



# Fonds en fiducie de l'**AANNC** – Régime de soins de santé

**Retraités représentés  
admissibles de NAV CANADA  
qui prennent leur retraite à  
compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010**

Contrat numéro 150052

Prise d'effet le 1<sup>er</sup> janvier 2010

## Table des matières

<b>Conditions générales .....</b>	<b>4</b>
Conditions d'admission .....	4
Personne à charge .....	5
Preuve d'assurabilité .....	6
Demande d'adhésion .....	7
Prise d'effet de la couverture .....	8
Tenue à jour de votre dossier .....	8
Cessation de la couverture .....	8
Versement des primes .....	9
Prestations au décès .....	9
Demande de règlement .....	9
Soumission d'une demande de règlement .....	11
Coordination des prestations .....	14
Droit de recouvrement .....	15
Définitions .....	16
<b>Frais hospitaliers.....</b>	<b>17</b>
Frais remboursables .....	17
Frais hospitaliers .....	17
Attestation .....	17
Règlements des prestations .....	17
Restrictions .....	18
Exclusions .....	18
<b>Frais médicaux.....</b>	<b>20</b>
Frais remboursables .....	20
Franchise – Médicaments sur ordonnance .....	20
Catégorie 1 - Médicaments sur ordonnance .....	20
Catégorie 2 - Frais médicaux supplémentaires .....	24
Catégorie 3 - Services paramédicaux .....	31
Catégorie 4 - Soins de la vue .....	32
Catégorie 5 - Frais dentaires .....	33
Attestation .....	35
Règlement des prestations .....	35
Restrictions .....	36
Exclusions .....	36
<b>Programme Voyage Assistance.....</b>	<b>38</b>

**À: Tous les participants du Régime de soins de santé du Fonds en fiducie de l'AANNC - Contrat #150052**

Nous sommes heureux de vous soumettre le présent livret électronique qui décrit les garanties qui vous sont offertes, ainsi qu'à vos personnes à charge admissibles, en vertu du Régime de soins de santé du Fonds en fiducie de l'AANNC.

Ce livret électronique comprend un aperçu de la couverture et des garanties, de même que divers autres aspects du régime comme les procédures administratives et les demandes de règlement, les privilèges, etc.

Nous avons pris ces dispositions en votre nom et sommes convaincus que le Régime de soins de santé du Fonds en fiducie de l'AANNC reflète l'intérêt continu dont nous faisons preuve envers votre sécurité et votre bien-être à la retraite, de même que ceux des membres de votre famille.

Coughlin & associés Ltée assure l'administration du régime. La Financière Sun Life agit uniquement à titre de souscripteur et d'adjudicateur des demandes de règlement. Toutes questions au sujet des demandes de règlement doivent être soumises directement à la Financière Sun Life ; toutes les autres questions doivent être soumises directement à Coughlin & associés Ltée.

Nous vous invitons à lire attentivement le livret électronique et à vous familiariser avec les garanties.

Fraternellement vôtre,

Les fiduciaires du Fonds en fiducie de l'AANNC

Ruth Beilman  
David Gainforth  
Greg Myles

### **Respect des renseignements personnels**

Coughlin & associés Ltée est l'administrateur de votre régime collectif de soins de santé. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime collectif de soins de santé. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.

### **Administrateur du régime : Coughlin & associés Ltée**

Adresse :	Adresse postale :
466, rue Tremblay	C.P. 3517, succursale C
OTTAWA, ON K1G 3R1	OTTAWA, ON K1Y 4H5

Courriel : [webmaster@coughlin.ca](mailto:webmaster@coughlin.ca)  
Téléphone : (613) 231-2266  
Sans frais : (888) 613-1234  
Télécopieur : (613) 231-2345

## Conditions générales

### Conditions d'admissibilité

Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez résider au Canada et remplir les conditions suivantes :

- vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.
- vous prenez votre retraite le 1<sup>er</sup> janvier 2010 ou après cette date.
- vous étiez couvert à titre d'employé syndiqué en vertu du régime collectif de NAV CANADA le jour précédent la date de votre retraite.
- à votre départ à la retraite, vous n'avez pas opté pour le transfert de la valeur escomptée de vos droits à retraite et vous avez droit à une rente immédiate.
- vous comptez au moins 15 années de services validables.

Vos personnes à votre charge sont admissibles au régime à la date à laquelle vous y êtes admissible ou à la date à laquelle elles répondent à la définition de personnes à charge, si cette date est postérieure

**Personne à charge**

Par *personne à charge*, on entend votre conjoint ou votre enfant, qui réside au Canada. Pour être admissible à la couverture, votre personne à charge doit être couverte par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.

Par *conjoint*, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par *enfant*, on entend tout enfant du salarié ou de son conjoint (y compris un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 21 ans.

L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

L'enfant qui souffre d'un handicap avant l'âge limite demeure couvert après l'âge limite :

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale, et
- si vous assurez son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi.

Dans les cas ci-dessus, vous devez informer la Sun Life dans les 31 jours suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite. Le titulaire du contrat peut vous donner des précisions à ce sujet.

**Preuve d'assurabilité** À l'appui de la demande, les documents ci-dessous doivent être présentés au promoteur pour approbation avant la date de prise d'effet de la couverture.

**Conjoint** – L'acte de naissance du conjoint **et** le certificat de mariage.

**Conjoint de fait** – L'acte de naissance du conjoint de fait **et** la déclaration solennelle.

**Enfant** – Acte de naissance.

**Enfant placé en famille d'accueil** – Acte de naissance et document attestant la tutelle légale.

**Enfant adopté** – Acte de naissance (et document attestant la tutelle légale, si ce n'est pas indiqué sur l'acte de naissance).

**Enfant du conjoint** – Acte de naissance (admissible seulement si le conjoint ou conjoint de fait est lui-même admissible).

**Enfant âgé de plus de 21 ans** – Attestation d'inscription à titre d'étudiant à temps plein (à fournir chaque année) OU approbation de l'invalidité par la Sun Life du régime (à fournir une seule fois).

**Demande d'adhésion**

Si vous désirez bénéficier d'une couverture de soins de santé pendant la retraite, vous devez présenter une demande d'adhésion et compléter le formulaire d'adhésion du Régime de soins de santé du Fonds en Fiducie de l'AANNC et ce, avant la date de votre retraite.

Le formulaire d'adhésion est disponible au site web de l'administrateur du Fonds en fiducie de l'AANNC à : [www.coughlin.ca/ncbaa-aannc](http://www.coughlin.ca/ncbaa-aannc). Vous n'avez qu'à cliquer sur le bouton des formulaires à la barre de menu bleue. Cliquez ensuite sur *Régime de soins de santé*. Complétez le formulaire et faites-le parvenir à l'administrateur du régime par la poste ou par courriel. Lorsque vous ferez parvenir le formulaire dûment complété et signé à l'administrateur du régime, assurez-vous d'indiquer la mention *Fonds en fiducie de l'AANNC* à la ligne objet de votre lettre, télécopie ou courriel.

