

VOS **garanties** collectives

**Fonds en fiducie de l'association des
agents négociateurs de NAV CANADA**

**Tous les retraités de NAV CANADA qui prennent
leur retraite à compter du 1^{er} janvier 2010**

**Contrat numéro 150052
À effet du 1^{er} octobre 2023**

Table des matières

Conditions générales	1
Votre brochure	1
Conditions d'admission.....	1
Personne à charge.....	2
Preuve d'assurabilité.....	3
Prise d'effet de la couverture	3
Tenue à jour de votre dossier	4
Cessation de la couverture.....	4
Demande de règlement.....	4
Actions en justice	5
Coordination des prestations	5
Droit de recouvrement.....	7
Définitions.....	7
Frais hospitaliers.....	9
Frais remboursables	9
Frais hospitaliers	9
Attestation	9
Règlements des prestations	9
Prestation maximale par année de référence	10
Restrictions.....	10
Exclusions	10
Intégration du régime avec les programmes de l'État.....	12
Frais médicaux	13
Frais remboursables	13
Prestation maximale par année de référence	13
Catégorie 1 – Médicaments sur ordonnance	13
Catégorie 2 – Frais médicaux	21
supplémentaires	21
Catégorie 3 – Paramédicaux et.....	29
frais d'optique.....	29
Catégorie 4 –	30
Frais dentaires	30
Attestation	33
Règlement des prestations.....	33
Franchise relative aux médicaments sur ordonnance	33
Restrictions.....	33

Exclusions	34
Programme Voyage Assistance	36
Garantie Frais Dentaires	43
Tarif proposé	43
Prestation Maximale.....	44
Frais remboursables	44
Détermination préalable des prestations.....	51
Traitement équivalent.....	52
Restrictions.....	52
Exclusions	52
Demande de règlement.....	54

Conditions générales

Votre brochure

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le régime collectif.

Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Dans ce cas, vous serez informé de toute modification apportée à votre régime au moyen d'un avis écrit qui complétera cette brochure. Veuillez conserver en lieu sûr cette brochure ainsi que tous les avis de modification que vous pourriez recevoir.

Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, veuillez vous adresser au titulaire du contrat.

Toutes les garanties de sont garantie par le titulaire du contrat. Cela signifie que joue un rôle similaire à celui d'une compagnie d'assurance pour ses employés. a l'entière responsabilité de cette garantie sur les plans légal et financier, et elle doit fournir les fonds nécessaires au versement des règlements au moyen de son bénéfice net, de ses excédents non distribués ou d'autres ressources financières. La Sun Life procure des services administratifs seulement (SAS), comme le traitement des demandes de règlement.

Conditions d'admission

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^{er} janvier 2010 ou après cette date.
- vous étiez un salarié syndiqué couvert par le régime collectif de NAV CANADA le jour précédant votre départ à la 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 et vous recevez une pension mensuelle de NAV CANADA.

La personne à votre charge est admissible au régime à la date à laquelle vous y êtes admissible ou à la date à laquelle elle répond à la définition de personne 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, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint.

Un conjoint séparé légalement continue d'être admissible à titre de personne à charge jusqu'à la date à laquelle le mariage est dissous par un divorce ou une annulation.

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

A l'appui de la demande, les documents ci-dessous doivent être présentés au promoteur pour approbation avant la date 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 le gestionnaire du régime (à fournir une seule fois).

Prise d'effet de la couverture

Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible au régime.

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 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.

Demande de règlement

La Sun Life s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés de demande de règlement auprès de votre employeur.

Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Ces

délais sont indiqués dans les sections appropriées de la présente brochure. Si vous négligez de présenter vos demandes de règlement dans les délais prescrits, vous n'aurez peut-être pas droit à une partie ou à la totalité des prestations.

Toutes les demandes de règlement doivent être faites par écrit au moyen des formulaires approuvés par la Sun Life.

Pour traiter une demande de règlement, la Sun Life peut exiger des dossiers ou rapports médicaux, une preuve de paiement, des factures détaillées et toute autre information qu'elle juge nécessaire. Les frais pour obtenir les attestations de sinistre sont à votre charge.

