuré reçoit des soins de longue durée, et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, pourvu que l'occupation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à 180 jours par année civile par assuré.

c) Les frais d'occupation d'une chambre, repas compris, pendant au moins 12 heures consécutives dans un **centre de réadaptation** au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et excédant les frais payables par un régime étatique d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée, pourvu que l'assuré soit admis dans un tel centre moins de 14 jours après la fin de son hospitalisation et que l'hospitalisation ait débuté en cours d'assurance. Cependant, ces frais sont limités à une période maximale de 180 jours par invalidité.

Les frais suivants sont remboursés à 75 % des premiers 1 000 \$ de frais admissibles par année civile pour le titulaire et ses personnes à charge assurées et à 100 % de l'excédent. Ces frais sont admissibles s'ils sont médicalement requis et prescrits par un médecin :

- **Les médicaments prescrits***, vendus par un pharmacien licencié ou par un médecin dûment autorisé, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste; sous réserve des exclusions apparaissant ci-après, nous entendons par médicaments, les produits inclus dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec ou dans la liste de médicaments de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (l'A.Q.P.P.) à l'exception des médicaments codés "V" ou "Z".

*** IMPORTANT : Les médicaments inclus dans la liste de médicaments couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec sont exclus de l'assurance en vertu de la présente police.**

De plus, les produits suivants inclus dans ces listes ne sont pas couverts :

- . produits considérés comme étant des substituts de nourriture, produits cosmétiques, savons, huiles de teint, émoullients épidermiques, shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- . substances ou aliments diététiques, produits contre l'obésité;
- . médicaments homéopathiques;
- . toute substance utilisée dans le but d'insémination, gelées et mousses à but contraceptif et prophylactique;
- . médicaments fournis au cours d'une hospitalisation;
- . produits contre la calvitie, les rides ou tout traitement administré principalement à des fins esthétiques;
- . produits anti-tabac;
- . médicaments ou substance servant au traitement de l'infertilité ou l'impuissance.

- Les **honoraires d'infirmiers licenciés ou d'infirmiers auxiliaires** pour soins médicaux rendus au domicile de la personne assurée, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement à la maison de la personne assurée ou qui fait partie de sa famille, sujets à un maximum admissible de 3 000 \$ par année civile, par personne assurée.

- **Les frais pour radiographies, analyses de laboratoire, oxygène, sang, plasma sanguin et transfusion à l'exception des frais pour la conservation ou la congélation de sang et plasma.**

- Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est jugé plus économique par l'Assureur, de **chaise roulante, de poumon d'acier ou d'autres appareils thérapeutiques.**

- Les frais d'achat d'un **membre ou d'un oeil artificiel**; d'achat ou de location de **supports, corsets ou autres équipements orthopédiques, de bandes herniaires ou de béquilles.**

- Les frais d'achat de **bas de soutien**, jusqu'à concurrence de 6 paires par période de 12 mois consécutifs.

- Les frais d'achat ou de réparation d'**appareil auditif** jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 500 \$ par période de 24 mois.

- Les frais d'achat d'un **glucomètre** jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 250 \$ par période de 36 mois consécutifs.

- Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** à la suite de traitements de chimiothérapie, jusqu'à concurrence d'un montant admissible viager de 300 \$.

- Les frais d'achat d'une **prothèse mammaire externe** par suite d'une mastectomie radicale, en excédent du montant versé par le régime gouvernemental, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 150 \$ par année civile.

- Les frais d'achat d'un **neurostimulateur percutané** jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 1 000 \$ par période de 60 mois consécutifs.

- Les honoraires d'un **dentiste pour le traitement de lésions à des dents saines et naturelles, subies du fait d'un accident** survenu en cours d'assurance, à condition que les services aient été rendus dans les 12 mois de la date de l'accident.

- Les frais de transport par **ambulance**, y compris le transport aérien en cas d'urgence au plus proche hôpital pouvant fournir les soins requis.

- Les coûts d'**éléments correctifs** ajoutés à des chaussures ordinaires, fabriqués par un laboratoire orthopédique spécialisé; le coût initial ou le coût de remplacement de **chaussures orthopédiques** fabriquées sur mesure pour la personne assurée, par un laboratoire orthopédique spécialisé, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 400 \$ par année civile par personne assurée. Le laboratoire orthopédique spécialisé doit être licencié en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., ch.p.-35).