**Administrateur du régime : Coughlin & associés ltée**

Adresse :	Adresse postale :
466, rue Tremblay	C.P. 3517, succursale C
OTTAWA, ON K1G 3R1	OTTAWA, ON K1Y 4H5

Courriel : [webmaster@coughlin.ca](mailto:webmaster@coughlin.ca)  
Téléphone : (613) 231-2266  
Sans frais : (888) 613-1234  
Télécopieur : (613) 231-2345

**Prise d'effet  
de la couverture**

Votre couverture prend effet le premier jour du mois suivant le deuxième mois après la date de votre retraite.

Par exemple, si vous prenez votre retraite à n'importe quelle date en janvier, votre couverture prendra effet le 1<sup>er</sup> mars.

La couverture des personnes charge prend effet dès que vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même et que vous avez une personne à votre charge admissible à la couverture.

Cependant, la personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée n'est couverte qu'à compter du jour où elle ne l'est plus et où elle exerce effectivement ses activités habituelles.

Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à votre charge est couverte automatiquement.

**Tenue à jour de  
votre dossier**

Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez le titulaire du contrat :

- de tout changement de situation quant aux personnes à charge.
- de tout changement de nom.

**Cessation de la  
couverture**

Votre couverture prend fin dès que la garantie qui vous couvre est résiliée.

La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- votre couverture prend fin.
- la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge.

Cependant, si vous décédez en cours de couverture, la personne à votre charge demeure couverte sur une base optionnelle jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :

- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.
- le décès de la personne à charge.

**Versement des primes** Lorsque vous soumettez une demande d'adhésion au Régime de soins de santé, vous autorisez NAV CANADA à prélever mensuellement la prime de votre rente, incluant les taxes applicables, et à verser cette prime et les taxes applicables à l'AANNC en votre nom.

Si votre prestation de retraite ne suffit pas à couvrir la prime requise, vous serez personnellement responsable du versement direct de la prime à l'administrateur, Coughlin & associés Ltée, et ce, à l'aide de chèques post-datés ou d'une autorisation de prélèvement bancaire automatique.

Les primes seront versées au Fonds en fiducie de l'AANNC. Il est entendu que, en tant que participant au Régime, le Fonds en fiducie de l'AANNC est responsable de vous fournir les couvertures de soins de santé et que par conséquent ces couvertures sont sujettes à une révision constante de tous les aspects du droit de modifier ou de mettre fin à l'une ou l'autre des couvertures sous réserve des conditions de l'Entente de fiducie du Fonds en fiducie de l'AANNC.

**Prestations au décès** Si la personne décédée était un employé représenté admissible de NAV CANADA qui a pris sa retraite le ou après le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et qu'il est subséquemment décédé, le conjoint survivant et ses enfants à charge qui reçoivent une prestation de retraite de NAV CANADA, qui demeurent au Canada et qui sont admissibles à l'assurance-maladie provinciale demeureront admissibles à la couverture de soins de santé tant et aussi longtemps que les primes seront versées ou jusqu'à ce qu'ils ne soient plus admissibles à la couverture.

**Demande de règlement** La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez communiquer avec l'administrateur du régime ou accéder à son site web à [www.coughlin.ca/ncbaa-aannc](http://www.coughlin.ca/ncbaa-aannc) pour obtenir un formulaire de demande de règlement.

Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Ces délais sont indiqués dans les sections appropriées du livret électronique. Toutes les demandes doivent être faites par écrit au moyen de formulaires approuvés par la Sun Life.

Vous ne pouvez intenter une action en justice plus de un an après la date à laquelle nous devons avoir reçu votre formulaire de demande de règlement.

**Soumission d'une  
demande de  
règlement****Frais d'hospitalisation**

Si vous, votre conjoint ou l'un de vos enfants à charge êtes hospitalisé, fournissez votre numéro de contrat au commis à l'admission, soit le 150052, ainsi que le nom de votre compagnie d'assurance, la Financière Sun Life.

Normalement, les hôpitaux facturent le Régime directement. Si votre hôpital ne peut ce faire, faites parvenir un formulaire de demande de règlement dûment complété avec la facture de l'hôpital à la Sun Life. Elle paiera alors l'hôpital directement, si la demande lui est parvenue directement de l'hôpital, ou elle vous remboursera, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-particulière.

**Frais d'hospitalisation et de soins hors province**

Si vous bénéficiez de l'assurance supplémentaire et êtes confronté à une urgence lors d'un voyage, communiquez avec Europ Assistance (si possible, avant d'encourir des frais) au :

- 1-800-511-4610 (au Canada ou aux ÉU), ou
- 001-800-368-7888 (au Mexique), ou
- \*202-296-7493 (de partout ailleurs, appelez à frais virés).

\* Ajouter le code du pays pour rejoindre les États-Unis.

Europ Assistance coordonnera les paiements avec votre régime d'assurance-maladie provincial et avec la Sun Life pour les membres qui bénéficient de la couverture supplémentaire. Vous n'êtes pas tenu de soumettre une demande de règlement, sauf si vous désirez coordonner le règlement de votre demande avec des couvertures dont vous bénéficiez en vertu d'autres régimes.

Si vous ne communiquez pas avec Europ Assistance:

- obtenez des reçus détaillés,
- soumettez les frais à votre régime d'assurance-maladie provincial,
- une fois que le régime provincial vous aura remboursé, faites parvenir les documents suivants à la Sun Life :
  - un formulaire de demande de règlement,
  - des copies supplémentaires de vos reçus (ou des photocopies), et
  - le relevé de remboursement du régime provincial

Soumettez votre demande de règlement aussi rapidement que possible car les régimes provinciaux appliquent des délais très stricts. Si votre demande leur parvient passé ces délais, elle peut ne pas être remboursée par la province ou par la Sun Life.

#### **Frais de soins de la vue**

Vous pouvez soumettre électroniquement une demande de règlement pour des lunettes ou des lentilles cornéennes. Vous n'avez qu'à vous rendre à [www.sunnet.sunlife.com/member/signin/index.asp](http://www.sunnet.sunlife.com/member/signin/index.asp), à ouvrir une session à l'aide de vos code d'accès et mot de passe, à cliquer sur « *Mes règlements* » et ensuite sur « *En ligne – frais d'optique* » à l'onglet « *Virement automatique* ». Vous pouvez obtenir votre code d'accès et mot de passe en communiquant avec Sun Life au 1-800-361-6212.

Ou si vous préférez :

- réglez les frais et obtenez un reçu,
- complétez un formulaire de demande de règlement, et
- postez la demande et le reçu à la Sun Life.

---

Dans le cas d'une chirurgie oculaire au laser :

- réglez les frais et obtenez un reçu,
- complétez un formulaire de demande de règlement, et
- postez la demande et le reçu à la Sun Life.

Lorsque la prochaine période de deux années de référence débute, soumettez un formulaire de demande de règlement et une copie de l'original de votre reçu ainsi que le sommaire du remboursement de Sun Life. Vous pouvez continuer à soumettre votre demande de règlement à nouveau dans le cas d'une chirurgie oculaire au laser en vertu du Régime de soins de santé et ce, jusqu'à ce que le solde vous ait été remboursé, à la condition que la personne qui a subi la chirurgie demeure couverte en vertu du Régime.