Actions en justice

Dans les cas où la loi applicable dans votre province ou territoire permet l'utilisation d'un délai de prescription différent, toute action en justice engagée pour recouvrer les sommes payables au titre du régime est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée moins d'un an après la date à laquelle nous devons recevoir vos formulaires de demandes de règlement. Dans les autres cas, toute action en justice engagée pour recouvrer les sommes payables au titre du régime est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi applicable dans votre province ou territoire.

Coordination des prestations

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais hospitaliers, Frais médicaux ou Frais dentaires 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 le régime au titre duquel 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.

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^{er} mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de 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 les 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.

Définitions

Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes sont définis dans les sections portant sur les garanties.

Accident Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Année de référence **Frais médicaux** : Du 1^{er} janvier au 31 décembre

Garantie frais dentaires : Du 1^{er} octobre 2023 au 31 décembre 2023, puis du 1^{er} janvier au 31 décembre

Dentiste Personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, et qui l'exerce dans les limites définies par les règles de sa profession.

Médecin Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.

Hôpital 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.

Maladie S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale.

Nous, nos et notre 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 en.

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.

- Frais remboursables** 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.
- Frais hospitaliers** 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).
- 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 sont engagés.
- Règlements des prestations** 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 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.

Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont en ligne avec le paragraphe précédent.

Prestation maximale par année de référence

Tous les frais hospitaliers et les frais médicaux encourus au Canada sont assujetti à une prestation maximale globale de 100 000 \$ par personne admissible.

Restrictions

Aucun paiement n'est effectué pour :

1. services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique *Intégration du régime avec les programmes de l'État*.
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 remboursables 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.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainés par l'État (le *programme de l'État*).

Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toutes prestations prévues par le programme de l'État,
- ou toute liste d'attente.

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 en.

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.

Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, la Sun Life rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section *Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments*.

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. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section <i>Programme d'autorisation préalable</i> pour en savoir plus).
Prestation maximale par année de référence	Tous les frais hospitaliers et les frais médicaux encourus au Canada sont assujetti à une prestation maximale globale de 100 000 \$ par personne admissible.
Catégorie 1 – Médicaments sur ordonnance	Pourcentage de remboursement : - pour les frais remboursables indiqués aux nos 11 et 12 : 100 % des frais venant en excédent de la franchise - pour tous les autres frais remboursables – 80 % des frais venant en

excédent de la franchise.

Pour les salariés résidants au Québec, le pourcentage de remboursement passe à 100% dans le cas des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) dès que la contribution maximale aux frais est atteinte. Toutefois, s'il existe un médicament équivalent moins cher que celui faisant l'objet de la demande de remboursement, le pourcentage de remboursement de 100% s'appliquera uniquement à la portion des frais correspondant au prix du médicament équivalent le moins cher, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux.

Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et être approuvés conformément à la rubrique *Évaluation des médicaments*.

La garantie couvre le coût des médicaments et des articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste :

1. médicaments nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.
2. stérilets et diaphragmes.
3. médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.
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 du régime.
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.

Frais non admissibles :

Sont exclus de la garantie les frais engagés pour ce qui suit

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 émoulinants.
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.

Évaluation des médicaments

Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :

médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1^{er} novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage.

- médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une

hausse importante.

Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés.

Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :

- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires.
- la durabilité du régime.

*Services
pharmaceutiques
(rendus par les
pharmaciens)*

Pour les salariés résidant au Québec, nous couvrons les services pharmaceutiques qui sont couverts par le régime d'assurance médicaments du Québec et appliquons les exigences de celui-ci.

*Limitation au prix du
médicament
équivalent*

Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que la Sun Life n'en ait expressément approuvé le remboursement. Afin de déterminer si l'utilisation d'un médicament plus coûteux constitue une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par votre médecin et par vous-même lui soit fournie.

Pour les salariés résidant au Québec, Pour les médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas pris en compte dans la contribution maximale aux frais, à moins que la Sun Life n'ait expressément approuvé le remboursement du médicament plus coûteux.