- Les honoraires de **podiatre, de naturopathe, d'ostéopathe, d'ergothérapeute, d'orthophoniste et d'audiologiste**, sujets à un maximum admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à prestation.

- Les honoraires de **chiropraticien**. Les radiographies de chiropraticien sont remboursables jusqu'à concurrence d'un montant de 50 \$ par année. Ces frais sont sujets à un maximum global admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à une prestation.

- Les honoraires de **physiothérapeute**. Ces frais sont sujets à un maximum admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à une prestation.
- Les honoraires **d'acupuncteur**. Ces frais sont sujets à un maximum admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée. Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à une prestation.
- Les honoraires de **diététiste** jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile.
- Les honoraires de **psychiatre, psychanalyste en clinique externe et psychologue** jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces professionnels, lequel s'appliquera également dans le cas de thérapie conjugale pour les 2 conjoints. Les services de psychiatres qui sont remboursés, sont uniquement ceux rendus comme traitements de psychanalyse et dans la mesure où ces professionnels font partie de la Société canadienne de psychanalyse.
- Les honoraires de **massothérapeute, d'homéopathe, de kinésithérapeute et d'orthothérapeute**. Ces frais sont sujets à un maximum admissible de 500 \$ par année civile pour l'ensemble de ces professionnels. Un seul traitement par jour, pour le même patient est sujet à une prestation.

IMPORTANT : Le maximum admissible est le montant maximum sujet à un remboursement et sur lequel sera basé votre remboursement, que ce soit à 75 % ou à 100 %.

ASSURANCE VOYAGE

L'assureur rembourse les frais usuels et raisonnables s'ils sont engagés par suite d'une situation d'urgence, résultant d'un accident ou d'une maladie, survenue alors que la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et à la condition que la personne assurée soit couverte par la Régie de l'assurance-maladie de sa province de résidence. **Pour être considéré temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, le séjour ne doit pas excéder 90 jours consécutifs; ce séjour peut être prolongé pour plus de 90 jours pourvu qu'il le soit en raison de la maladie ou de l'accident survenu au cours de la période de 90 jours et que le retour dans sa province de résidence soit impossible pour des raisons médicales justifiables.**

Les prestations sont accordées en supplément et non en remplacement des prestations prévues par les programmes gouvernementaux. **Le remboursement maximal par assuré est de 1 000 000 \$ viager.**

ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

L'Assureur rembourse 100 % des frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré alors que la présente garantie est en vigueur, et que ce dernier, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaît aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. **Les frais couverts sont limités à 5 000 \$ par assuré par voyage.**

DEMANDES DE PRESTATIONS

L'assuré doit faire parvenir à l'Assureur le formulaire de demande de prestations dûment rempli, daté et signé. Il est important de suivre les indications inscrites sur le formulaire et de joindre les factures originales et les reçus officiels des frais engagés. L'assuré doit conserver ses copies de reçus, car les originaux ne sont pas retournés. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, l'assuré présente sa carte de services au centre hospitalier lequel fera ensuite parvenir la demande de prestations directement à l'Assureur. Toute demande de prestations doit être présentée à l'Assureur dans les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

PRODUIT D'ASSURANCE MALADIE INDIVIDUELLE (Résidents du Québec)

assuré par



Série 3995

En vigueur le 1er juillet 2006

PRIMES MENSUELLES APPLICABLES DU 1ER JUILLET 2006 AU 30 JUIN 2007

La prime est calculée mensuellement en fonction de l'âge véritable du titulaire au début de chaque mois. Les tarifs de prime en fonction de l'âge du titulaire sont révisés le 1er janvier de chaque année et garantis jusqu'au 1er janvier de l'année suivante.

Âge au début du mois	Protection individuelle	Protection monoparentale	Protection familiale
moins de 50 ans	21,52 \$	32,29 \$	53,81 \$
50 à 59 ans	26,90 \$	40,35 \$	57,85 \$
60 à 64 ans	34,97 \$	52,46 \$	68,60 \$
65 à 69 ans	51,12 \$	68,60 \$	86,10 \$
70 ans et plus	62,88 \$	85,51 \$	108,13 \$

Ces taux sont en vigueur jusqu'à ce qu'ils soient remplacés par un avis de l'assureur.

Ce document est distribué à titre informatif seulement. Il ne mentionne pas toutes les clauses concernant les définitions, l'admissibilité, l'adhésion, la fin de l'assurance et autres stipulations qui apparaissent au contrat.