#### **Médicaments sur ordonnance, autres fournitures médicales et services paramédicaux**

Pour les autres frais admissibles :

- réglez les frais et obtenez un reçu,
- complétez un formulaire de demande de règlement, et
- postez la demande et le reçu à la Sun Life.

#### **Soins dentaires à la suite d'une blessure accidentelle**

- Demandez à votre dentiste de compléter les sections appropriées du formulaire de demande de règlement de soins dentaires. Assurez-vous que la demande n'est pas acheminée électroniquement au Régime de soins dentaires.
- Joignez la demande de règlement de soins dentaires à un formulaire de demande de règlement de soins de santé et faites-les parvenir à la Sun Life.

**Coordination des prestations**

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais hospitaliers ou Frais médicaux du présent régime et d'un autre régime, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent à quel régime vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Le régime qui ne contient pas de clause de coordination des prestations est considéré comme le premier payeur; par conséquent, ce régime versera des prestations avant tout régime comportant une clause de coordination des prestations.

Les régimes d'assurance-maladie prévoyant la couverture des frais dentaires engagés par suite d'un accident ont préséance sur les régimes Frais dentaires quant au règlement des prestations.

Le montant maximal que vous avez droit de recevoir de tous les régimes pour des frais admissibles ne peut excéder 100 % des frais actuels.

Lorsque les deux régimes contiennent une clause de coordination des prestations, les demandes de règlement doivent être présentées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

***Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint doivent être présentées dans l'ordre suivant :***

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si la personne est couverte par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :
  - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
  - régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
  - régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

*Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant doivent être présentées dans l'ordre suivant :*

- régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- régime du parent dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1<sup>er</sup> mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier à votre régime.
- si les parents ont le même anniversaire de naissance, régime du parent dont la première lettre du prénom arrive en premier dans l'alphabet.

L'ordre ci-dessus s'applique dans tous les cas, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et qu'ils ne se partagent pas la garde de l'enfant, auquel cas, l'ordre suivant prévaut :

- régime du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, vous êtes tenu de déclarer à la Sun Life toute couverture équivalente dont vous-même ou vos personnes à votre charge bénéficiez.

Le titulaire du contrat peut vous aider à déterminer le régime au titre duquel vous devez présenter votre demande en premier.

**Droit de  
recouvrement**

Nous pouvons recouvrer toute prestation versée en trop en prélevant la somme due sur d'autres prestations, ou par tout autre moyen légal.

<b>Définitions</b>	Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans le livret électronique. D'autres termes sont définis dans les sections portant sur les garanties.
<b><i>Accident</i></b>	Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
<b><i>Année de référence</i></b>	Du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre
<b><i>Dentiste</i></b>	Personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, et qui l'exerce dans les limites définies par les règles de sa profession.
<b><i>Médecin</i></b>	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
<b><i>Hôpital</i></b>	Établissement autorisé dont la fonction consiste à fournir des soins et des traitements aux blessés et aux malades, qui est doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure et qui assure des soins infirmiers 24 heures sur 24. Le terme « hôpital » inclut également les lits réservés aux soins des convalescents dans un établissement qui serait considéré comme un hôpital, ainsi que tout hôpital autorisé qui fournit des soins spécialisés aux personnes souffrant de troubles mentaux, de cancer ou d'arthrite, aux toxicomanes ou alcooliques, ou aux malades chroniques. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement offrant des services de garde pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium ou un hôpital de convalescence n'est pas considéré ici comme un hôpital.
<b><i>Maladie</i></b>	S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale.
<b><i>Nous, nos et notre</i></b>	Les termes «nous», «nos» et «notre» se rapportent à la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie.

## Frais hospitaliers

*Le titulaire du contrat assume l'entière responsabilité de la présente garantie sur le plan légal et financier. La Sun Life agit uniquement comme gestionnaire de la garantie pour le compte du titulaire du contrat.*

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié retraité ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais Hospitaliers.

<b>Frais remboursables</b>	Les frais remboursables sont les frais engagés pour les services ou les articles énumérés ci-dessous, à condition que ceux-ci soient jugés médicalement nécessaires et qu'ils soient normalement fournis compte tenu de la nature et de la gravité de la maladie, qui ne viennent pas en excédent de la limite générale des frais dans la région où les frais sont engagés telle qu'elle est déterminée par la Sun Life.
<b>Frais hospitaliers</b>	Pourcentage de remboursement - 100%.  Frais engagés pour l'hospitalisation à concurrence du tarif d'une chambre semi-particulière appliqué par l'hôpital à l'exclusion des frais hospitaliers appelés frais de participation ou frais modérateurs (y compris, lorsque la loi le permet, les frais d'admission).
<b>Attestation</b>	Une attestation établissant que des frais remboursables ont été engagés doit parvenir à la Sun Life dans les 3 mois suivant la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, à moins que, de l'avis de la Sun Life, il n'était pas raisonnablement possible de présenter la demande de remboursement au cours de ce délai. Dans ce cas, l'attestation doit parvenir à la Sun Life dans les plus brefs délais possibles et, au plus tard, dans les 18 mois qui suivent la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés.
<b>Règlement des prestations</b>	Sur réception d'une attestation établissant qu'une personne a engagé des frais remboursables en cours de couverture, les prestations prévues sont versées, sous réserve des Restrictions et Exclusions de la présente garantie, et sous réserve de la clause de Coordination des prestations.

Les frais remboursables sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés.

Ils sont tenus pour engagés le jour où les soins sont donnés, ou le jour où les articles sont achetés ou loués.

Chaque dépense admissible est multipliée par le pourcentage de remboursement afin de déterminer le montant du remboursement, une fois le montant maximal de dépenses admissibles appliqué.

**Restrictions**

Aucun paiement n'est effectué pour :

1. les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.
2. l'excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les soins ou articles sont donnés.
3. les services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
4. les services ou articles qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.
5. les services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

**Exclusions**

Aucun paiement n'est effectué pour :

1. le traitement d'une maladie attribuable à toute cause ouvrant droit à réparation aux termes de la loi sur les accidents du travail, de la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou d'une loi analogue.
2. des services rendus ou des articles prescrits par une personne qui réside habituellement au domicile de la personne ou qui est liée à cette dernière par le sang ou le mariage.
3. des services ou des articles réservés à des fins cosmétiques, ou pour une difformité qui ne peut nuire à la santé, sauf s'ils sont requis par suite d'une blessure accidentelle.

4. des services ou articles pour lesquels aucun frais ne seraient exigés en l'absence de la présente couverture.
5. des services rendus relativement aux examens médicaux exigés pour souscrire une assurance, s'inscrire à une école, un camp, une association, obtenir un emploi, ou passeport, ou pour tout autre but semblable.
6. des produits ou des traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage recommandé et les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, selon la Sun Life.
7. de toute partie des frais qui relève de la responsabilité juridique d'un tiers.
8. des services dispensés par un médecin diplômé et pratiquant au Canada a une personne admissible à un régime provincial d'assurance-maladie sauf lorsque ces services sont expressément prévus dans les frais remboursables.
9. des services non assurables selon la loi.
10. de toute partie des frais qui est remboursable en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie ou d'un programme parrainé par le gouvernement d'une province.
11. la partie des frais relatifs à des services ou articles donnés dans un hôpital à l'extérieur du Canada qui seraient normalement payables en vertu du régime provincial d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation si le service ou l'article avait été donné dans un hôpital au Canada.