***Programme
d'autorisation
préalable***

Le programme d'autorisation préalable (AP) porte sur un nombre restreint de médicaments et, comme son nom l'indique, ces médicaments ne sont couverts que s'il y a autorisation préalable. Si vous demandez le remboursement de frais de médicaments s'inscrivant dans le programme AP et que vous n'avez pas d'autorisation préalable, votre demande sera refusée.

Pour que les médicaments s'inscrivant dans le programme AP soient couverts, vous devez fournir des renseignements médicaux. Veuillez présenter ces renseignements au moyen de notre formulaire d'autorisation préalable. Votre médecin et vous devez remplir des sections du formulaire.

Vous pourriez avoir droit au remboursement de ces médicaments si les renseignements que vous et votre médecin avez fournis satisfont aux critères cliniques que nous avons établis en fonction de facteurs comme :

la monographie de produit de Santé Canada.

- les lignes directrices cliniques reconnues.
- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

S'ils n'y satisfont pas, votre demande de remboursement sera refusée.

Les formulaires d'autorisation préalable sont accessibles auprès des sources suivantes :

- notre site Web à l'adresse
www.masunlife.ca/autorisationprealable

- notre Centre de service à la clientèle en appelant sans frais au 1-800-361-6212

Programme de médicaments de référence

Le Programme de médicaments de référence (PMR) s'applique à certains médicaments déterminés par la Sun Life. Dans le cadre du PMR, la Sun Life :

regroupe par catégorie (*classe thérapeutique*) les médicaments utilisés pour traiter de façon identique ou semblable les mêmes affections.

- détermine le médicament qui a le meilleur rapport prix-efficacité dans une *classe thérapeutique* donnée (*médicament de référence*). Pour ce faire, la Sun Life se base sur différents facteurs comme le coût pour le régime, les programmes provinciaux, la sécurité et l'efficacité clinique.
- limite les frais remboursables des médicaments d'une même *classe thérapeutique* au prix du *médicament de référence* de ce groupe (*limite pour le médicament de référence*).
- applique la *limite pour le médicament de référence* dans les provinces sélectionnées, sauf au Québec. Les provinces sélectionnées peuvent varier selon la *classe thérapeutique*.

Pour toutes les *classes thérapeutiques*, la *limite pour le médicament de référence* s'applique aux personnes couvertes dans les provinces sélectionnées qui n'ont pas de demandes de règlement précédentes pour un médicament autre que le *médicament de référence*. La *limite pour le médicament de référence* peut aussi s'appliquer aux personnes couvertes qui ont des demandes de règlement précédentes pour un médicament autre que le *médicament de référence*, selon la *classe thérapeutique* et des facteurs comme :

- le soutien clinique requis pour passer au *médicament de référence*.
- la durée prévue du traitement.
- les programmes provinciaux.

Toute demande de règlement présentée sous ce régime dans les 120 jours précédant la date où la Sun Life applique le *médicament de référence* au régime est considérée comme une demande de règlement précédente. Tout médicament différent du *médicament de référence* dans une *classe thérapeutique* donnée est considéré comme un médicament autre que le *médicament de référence*.

Lorsque la *limite pour le médicament de référence* s'applique, les frais dépassant cette limite ne sont pas remboursables, sauf si la personne couverte doit prendre le médicament autre que le *médicament de référence* par nécessité médicale. Pour évaluer si le médicament est une nécessité médicale, la Sun Life exige qu'une demande d'exception dûment remplie par la personne couverte et par le médecin traitant lui soit fournie.

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.

Contribution maximale aux frais

Pour les salariés résidant au Québec, les frais engagés pour des médicaments figurant dans la liste des médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) qui ne sont pas remboursés par le présent régime en raison de l'application de la franchise ou du pourcentage de remboursement sont limités au cours de chaque année civile à la contribution maximale annuelle établie par la RAMQ. Il y a une contribution maximale pour vous, et une autre pour votre conjoint. Les frais de médicaments engagés pour vos enfants sont compris dans la contribution maximale du salarié.

Personnes de 65 ans ou plus

À moins d'avis contraire de votre part, dès que vous atteignez l'âge de 65 ans vous êtes automatiquement inscrit au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ en ce qui concerne la couverture de base des frais de médicaments. Étant donné qu'après avoir atteint l'âge de 65 ans, vous êtes toujours admissible à une garantie de remboursement de frais médicaux au titre de votre régime collectif, vous devez faire un choix quant à votre couverture de base puisqu'elle peut aussi bien être assurée par le régime public que par votre régime collectif.

Si vous optez pour la couverture de base du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, votre régime collectif constitue alors un complément de couverture par rapport à la couverture de base de la RAMQ. Cette couverture complémentaire ne remplace pas la couverture de base de la RAMQ, mais elle la complète en couvrant, par exemple, des médicaments non assurés par le régime public ou la partie des frais de médicaments non remboursée par le régime public. Dans ce cas, lorsque vous remplirez votre déclaration de revenus, prenez soin d'indiquer que vous êtes inscrit au régime public de la RAMQ pour la couverture de base. Vous devrez alors en payer la prime.

Par contre, si vous choisissez de maintenir la couverture de base au titre de votre régime collectif, vous devrez annuler votre inscription au régime public en communiquant avec la RAMQ par téléphone ou en vous présentant à l'un de ses bureaux pendant les heures d'ouverture. Mais au préalable, nous vous recommandons de communiquer avec le responsable de la gestion de vos avantages sociaux pour clarifier votre situation. Nous ne pouvons malheureusement pas modifier votre dossier sans la confirmation du responsable de la gestion de vos avantages sociaux.

*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.

**Catégorie 2 – Frais
médicaux
supplémentaires**

Pourcentage de remboursement :

- pour les frais remboursables indiqués au n^{os} 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, 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. traitement reçu 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 dont la régie de l'assurance-maladie de la province du domicile de l'assuré doit avoir accepté par écrit de verser des prestations à cet égard.

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 de cheveux à la

suite d'une maladie. La prestation maximale payable est de 500 \$ par personne, sa vie durant

6. location ou, au choix de la Sun Life, l'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 d'équipement non motorisé, à moins qu'il ne soit médicalement prouvé que la personne à besoin d'un équipement motorisé.

7. location ou, au choix de la Sun Life, l'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 par prothèse par période de 24 mois consécutifs.
10. Les membres artificiels temporaires.

11. Les yeux artificiels et les membres artificiels permanents, pour remplacer les temporaires, et le 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. 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 l'administrateur du régime, 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 de gestion conjoint 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 de gestion conjoint 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 de gestion conjoint 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. Les analyses faites au cabinet du médecin ou dans une pharmacie ne sont pas couvertes.
26. systèmes de surveillance du glucose en continu (systèmes de SGC) – récepteurs, transmetteurs ou capteurs – pour les personnes qui ont reçu un diagnostic de diabète de type 1, sous réserve d'un maximum global de 4 000 \$ par personne par année de référence. Vous devez nous fournir une note du médecin confirmant le diagnostic.

***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 le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life, 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 le fournisseur du PVA de

la Sun Life avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si le fournisseur du PVA de la Sun Life n'est pas contacté 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 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 son domicile, à moins que son état de santé soit tel que vous ne pouvez 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 –
Paramédicaux et
frais d'optique**

Pourcentage de remboursement :

- pour les frais remboursables indiqués au n^{os} 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.

2. 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^{er} janvier 2010 et se terminant le 31 décembre 2011, correspond à un examen de la vue par personne.
3. 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^{er} 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 est couvert sous le régime.

**Catégorie 4 –
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 sont 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 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.

Franchise relative aux médicaments sur ordonnance

4 \$ par ordonnance ou renouvellement d'ordonnance.

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 remboursables 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 en.

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, le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de la Sun Life 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life. S'il n'est pas possible de communiquer avec le fournisseur du PVA de la Sun Life avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si le fournisseur du PVA de la Sun Life n'est pas contacté 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.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life offre les services suivants :

Assistance médicale immédiate

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life offre des services de traduction dans les principales langues, qui peuvent s'avérer nécessaires pour communiquer avec le personnel médical de l'endroit.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 du fournisseur du PVA de la Sun Life, 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**

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 hospitalisés ou transportés 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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,
2. ou que 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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

Retour d'une voiture	Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.
Bagages ou documents perdus	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, le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.
Coordination des prestations	<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 le fournisseur du PVA de la Sun Life assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un paiement couvrant les frais remboursables. Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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>
Avances	<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 du fournisseur du PVA de la Sun Life 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 de votre employeur.