## Frais médicaux

*Le titulaire du contrat assume l'entière responsabilité de la présente garantie sur le plan légal et financier. La Sun Life agit uniquement comme gestionnaire de la garantie pour le compte du titulaire du contrat.*

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié retraité ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.

**Frais remboursables** Les frais remboursables sont les frais engagés pour les services et articles énumérés ci-dessous, à condition que ceux-ci soient jugés médicalement nécessaires et qu'ils soient normalement fournis compte tenu de la nature et de la gravité de la maladie, qui ne viennent pas en excédent de la limite générale des frais dans la région où les frais sont engagés telle qu'elle est déterminée par la Sun Life.

**Franchise –  
Médicaments sur  
ordonnance** 4 \$ par ordonnance ou recharge

**Catégorie 1 –  
Médicaments sur  
ordonnance** Pourcentage de remboursement :

- pour les frais remboursables indiqués aux n<sup>os</sup> 11 et 12 - 100 % des frais en excédent de la franchise
- pour tous les autres frais remboursables – 80 % des frais en excédent de la franchise.

Les médicaments et les articles doivent être prescrits par le médecin ou le dentiste et délivrés par un pharmacien autorisé ou un médecin.

Frais engagés pour ce qui suit :

1. médicaments qu'on ne peut obtenir que sur ordonnance et qui figurent à la partie Monographies de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques à titre de narcotiques, de médicaments contrôlés ou de médicaments d'ordonnance.

- 
2. contraceptifs délivrés sur l'ordonnance du médecin.
  3. médicaments essentiels au maintien de la vie qu'on peut obtenir sans ordonnance et qui figurent à la partie Guide thérapeutique de l'édition courante du Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques sous les rubriques suivantes :

agents antiangineux  
préparations anticholinergiques  
agents antiparkinsoniens  
agents antiarythmiques  
bronchodilatateurs  
traitement du glaucome  
agents antihyperlipidémiques  
préparations d'insuline  
traitement de l'hyperthyroïdisme  
inhibiteurs oraux de la fibrinolyse  
agents parasymphomimétiques  
traitement de recharge en potassium  
traitement de la tuberculose  
agents topiques de débridement enzymatique

4. substances nutritives thérapeutiques de remplacement prescrites par un médecin spécialiste reconnu, pour le traitement d'une maladie autre qu'une allergie ou les maux liés à des soins de nature esthétique, lorsque la personne ne peut absorber aucune autre substance pour assurer le maintien de sa vie.
5. médicaments injectables, y compris les sérums anti-allergiques administrés par injection.
6. prescriptions composées, quels que soient leurs ingrédients actifs.
7. aiguilles, seringues et produits chimiques pour diagnostic relatifs au traitement du diabète (sauf que les frais engagés pour les aiguilles et les seringues ne sont pas remboursables pendant les 36 mois suivant l'achat d'un pistolet à injection d'insuline).

8. vitamines et minéraux prescrits pour le traitement d'une maladie chronique, conformément à la pratique habituelle de la médecine, le recours à ces produits ayant une valeur thérapeutique reconnue et lorsque aucune autre possibilité s'offre à la personne.
9. appareils d'administration de médicaments contre l'asthme qui font partie du produit et qui sont approuvés par la Sun Life.
10. aérochambres avec masques pour l'administration de médicaments contre l'asthme aux enfants de moins de 6 ans.
11. tout produit contenant de la résine de nicotine qui nécessite une ordonnance. La prestation maximale versée par personne, sa vie durant, est de 1 000 \$.
12. médicaments pour le traitement des troubles de l'érection, à concurrence de 1 300 \$ par personne par année de référence.
13. médicaments contre l'obésité, y compris les vitamines injectables et les suppléments diététiques, sur l'ordonnance du médecin dans le cadre d'un programme de perte de poids, avec approbation préalable. La personne doit avoir été déclarée obèse en vertu des critères de l'Organisation mondiale de la santé.

**Frais non admissibles :**

Sont exclus de la garantie les frais engagés suivants :

1. médicaments qui, de l'avis de la Sun Life, sont expérimentaux.
2. articles ou produits qui font l'objet de publicité et qui, de l'avis de la Sun Life, constituent des remèdes traditionnels.
3. vitamines (autres que par injection), minéraux et suppléments de protéines, sauf les frais indiqués au paragraphe des frais remboursables.
4. substances nutritives thérapeutiques, autres que les substances admissibles au remboursement indiquées au paragraphe des frais remboursables.

5. produits nécessaires à une diète et suppléments pour diète, sauf les frais indiqués au paragraphe des frais remboursables.
6. aliments pour bébés et succédanés de sucre et de sel.
7. pastilles, rince-bouche, shampooings non médicamenteux, produits pour l'entretien des lentilles cornéennes, nettoyeurs pour la peau, protecteurs pour la peau ou émoullients.
8. fournitures chirurgicales et articles pour diagnostic.
9. médicaments utilisés à des fins cosmétiques.
10. médicaments utilisés à l'égard de troubles pour lesquels l'utilisation n'est pas recommandée par le fabricant.
11. frais engagés pour les services ou articles indiqués dans la liste des Restrictions et des Exclusions de la présente garantie.
12. médicaments en vente libre portant un code DIN, même s'ils sont prescrits par le médecin.

Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments de la Catégorie 1 se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser ou de consommer pendant une période de 100 jours de l'achat.

***Limitation  
au prix du  
produit  
générique***

Les frais venant en excédent du prix du produit générique équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que le médecin ne précise par écrit qu'aucun autre produit ne peut être substitué au médicament prescrit.

***Autres  
professionnels de  
la santé autorisés à  
prescrire des  
médicaments***

Nous remboursons certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.

**Régime d'assurance-  
médicaments du  
Québec**

Toute condition du présent régime qui n'est pas conforme aux exigences du régime d'assurance-médicaments du Québec est automatiquement modifiée pour satisfaire à ces exigences.

**Catégorie 2 –  
Frais médicaux  
supplémentaires**

Pourcentage de remboursement :

- pour les frais remboursables indiqués au n<sup>OS</sup> 3, 4, 5, 13, 14, 15, 16 et 20 – 100 % des frais
- pour tous les autres frais remboursables – 80 % des frais

Le terme «urgence» s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, nécessaire pour des raisons d'ordre médical, et prescrit par le médecin.

Les frais médicaux supplémentaires, à l'exception des perruques, doivent être prescrits par le médecin.