Sommes que vous devez rembourser

Vous devez rembourser à la Sun Life les sommes suivantes que le fournisseur du PVA de la Sun Life 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

Le fournisseur du PVA de la Sun Life n'offre pas de services dans certains pays pour diverses raisons. Veuillez communiquer avec le fournisseur du PVA de la Sun Life avant votre départ pour vous informer à ce sujet.

Le fournisseur du PVA de la Sun Life 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 le fournisseur du PVA de la Sun Life à fournir des services aussi complets que possible.

**Responsabilité
de la Sun Life ou du
fournisseur du PVA
de la Sun Life**

La Sun Life et le fournisseur du PVA de la Sun Life 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.

Garantie Frais Dentaires

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 en.

Lorsque l'une des personnes à votre charge ou vous-même engagez, en cours de couverture, des frais remboursables pour les soins indiqués ci-dessous, la Sun Life verse les prestations prévues, sous réserve des restrictions et exclusions ci-après. Le montant des prestations payables au cours d'une année de référence s'obtient en appliquant aux frais remboursables effectivement engagés, ou aux honoraires indiqués dans le tarif proposé si ceux-ci sont moins élevés, les pourcentages de remboursement prévus pour les diverses catégories de soins, après déduction de la franchise, s'il y a lieu. Les frais qui viennent en déduction de la franchise ou en excédent de la prestation maximale ne donnent lieu à aucun remboursement.

Tarif proposé

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme *tarif* peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par Sun Life.

Si les soins ou les articles dentaires sont fournis par un spécialiste agréé en endodontie, en prothèse dentaire, en chirurgie bucco-dentaire ou parodontale, en pédodontie ou en orthodontie, et qui limite sa pratique aux traitements relevant de sa spécialité, tarif des spécialistes indiqué ci-après reconnu par l'association dentaire appropriée.

Pour les services reçus au Canada par la personne qui réside au Canada

Le tarif en vigueur au moment de la fourniture de soins ou d'articles dentaires reconnus par l'association dentaire de la province où les soins ou les articles en question sont fournis. Si la hausse moyenne des tarifs provinciaux dépasse 3,25% au cours d'une année donnée, l'utilisation du nouveau tarif aux termes de la présente garantie devra être approuvée au préalable par le promoteur du régime.

Pour les services reçus à l'extérieur du Canada par la personne qui réside au Canada

Le tarif en vigueur au moment de la fourniture de soins ou d'articles dentaires reconnus par l'association dentaire de la province du domicile de la personne. Si la hausse moyenne des tarifs provinciaux dépasse 3,25% au cours d'une année donnée, l'utilisation du nouveau tarif aux termes de la présente garantie devra être approuvée au préalable par le promoteur du régime.

Pour la personne qui ne réside pas au Canada

Le tarif en vigueur au moment de la fourniture de soins ou d'articles dentaires reconnus par l'association des chirurgiens-dentistes de l'Ontario. Si la hausse moyenne des tarifs provinciaux dépasse 3,25% au cours d'une année donnée, l'utilisation du nouveau tarif aux termes de la présente garantie devra être approuvée au préalable par le promoteur du régime.

Prestation Maximale

Exception faite des soins de la série E, les prestations versées ne peuvent dépasser 1 750 \$ par personne par année de référence. Lorsque la couverture de la personne prend effet dans la deuxième partie de l'année de référence, la prestation maximale applicable à cette année de référence est réduite à 875 \$.

Les frais de la série E sont assujettis à une prestation viagère maximale de 2 500 \$ par personne.

Frais remboursables**SÉRIE A - PRÉVENTION, DIAGNOSTIC, URGENCES ET TRAITEMENTS PALLIATIFS**

Pourcentage de remboursement – 90%. Aucune franchise ne s'applique pas à ces frais.

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Examens buccaux
 - A. Examen initial complet.
 - B. Examen périodique, un par tranche de 9 mois.
 - C. Examen et consultation d'urgence.
 - D. Examen particulier.

2. Consultations

- A. Plan du traitement.
 - B. Entretien avec le patient.
 - C. Consultation d'un autre dentiste.
3. Examens de diagnostic
- A. Biopsie de tissus mous ou osseux.
 - B. Test de vitalité de la pulpe.
4. Radiographies et interprétation de celles-ci
- A. Radiographies périapicales intrabuccales, nécessaire pour assurer un traitement approprié – une par tranche de 36 mois.
 - B. Films, série complète, si nécessaires pour assurer un traitement approprié – une par tranche de 36 mois.
 - C. Radiographies occlusales.
 - D. Radiographies extrabuccales.
 - E. Radiographies péricoronaires – une par tranche de 6 mois.
 - F. Sialographie.
 - G. Panographies, nécessaires pour assurer un traitement approprié – une par tranche de 36 mois.
 - H. Interprétation de radiographies d'une autre provenance – par unité de temps.
 - I. Tomographie.
5. Prévention
- A. Détartrage et polissage – un traitement par tranche de 9 mois.
 - B. Application topique de fluorure, nécessaire pour assurer un traitement approprié – une fois par tranche de 9 mois.
 - C. Conseils d'hygiène bucco-dentaire – une séance par année de référence.

- D. Scellants de puits de fissures (pour les enfants de moins de 15 ans seulement).
- E. Ablation de la carie.
- F. Énaméloplastie.
- G. Appareils de maintien (sans déplacement de dents).

SÉRIE B – RESTORATION ET CERTAINS SOINS CHIRURGICAUX

Pourcentage de remboursement – 90%. Aucune franchise ne s'applique pas à ces frais.

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Traitement de caries (obturations)
 - A. Amalgame :
 - (a) dents primitives.
 - (b) dents antérieures et prémolaires permanentes.
 - (c) molaires permanentes.
 - B. Tenons.
 - C. Silicate.
 - D. Résine composite ou résine acrylique.
 - E. Équilibration occlusale – 8 unités de temps par tranche de 12 mois.
2. Chirurgie – Extraction de dents
 - A. Extraction simple de dents ayant fait éruption
 - (a) première dent.
 - (b) toute autre dent de la même héli-arcade.
 - B. Extraction chirurgicale
 - (a) extraction complexe de dents ayant fait éruption.
 - (b) extraction de dents incluses.

- C. Ablation de racines résiduelles
 - (a) recouvertes de tissu mou.
 - (b) recouvertes de tissu osseux.
- D. Anaesthésie.
- E. Visites professionnelles.

SÉRIE C – RESTAURATION ET CHIRURGIE – SOINS COMPLÉMENTAIRES

Pourcentage de remboursement – 90%. Aucune franchise ne s'applique pas à des frais.

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Parodontie (diagnostic et traitement relatifs au tissu gingival)
 - A. Soins non-chirurgicaux – par unité de temps.
 - (a) Ciment parodontal.
 - (b) Traitement d'infections aiguës et d'autres lésions.
 - (c) Application d'agent désensibilisant.
 - B. Soins chirurgicaux
 - (a) Gingivoplastie.
 - (b) Gingivectomie.
 - (c) Ostéoplastie, ostéoectomie.
 - (d) Greffe osseuse, un ou plusieurs sextants.
 - (e) Greffe de pédicule.
 - (f) Vestibuloplastie.
 - (g) Traitement postopératoire – parodontie – par unité de temps.
 - C. Autres soins
 - (a) Contention temporaire – intracoronaire, extracoronaire – par unité de temps.

- (b) Détartrage et polissage des racines – par unité de temps.
- (c) Appareil – douleur myofaciale (s’il n’est pas lié à une dysfonction de l’articulation temporo-mandibulaire).
- (d) Appareils spéciaux, y compris les gouttières occlusales.
- (e) Réévaluation parodontale.

2. Endodontie

- A. Coiffage pulpaire.
- B. Pulpotomie.
- C. Pulpectomie.
- D. Traitement radiculaire.
- E. Apexification.
- F. Traitements périapicaux.
- G. Amputation radiculaire.
- H. Curetage gingival.
- I. Alvéoplastie – par unité de temps.
- J. Adaptation et scellement d’une bande de cuivre ou autre (isolement de la dent endodontique).
- K. Hémisection.
- L. Réimplantation, y compris exérèse et obturation apicale.
- M. Ouverture et drainage.
- N. Traitement d’urgence.
- O. Curetage apical.