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Transport local dans une ambulance autorisée à destination de l'hôpital le plus proche qui est qualifié pour donner les services médicaux nécessaires.
2. En cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital le plus proche qui est qualifié pour donner les services médicaux nécessaires en cas d'urgence.
3. Traitements suivants reçus hors de la province du domicile de la personne en cas d'urgence ou à la recommandation du médecin à condition que les frais viennent en excédent des prestations payables par le régime provincial d'assurance-maladie :
  - A. hospitalisation dans un hôpital, à concurrence du tarif d'une salle appliqué par l'hôpital (y compris, lorsque la loi le permet, les frais d'admission, de participation ou modérateurs).
  - B. autres services hospitaliers (hors du Canada seulement).

- C. soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- D. soins du médecin.

Le terme «services reçus en cas d'urgence» s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile. La couverture des services reçus en cas d'urgence est assujettie à toutes les conditions des clauses intitulées *Services reçus en cas d'urgence hors de la province* et *Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture* de la présente section.

Les frais reliés à tous les autres services et articles admissibles au titre du présent régime sont également couverts lorsqu'ils sont engagés hors de la province du domicile, sous réserve du pourcentage de remboursement et de toutes les conditions applicables à ces frais.

Les frais remboursables reliés aux services reçus en cas d'urgence doivent être engagés dans les 60 jours de la date à laquelle la personne a quitté la province de son domicile. Cependant, si l'assuré est admis à l'hôpital au cours de cette période, les services qu'il reçoit à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

Traitement suivi à la recommandation du médecin : la recommandation doit être faite par écrit, par un médecin exerçant dans la province du domicile de l'assuré et elle doit avoir pour objet le traitement d'une maladie.

Les soins reçus :

- A. doivent être reçus au Canada (indépendamment de toute liste d'attente), s'ils se donnent dans ce pays, ou peuvent être donnés à l'extérieur du Canada si les soins ne se donnent pas dans ce pays, et

B. doivent être des soins pour lesquels la régie de l'assurance-maladie de la province du domicile de l'assuré doit avoir accepté par écrit de verser des prestations.

Services reçus en cas d'urgence : La prestation maximale pouvant être versée est de 1 000 000 \$ par personne et par voyage.

Traitement suivi à la recommandation du médecin : La prestation maximale pouvant être versée est de 25 000 \$ par personne par maladie.

4. abstraction faite des cas d'hospitalisation, services d'infirmières exerçant à titre privé. La prestation maximale payable est de 15 000 \$ par personne par année de référence. (*Infirmières exerçant à titre privé* - s'entend soit d'infirmières ou d'infirmiers autorisés, soit d'infirmières ou d'infirmiers auxiliaires autorisés. Ces personnes doivent avoir reçu l'autorisation d'exercer de l'organisme de réglementation de leur province ou de leur association respective. En l'absence d'un tel registre, s'entend également d'infirmières ou d'infirmiers possédant des compétences comparables, tel qu'il est déterminé par la Sun Life.
5. perruques nécessaires en raison de la perte totale des cheveux à la suite d'une maladie. La prestation maximale viagère est de 500 \$ par personne.
6. location ou, au choix de la Sun Life, achat d'accessoires durables fabriqués spécialement pour un usage médical, requis pour un usage thérapeutique provisoire à la résidence privée et approuvés par la Sun Life. Les accessoires durables admissibles comprennent, sans s'y limiter,
  - A. les déambulateurs
  - B. les lits d'hôpital.
  - C. les moniteurs d'apnée.
  - D. les systèmes d'alarme pour patients énurétiques.

Le remboursement est limité au coût de l'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que la personne a besoin d'un équipement motorisé.

7. location ou, au choix de la Sun Life, achat d'un fauteuil roulant requis pour un usage thérapeutique à la résidence privée de la personne. Le remboursement est limité au coût d'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que la personne a besoin d'un équipement motorisé. Les réparations et le remplacement d'un fauteuil roulant acheté sont admissibles au remboursement des frais, mais non dans les 60 mois suivant le dernier achat d'un fauteuil roulant.
8. plâtres, attelles, bandages herniaires, béquilles, colliers cervicaux et orthèses qui contiennent du métal ou du plastique rigide, à l'exclusion des arcs dentaires et des orthèses utilisées principalement dans la pratique d'un sport.
9. prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale et leur remplacement. La garantie couvre un remplacement d'une prothèse par période de 24 mois consécutifs.
10. membres artificiels temporaires.
11. yeux artificiels et membres artificiels permanents, pour remplacer les temporaires, et remplacement des premiers, mais après un délai de
  - A. 60 mois à partir du dernier achat d'une prothèse permanente, dans le cas d'un salarié retraité ou d'une personne à charge de plus de 21 ans ou;
  - B. 12 mois à partir du dernier achat d'une prothèse permanente dans le cas d'une personne à charge de 21 ans ou moins;

à moins qu'il soit prouvé médicalement que le remplacement de la prothèse existante soit nécessaire à cause de la croissance ou du rétrécissement des tissus avoisinants.

12. bas de contention et vêtements de contention pour les victimes de brûlures, qui sont fabriqués sur mesure pour la personne ou qui ont une compression minimale de 30 millimètres.
13. soutiens-gorge orthopédiques. La prestation maximale payable est de 100 \$ par personne par année de référence.
14. orthèses de pied. La prestation maximale payable est de 300 \$ par personne par année de référence.
15. chaussures orthopédiques qui font partie intégrante d'une attelle ou chaussures orthopédiques sur mesure, y compris les modifications qui y sont apportées, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre. La prestation maximale payable par personne et par année de référence est égale (i) à 150 \$ ou (ii) au total des frais diminué du coût moyen de chaussures ordinaires déterminé par la Sun Life, si cette dernière somme est inférieure.
16. appareils de correction auditive, autres que ceux indiqués au numéro 21, sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, et leur réparation. La prestation maximale payable est de 500 \$ par personne par période de 60 mois consécutifs.
17. oxygène et administration d'oxygène.
18. glucomètres, et leur réparation et remplacement, pour les diabétiques insulino-dépendants ou pour les diabétiques qui ne sont pas insulino-dépendants mais qui sont aveugles au sens de la loi ou daltoniens. La garantie ne couvre pas les réparations ou les remplacements effectués dans les 60 mois suivant la date d'achat.
19. pompes à insuline et accessoires complémentaires, ainsi que leur réparation et remplacement, pour les diabétiques insulino-dépendants, sur l'ordonnance d'un médecin qui est associé à un centre reconnu pour le traitement du diabète d'un établissement universitaire au Canada. La garantie ne couvre pas les réparations ou les remplacements effectués dans les 60 mois suivant la date d'achat.

20. pistolet à injection d'insuline pour les diabétiques insulino-dépendants.  
La prestation maximale payable est de 760 \$ par personne par période de 36 mois consécutifs.
21. achat initial de lunettes, de lentilles cornéennes ou d'appareils de correction auditive, nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale ou d'un accident, à la condition que l'achat soit effectué dans les 6 mois suivant l'intervention ou l'accident. Ce délai peut être prolongé si, de l'avis de la Sun Life, l'achat ne pouvait être effectué au cours de la période prévue.
22. articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie, d'une iléostomie ou d'une trachéotomie, ainsi que sondes et sacs collecteurs pour les personnes incontinentes, paraplégiques ou quadriplégiques.
23. services du médecin qui ne sont pas remboursables en vertu du régime d'assurance-maladie de la province de la personne mais qui le seraient en vertu d'un ou de plusieurs autres régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Lorsque le régime d'une seule province prévoit le remboursement des frais engagés pour un service particulier et que le régime de cette province cesse de couvrir ces frais, il incombe au Conseil des fiduciaires de décider si le présent contrat doit également cesser de couvrir ces frais.