3. Soins chirurgicaux

- A. Fibrotomie.

- B. Dénudation chirurgicale d'une dent.
- C. Reposition chirurgicale d'une dent.
- D. Énucléation d'une dent et de son follicule.
- E. Gingivoplastie et stomatoplastie.
- F. Ostéoplastie – par unité de temps.
- G. Tubéroplastie.
- H. Ablation de surplus de muqueuse.
- I. Ablation d'un kyste.
- J. Réparation de tissus mous.
- K. Ablation de tumeur et de kyste.
- L. Drainage.
- M. Traitement des fractures.
- N. Frénectomie.
- O. Soins chirurgicaux divers.
- P. Soins généraux complémentaires – médication (injections comprises).

SÉRIE D – PROTHÈSE DENTAIRE

Pourcentage de remboursement – 90% des frais remboursables nos 1, 2 et 3 et 50% des autres frais. Aucune franchise ne s'applique pas à ces frais

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Ajustement de prothèses amovibles.
2. Réparation de prothèses amovibles.
3. Rebasage et regarnissage de prothèses amovibles (tous les trois ans).
4. Aurifications.
5. Incrustations en or ou porcelaine.

6. Rescellement d'incrustations en profondeur ou de surface.
7. Extraction d'incrustations en profondeur ou de surface.
8. Tiges de rétention, tenons radiculaires et noyaux.
9. Examens, pellicules et empreintes.
10. Appareils de maintien.
11. Ponts et réparation de ponts y compris les piliers et les tenons.
12. Couronnes et réparation de couronnes. Les frais engagés pour le remplacement de couronnes ne sont pas remboursables à moins que la couronne soit en place depuis au moins 5 ans et qu'elle ne puisse être réparée pour être utilisable.
13. Rescellement de couronnes.
14. Extraction de couronnes.
15. Prothèse amovible complète supérieure.
16. Prothèse amovible complète inférieure.
17. Prothèse amovible partielle.

Les frais engagés pour des ponts ou prothèses amovibles standard de remplacement ne sont pas remboursables à moins que:

- A. le remplacement soit nécessaire du fait que des dents naturelles ont été extraites après la mise en place du pont ou de la prothèse amovible standard à remplacer;
- B. le pont ou la prothèse amovible standard soit en place depuis au moins 5 ans et ne puisse être réparé pour être utilisable;
- C. le pont ou la prothèse amovible à remplacer ait été mis en place temporairement. Le pont ou la prothèse amovible de remplacement doit être mis en place dans les 12 mois de la mise en place du pont ou de la prothèse amovible temporaire; le pont ou la prothèse amovible de remplacement est alors considéré comme une prothèse permanente pour les besoins de la présente clause;
- D. le remplacement soit nécessaire par suite de la mise en place d'une prothèse amovible initiale opposée après la prise d'effet de la couverture de la personne en vertu du contrat;

- E. le remplacement soit nécessaire du fait qu'une dent naturelle a été endommagée par suite d'une blessure après la prise d'effet de la couverture de la personne en vertu du contrat.

SÉRIE E – ORTHODONTIE

Pourcentage de remboursement – 50%. Aucune franchise ne s'applique pas à ces frais. S'applique aux salariés et aux personnes à charge.

Frais engagés pour ce qui suit :

1. Surveillance et ajustement
 - A. Examen.
 - B. Pellicules.
 - C. Empreints de diagnostic.
 - D. Chirurgie.
 - E. Surveillance et ajustements.
 - F. Réparation modification.

2. Appareils
 - A. Appareils amovibles.
 - B. Appareils fixes.
 - C. Appareils de maintien.
 - D. Appareils de contrôle des habitudes buccales.

Détermination préalable des prestations

S'il est prévu que les frais dépasseront 300 \$, vous devez soumettre à la Sun Life le plan de traitement proposé par le dentiste (formule de demande de règlement remplie) avant de commencer à suivre le traitement. La Sun Life vous informe alors des prestations auxquelles vous aurez droit, compte tenu des autres méthodes de traitement possibles, admises dans la pratique de la médecine dentaire.