La Sun Life retient les demandes de remboursement de ces frais, à la suite de la cessation de la couverture prévue par le régime provincial, jusqu'à ce que le Conseil des fiduciaires en arrive à une décision.

Lorsqu'une province commence à rembourser les frais engagés pour un service particulier, la Sun Life retient les demandes de remboursement de ces frais pendant que le Conseil des fiduciaires décide si le présent contrat doit couvrir ces frais dans les autres provinces ou territoires.

24. bandages et pansements chirurgicaux nécessaires au traitement d'une blessure ouverte ou d'un ulcère.

25. analyses de laboratoire effectuées dans un laboratoire commercial dans le but de diagnostiquer une maladie (excluant les tests effectués dans le bureau du médecin ou dans une pharmacie).

***Services reçus en cas d'urgence hors de la province***

Les frais remboursables reliés aux services reçus en cas d'urgence hors de la province du domicile de l'assuré sont assujettis à toutes les conditions indiquées ci-après.

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec Europ Assistance USA, Inc. (Europ Assistance), le fournisseur du Programme Voyage Assistance de la Sun Life. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par Europ Assistance, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il n'est pas possible de communiquer avec Europ Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Europ Assistance n'est pas contactée et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.

L'urgence prend fin lorsque votre état est stable du point de vue médical de façon à ce que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.

***Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture***

Les frais engagés pour les services suivants reçus en cas d'urgence ne sont pas couverts :

1. services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne puissiez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
2. services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.

3. services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle la Sun Life ou Europ Assistance a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.
4. services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous avez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
5. lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

**Catégorie 3 –  
Services  
paramédicaux**

Pourcentage de remboursement :

- pour les frais remboursables indiqués au n<sup>OS</sup> 1A, 1B, 1C, 1E et 3 – 100 % des frais
- pour tous les autres frais remboursables – 80 % des frais

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Services paramédicaux ci-après (y compris, lorsque la loi le permet, les frais modérateurs) :
  - A. services d'orthophoniste ou de chiropraticiens autorisés et services d'un médecin pour des traitements analogues, y compris examens radiologiques prescrits par le chiropraticien ou le médecin. Tous ces praticiens doivent avoir reçu l'autorisation d'exercer de l'organisme de réglementation de leur province ou de leur association professionnelle respective. Les services d'orthophonistes doivent être prescrits par le médecin. La prestation maximale pour chaque catégorie de praticiens est de 500 \$ par personne par année de référence

- B. services de psychologues autorisés prescrits par le médecin, à concurrence de 1 000 \$ par personne par année de référence.
- C. services d'ostéopates, d'acupuncteurs, de podiatres, de naturopathes ou de masseurs autorisés, y compris examens radiologiques prescrits par chaque catégorie de praticiens. Tous ces praticiens doivent avoir reçu l'autorisation d'exercer de l'organisme de réglementation de leur province ou de leur association professionnelle respective. La prestation maximale pour chaque catégorie de praticiens est de 300 \$ par personne par année de référence.
- D. services de physiothérapeutes autorisés prescrits par le médecin.
- E. services d'un médecin ou d'un électrolyste autorisé pour l'épilation des parties exposées du visage ou du cou lorsque la personne souffre d'un traumatisme émotif grave à cause d'une pilosité excessive. Ces services doivent être prescrits par le psychiatre ou le psychologue. La prestation maximale est limitée à 20 \$ par personne par visite.

- Catégorie 4 - Soins de la vue**
- 1. examens de la vue effectués par un optométriste autorisé. La prestation maximale payable par tranche de 2 années civiles, la première période de 2 ans commençant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et se terminant le 31 décembre 2011, correspond à un examen de la vue par personne.
  - 2. lentilles cornéennes ou lunettes (lentilles et montures), et leurs réparations, et la correction de la vision par le laser. Les articles doivent être fournis par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien autorisés, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé. L'intervention visant à corriger la vision par le laser doit être pratiquée par un ophtalmologiste. La prestation maximale payable par tranche de 2 années civiles, la première période de 2 ans commençant le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et se terminant le 31 décembre 2011, est de 200 \$ par personne. Pour l'intervention visant à corriger la vision par le laser, la prestation maximale de 200 \$ peut être réclamée par période de 2 années civiles à concurrence du montant global de l'intervention, pour autant que le demandeur demeure couvert par le régime.

**Catégorie 5 –  
Frais dentaires**

Pourcentage de remboursement - 80%

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile du salarié. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement.
2. Services de chirurgie buccale ci-après donnés par un dentiste, à concurrence du montant indiqué en regard de ces services dans le tarif des dentistes généralistes de l'Association dentaire provinciale en cours à la date du traitement (i) dans la province où les soins sont donnés, si les soins sont donnés au Canada, (ii) dans la province du domicile de la personne, si la personne est une résidente du Canada et que les soins sont donnés à l'extérieur du Canada ou (iii) en Ontario, si la personne n'est pas une résidente du Canada et que les services sont donnés à l'extérieur du Canada.
  - A. Kystes, lésions, abcès
    - (a) biopsie
      - (i) lésion du tissu mou
      - (ii) incision
      - (iii) excision
      - (iv) lésion du tissu osseux
    - (b) excision de kystes
    - (c) excision de tissu lésé (lésion bénigne)
    - (d) excision de grenouillette
    - (e) incision et drainage
      - (i) intra oraux – tissu mou
      - (ii) intra osseux – (dans l'os)
    - (f) abcès périodontique – incision et drainage

- B. Traitements gingivaux et alvéolaires
  - (a) alvéoplastie
  - (b) plastie par lambeaux avec curetage
  - (c) plastie par lambeaux avec ostéoplastie
  - (d) plastie par lambeaux avec curetage et ostéoplastie
  - (e) curetage gingival
  - (f) gingivectomie avec ou sans curetage
  - (g) gingivoplastie
- C. Extraction de dents ou de racines
  - (a) extraction d'une dent incluse
  - (b) ablation d'une racine ou d'un corps étranger de la cavité maxillaire
  - (c) résection d'une racine (apicectomie)
    - (i) dents antérieures
    - (ii) prémolaires
    - (iii) molaires
- D. Fractures et dislocations
  - (a) dislocation - articulation temporo-mandibulaire (ou mâchoire)
    - (i) réduction fermée
    - (ii) réduction ouverte
  - (b) fractures - mandibule
    - (i) sans réduction
    - (ii) réduction fermée
    - (iii) réduction ouverte
  - (c) fractures - maxillaire ou os molaire
    - (i) sans réduction
    - (ii) réduction fermée
    - (iii) réduction ouverte
    - (iv) réduction ouverte (complexe)
- E. Autres traitements
  - (a) avulsion de nerf - supra ou infra-orbital
  - (b) frénectomie - labiale ou buccale (lèvre ou joue)
  - (c) linguale (langue)
  - (d) fermeture d'une fistule bucco-sinusale
  - (e) sialolithotomie - simple
  - (f) sialolithotomie – complexe
  - (g) approfondissement du sillon, remodelage de la crête alvéolaire

- (h) traitement de blessures accidentelles
  - (i) réparation d'une lacération du tissu mou
  - (ii) débridement, réparation, suture
- (i) torus - (biopsie osseuse)

**Attestation**

Une attestation établissant que des frais remboursables ont été engagés doit parvenir à la Sun Life dans les 3 mois suivant la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais sont engagés, à moins que, de l'avis de la Sun Life, il n'était pas raisonnablement possible de présenter la demande de remboursement au cours de ce délai. Dans ce cas, l'attestation doit parvenir à la Sun Life dans les plus brefs délais possibles et, au plus tard, dans les 18 mois qui suivent la fin de l'année de référence au cours de laquelle les frais ont été engagés.

**Règlement  
des  
prestations**

Sur réception d'une attestation établissant qu'une personne a engagé des frais remboursables en cours de couverture, les prestations prévues sont payées, sous réserve des Restrictions et Exclusions de la présente garantie, et sous réserve de la clause de Coordination des prestations.

Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés.

Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.

Les frais éligibles sont multipliés par le pourcentage de remboursement afin de déterminer le montant payable.

La franchise, s'il y a lieu, est appliquée aux frais éligibles et le résultat est multiplié par le pourcentage de remboursement afin de déterminer le montant payable.

**Restrictions**

Aucun paiement n'est effectué pour :

1. les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.
2. l'excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les soins ou articles sont donnés.
3. les services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
4. les services ou articles qui ne sont pas généralement reconnus par le corps médical canadien comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.
5. les services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).

**Exclusions**

Aucun paiement n'est effectué pour :

1. le traitement d'une maladie attribuable à toute cause ouvrant droit à réparation aux termes de la loi sur les accidents du travail, de la loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou d'une loi analogue.
2. des services rendus ou des articles prescrits par une personne qui réside habituellement au domicile de la personne ou qui est liée à cette dernière par le sang ou le mariage.
3. des services ou des articles réservés à des fins cosmétiques, ou pour une difformité qui ne peut nuire à la santé, sauf s'ils sont requis par suite d'une blessure accidentelle.
4. des services ou articles pour lesquels aucun frais ne seraient exigés en l'absence de la présente couverture.
5. des services rendus relativement aux examens médicaux exigés pour souscrire une assurance, s'inscrire à une école, un camp, une association, obtenir un emploi, ou passeport, ou pour tout autre but semblable.
6. des produits ou des traitements expérimentaux dont aucun examen clinique objectif ne prouve la sécurité ou l'efficacité pour l'usage recommandé et les conditions dans lesquelles ils doivent être utilisés, selon la Sun Life.

7. de toute partie des frais qui relève de la responsabilité juridique d'un tiers.
8. des services dispensés par un médecin diplômé et pratiquant au Canada à une personne admissible à un régime provincial d'assurance-maladie sauf lorsque ces services sont expressément prévus dans les frais remboursables.
9. des services non assurables selon la loi.
10. de toute partie des frais qui est remboursable en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie ou d'un programme parrainé par le gouvernement d'une province.
11. la partie des frais relatifs à des services ou articles, autres que ceux indiqués aux numéros 3 et 4 de la catégorie 2, donnés dans un hôpital à l'extérieur du Canada qui seraient normalement payables en vertu du régime provincial d'assurance-maladie ou d'assurance hospitalisation si le service ou l'article avait été donné dans un hôpital au Canada.
12. articles achetés uniquement pour usage athlétique.
13. soins dentaires, excepté ceux qui sont expressément indiqués au paragraphe des frais remboursables.
14. les services ambulanciers pour le transport vers un centre hospitalier qui sont prévus par le Programme Voyage Assistance.
15. les réparations ou remplacements d'appareils durables achetés.
16. les frais de participation ou frais analogues exigés relativement à des soins hospitaliers qui viennent en excédent des frais payables par le régime provincial ou territorial d'assurance maladie ou hospitalisation, et qui n'ont pas trait aux chambres particulières ou semi-particulières.

## Programme Voyage Assistance

*Le titulaire du contrat assume l'entière responsabilité, sur le plan légal et financier, de cette garantie. La Sun Life agit uniquement comme gestionnaire pour le compte du titulaire du contrat.*

Dans la présente section, le mot *vous* s'entend du salarié retraité et de toute personne à sa charge, couverts par le Programme Voyage Assistance.

### Description générale de la garantie

Si une situation nécessitant des soins d'urgence se produit pendant un voyage effectué à l'extérieur de la province de votre domicile, Europ Assistance USA, Inc. (*Europ Assistance*) peut vous aider.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.

Cette garantie, appelée **Médi-Passeport**, complète la section de la garantie Frais médicaux relative aux services reçus en cas d'urgence. Elle ne couvre que les services reçus en cas d'urgence dans les 60 jours de votre départ de la province de votre domicile. Si vous êtes admis à l'hôpital au cours de cette période, les services que vous recevez à titre de malade hospitalisé sont couverts jusqu'à votre sortie de l'hôpital.

La couverture prévue par Médi-Passeport est assujettie à tout maximum applicable aux services reçus en cas d'urgence de la garantie Frais médicaux. La clause portant sur les services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture et toutes les autres conditions, exclusions et restrictions prévues par la garantie Frais médicaux s'appliquent également à la garantie Médi-Passeport.

Nous vous recommandons d'emporter avec vous votre carte d'assistance-voyage lorsque vous voyagez. Elle contient les numéros de téléphone à composer et les renseignements nécessaires pour confirmer votre couverture et recevoir de l'aide.

**Pour recevoir  
de l'aide**

**Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec Europ Assistance. S'il n'est pas possible de communiquer avec Europ Assistance avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si Europ Assistance n'est pas contactée et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, la Sun Life se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.**

Vous avez accès 24 heures sur 24 à un centre de coordination disposant d'un personnel complet. Les numéros de téléphone appropriés figurent sur votre carte d'assistance-voyage.

Europ Assistance offre les services suivants :

**Assistance médicale  
immédiate**

Europ Assistance vous dirige vers un médecin, un pharmacien ou un centre de soins.

Dès que cette société est informée que vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, le personnel de l'organisme, ou un médecin désigné par l'organisme, tente de communiquer au besoin avec le personnel médical qui est sur place pour comprendre la situation et en suivre l'évolution. Au besoin, elle garantit au fournisseur des services médicaux le paiement de ses honoraires ou lui verse une avance.

Europ Assistance offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

Europ Assistance peut transmettre un message urgent à votre domicile, votre lieu de travail ou tout autre endroit approprié. L'organisme conserve dans ses bureaux pendant un maximum de 15 jours les messages à prendre.

**Retour au domicile ou transport à un autre hôpital**

Après avoir consulté le médecin traitant, Europ Assistance peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison.

Dans ce cas, l'organisme prend les dispositions nécessaires et garantit le paiement des frais de transport et, au besoin, verse une avance à cette fin.