Traitement équivalent

Pour déterminer la somme payable relativement aux frais engagés, Sun Life vérifie d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées. Ces méthodes doivent s'inscrire dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et être aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste. Le remboursement est limité au montant des frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

Dans le cas d'une couronne ou prothèse sur implant, les prestations que la Sun Life verse correspondent à celles qu'elle aurait versées au titre du présent régime pour une couronne sur dent ou une prothèse non reliée à un implant, respectivement. La Sun Life tient compte de toutes les restrictions qui auraient été appliquées s'il n'y avait pas eu d'implant. Tous les autres frais liés à des implants, y compris les frais de chirurgie, ne sont pas couverts.

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 de pratique courante et normalement exigés pour les soins et articles courants les moins coûteux, dont la qualité est également reconnue en médecine dentaire.

Exclusions

Sont exclus de la garantie :

1. Les services et articles relatifs à l'achat, la réparation, la modification ou le remplacement d'un appareil de prothèse de rechange, pour quelque raison que ce soit.
2. Les frais de rendez-vous non respectés ou de rédaction de demandes de règlement.
3. Les frais de soins et d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison comme, entre autres, un protège-dents.

4. Les frais dentaires attribuables 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.
5. Toute portion des frais qui sont la responsabilité légale d'une autre partie.
6. Les services ou articles pour lesquels aucuns frais ne seraient exigés en l'absence de la présente couverture.
7. Ticket modérateur, frais de coassurance ou frais similaires qui dépassent les frais payables en vertu d'un régime d'assurance de soins dentaires, d'assurance-hospitalisation ou d'assurance-maladie de l'État.
8. Traitement dentaire pas encore approuvé par l'Association dentaire canadienne ou qui, de l'avis du gestionnaire du régime, est sans aucun doute de nature expérimentale.
9. Services et fournitures qui, de l'avis de Sun Life, sont rendus surtout à des fins esthétiques, y compris, mais sans s'y limiter, la facette prothétique en porcelaine ou en composé d'une couronne ou d'un pontique aux molaires.
10. Services rendus et fournitures achetées avant que la personne soit couverte par le présent régime.
11. Les frais relatifs aux appareils ou à la modification de ces appareils lorsqu'une empreinte a été prise pour la mise en place ou la modification de l'appareil avant la prise d'effet de la couverture de la personne aux termes du présent contrat, les frais relatifs aux couronnes, aux ponts et aux incrustations en or lorsque la dent a été préparée avant la prise d'effet de la couverture de la personne aux termes du présent contrat et les frais relatifs au traitement radiculaire lorsque la chambre pulpaire a été ouverte avant la prise d'effet de la couverture de la personne aux termes du présent contrat.
12. Services et fournitures pour corriger une malformation congénitale ou de croissance qui n'est pas une malocclusion de classe I, II et III.
13. Frais d'un appareil parodontal, d'une équilibration occlusale et d'autres services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire, ou d'une correction de dimension verticale.

14. Les frais relatifs aux soins orthodontiques, pour le salarié ou son conjoint, lorsque l'appareil initial a été mis en place avant la prise d'effet de la couverture de la personne aux termes du présent contrat.

Demande de règlement

Si l'une des personnes à votre charge ou vous-même engagez des frais remboursables en cours de couverture, la demande de règlement doit être présentée dans les 15 mois après la première des dates suivantes :

1. la date à laquelle les dépenses ont été engagées,
2. la résiliation de votre assurance,
3. la fin de cette disposition.

Les frais remboursables sont réputés engagés :

1. le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous;
2. le jour où le traitement est terminé, dans le cas d'un traitement nécessitant plusieurs rendez-vous.

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour: concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

À votre choix

De temps en temps, nous vous donnerons de l'information sur d'autres produits et services financiers qui, à notre avis, sont susceptibles de répondre à l'évolution de vos besoins. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces offres, faites-le-nous savoir en nous appelant au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

**Régime souscrit par l'intermédiaire de :
Mark Hogan
Coughlin et associés limitée
Tél. 613-231-2266**