La Sun Life ou Europ Assistance décide, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, de la nécessité de vous transporter hors du lieu où vous vous trouvez, du mode de transport et du moment de votre transport, du choix de la destination finale, ainsi que de l'équipement, du matériel et du personnel médicaux. Sa décision est sans appel.

**Nourriture et logement**

Si votre voyage est retardé ou interrompu en raison d'une urgence ou parce qu'une personne couverte par la garantie et voyageant avec vous vient à décéder, Europ Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial. La prestation maximale payable est de 150 \$ par personne par jour, pour une période limitée à 7 jours.

Europ Assistance prend les dispositions en vue de vous assurer la nourriture et le logement dans un établissement commercial si vous avez été hospitalisé d'urgence pendant un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile et si, de l'avis d'Europ Assistance, vous n'êtes pas encore en état de voyager après votre sortie de l'hôpital. La prestation maximale payable est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 5 jours.

**Retour de personnes en difficulté**

Europ Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance pour assurer

1. votre retour dans la province de votre domicile si vous ne pouvez plus utiliser un billet du fait que vous ou une personne à votre charge avez dû être hospitalisé ou transporté vers un centre de soins ou qu'une personne à votre charge ou sa dépouille a dû être ramenée dans la province de son domicile, en raison d'une urgence.

2. le retour d'un enfant âgé de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique et qui se retrouve seul alors qu'il voyageait avec vous, du fait que vous avez été hospitalisé à l'extérieur de la province de votre domicile en raison d'une urgence.

Dans ce dernier cas, Europ Assistance prend des dispositions et verse une avance, s'il y a lieu, pour qu'un préposé compétent accompagne l'enfant pendant le voyage de retour avec votre approbation ou celle d'un membre de votre famille.

La prestation maximale payable est égale au coût du transport, diminué de toute fraction remboursable du prix original du billet.

**Visite d'un  
membre de la  
famille**

Europ Assistance prend des dispositions pour qu'un membre de votre famille immédiate puisse se rendre à l'endroit où vous êtes hospitalisé et, au besoin, l'organisme avance les fonds correspondant au prix du billet aller-retour en classe économique, si vous êtes hospitalisé pendant plus de 7 jours consécutifs et que :

1. vous voyagez seul, ou
2. vous voyagez accompagné uniquement d'un enfant de moins de 16 ans ou souffrant d'un handicap mental ou physique.

La prestation maximale payable pour couvrir les frais de nourriture et de logement du membre de la famille dans un établissement commercial est de 150 \$ par jour, pour une période limitée à 7 jours.

**Retour de la  
dépouille**

Si vous décédez au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Europ Assistance veille à obtenir les autorisations prescrites par l'État et à régler les frais nécessaires pour le transport de la dépouille dans un conteneur approprié jusqu'à la province de votre domicile. La prestation maximale payable est de 5 000 \$ par personne décédée

---

<b>Retour d'une voiture</b>	Europ Assistance prend des dispositions et, au besoin, verse une avance d'au plus 500 \$ pour le retour d'une voiture privée dans la province de votre domicile ou d'une voiture louée au centre de location approprié le plus proche si vous ne pouvez le faire vous-même en raison d'une urgence ou d'un décès.
<b>Bagages ou documents perdus</b>	Si vous avez perdu ou vous êtes fait voler vos bagages ou des documents de voyage au cours d'un voyage à l'extérieur de la province de votre domicile, Europ Assistance vous apporte son aide en communiquant avec les autorités compétentes et en vous indiquant les mesures à prendre en vue de remplacer les articles perdus ou volés.
<b>Coordination des prestations</b>	<p>Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. La Sun Life et Europ Assistance assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un chèque couvrant les frais remboursables. Europ Assistance vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.</p> <p>Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes.</p> <p>La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.</p>
<b>Avances</b>	<p>Aucune avance de moins de 200 \$ ne sera consentie. Les avances comprises entre 200 \$ et 10 000 \$ sont réglées en un seul versement.</p> <p>Le montant maximal des avances est de 10 000 \$ par personne et par voyage, à moins qu'une telle restriction ne vienne compromettre les soins médicaux que vous devez recevoir.</p>

**Sommes qui vous sont remboursées**

Si, après avoir obtenu d'Europ Assistance confirmation de l'existence de votre couverture et de l'existence d'une urgence médicale, vous engagez des frais pour lesquels vous auriez pu obtenir une avance, la Sun Life vous les rembourse.

Pour recevoir ce remboursement, vous devez présenter à la Sun Life une attestation des frais engagés, dans les 30 jours suivant votre retour dans la province de votre domicile. Vous pouvez vous procurer le formulaire approprié auprès du titulaire du contrat.

**Sommes que vous devez rembourser**

Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes qu'Europ Assistance vous a versées sous forme d'avances :

1. sommes qui doivent vous être remboursées par la régie de l'assurance-maladie de la province de votre domicile.
2. tout excédent sur les prestations maximales prévues par le présent régime.
3. sommes versées pour des services ou articles non couverts par le présent régime.
4. sommes que vous devez prendre à votre charge, notamment les franchises et la quote-part des frais que vous devez payer.

La Sun Life vous facture les sommes qui doivent lui être remboursées. Le paiement est exigible dès réception de la facture. Vous pouvez choisir d'effectuer le remboursement sur une période de 6 mois; des intérêts sont payables sur les sommes dues au taux déterminé par la Sun Life aux moments opportuns. Le taux d'intérêt peut être modifié au cours de la période de 6 mois.

**Restrictions de la couverture du Programme Voyage Assistance**

Europ Assistance n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec Europ Assistance avant votre départ pour vous informer à ce sujet.

Europ Assistance se réserve le droit de suspendre ou de restreindre ses services sans préavis dans quelque région que ce soit dans les cas suivants :

1. rébellion, émeute, soulèvement militaire, guerre, conflit de travail, grève, accident nucléaire ou force majeure.
2. refus des autorités du pays en cause d'autoriser Europ Assistance à fournir des services aussi complets que possible.

**Responsabilité  
de la Sun Life  
ou d'Europ  
Assistance**

La Sun Life et Europ Assistance ne sont nullement responsables des négligences, erreurs ou omissions imputables au médecin ou à un autre professionnel de la santé qui vous fournit directement des services en vertu du présent régime.

**Où appeler en  
cas d'urgence**

Le Régime exige que vous communiquiez immédiatement avec Europ Assistance en cas d'urgence. Les médecins et hôpitaux peuvent appeler pour confirmer les couvertures et obtenir un paiement direct.

Le centre d'appels d'Europ Assistance est accessible 24 heures par jour.

- 1-800-511-4610 (au Canada ou aux ÉU), ou
- 001-800-368-7888 (au Mexique), ou
- \*202-296-7493 (de partout ailleurs, appelez à frais virés)
- Le numéro sans frais n'est pas valide pour Cuba. Communiquez avec une téléphoniste, ou
- Télécopieur: \*202-331-1528
- Courriel: [ops@europassistance-usa.com](mailto:ops@europassistance-usa.com)

\* Ajouter le code du pays pour rejoindre les États-Unis.