

2023-2024



MORCARE

Programme pour les étudiant·e·s étranger·ère·s



Pour obtenir de l'aide en français, veuillez appeler :

- Pour les demandes de règlement alternatives de l'OHIP (iAssist) - 1-866-883-9485
- Pour configurer la facturation directe - 1-866-472-8356
- Pour les réclamations de soins de santé et dentaires (Claimsecure) - 1-888-513-4464



MORCARE

Ce livret a pour but d'expliquer les garanties prévues par la police d'assurance collective et ne constitue pas un contrat d'assurance.

Les conditions générales de la police d'assurance collective prévaudront. L'ensemble des modalités, conditions, exclusions, limitations et restrictions régissant la couverture se trouve dans les contrats collectifs émis par les assureurs.

Pour toute question concernant les informations contenues dans ce livret ou pour toute information supplémentaire sur les garanties, l'Étudiant-e doit contacter : Morcare Insurance. Le contenu peut être modifié sans préavis.

**Centre d'appels Morcare : 416-216-5735 (local) et 1-888-985-1552 (sans frais)
Veuillez également consulter le site www.morcare.ca**

Morcare Insurance administre la police d'assurance collective, mais elle n'est pas la société d'assurance et n'est pas responsable de l'approbation, du règlement ou du paiement des demandes d'indemnisation.



MORCARE

Collège Boréal

- **RÉGIME DE REMPLACEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE DE L'ONTARIO (OHIP)**
- **ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS**

RÉSUMÉ DE LA COUVERTURE

Police d'assurance collective n° 100011038 émise par l'assureur, Solutions pour les marchés spéciaux, une division d'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. et d'Industrielle Alliance.

POUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE
ET LES SOINS DENTAIRES, VOIR **PAGE 15**

POUR LA FOIRE AUX QUESTIONS, VOIR **PAGE 40**

INFORMATION IMPORTANTE - À LIRE ATTENTIVEMENT

- **En cas de blessure ou de maladie, vos antécédents médicaux peuvent être examinés lors de la déclaration de sinistre.**

L'assurance est offerte aux étudiant-e-s à temps plein non canadien-ne-s, âgé-e-s de moins de 65 ans, qui détiennent un visa d'étudiant-e international-e et qui sont inscrit-e-s et suivent des cours dans un établissement d'enseignement reconnu au Canada, ainsi qu'à leur conjoint-e et aux enfants à charge qui les accompagnent et qui sont assuré-e-s en vertu de la police, qui ne sont pas admissibles à un régime d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation fédéral et/ou provincial canadien.

« Enfant à charge » désigne tout-e enfant naturel-le, beau-fils ou belle-fille, ou enfant légalement adopté-e de l'étudiant-e, qui dépend du soutien financier de l'étudiant-e et qui est : (a) âgé-e de moins de 21 ans et non marié-e; ou (b) âgé-e de 21 à 26 ans, non marié-e, et qui étudie à temps plein au Canada; ou (c) atteint-e d'une déficience mentale ou physique. Cela comprend également les éventuel-le-s enfants du conjoint ou de la conjointe de l'étudiant-e vivant avec cette personne dans une relation parent-enfant.

« Conjoint-e » désigne une personne âgée de moins de 65 ans et : (a) à laquelle l'étudiant-e est légalement marié-e; ou (b) à laquelle l'étudiant-e est marié-e par un mariage annulable et qui n'a pas été déclaré nul; ou (c) avec laquelle l'étudiant-e a cohabité de façon continue et qui a été présentée publiquement comme étant le conjoint ou la conjointe de l'étudiant-e pendant un minimum de 12 mois immédiatement avant qu'une perte ne soit subie en vertu de la police. Il n'est possible de considérer comme conjoint-e qu'une seule personne. Si l'étudiant-e est légalement marié-e mais cohabite également avec une personne telle que décrite au point (b) ou (c) ci-dessus, il ou elle peut choisir par écrit laquelle des deux personnes sera considérée comme conjoint-e en vertu de la police. Ce choix doit être déposé auprès du ou de la titulaire de la police. L'assureur ne sera pas lié par un choix non déposé avant l'événement couvert. Si aucun choix n'est déposé, la personne considérée comme conjointe sera celle à laquelle l'étudiant-e est légalement marié-e.

CHOIX DU RÉGIME FAMILIAL (COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE)

Personne à charge

Un-e membre peut choisir le régime familial à tout moment dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance. Le régime familial ne sera pas accepté si le ou la membre n'exerce pas cette option dans le délai de 30 jours.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE D'UNE PERSONNE ASSURÉE

Chaque personne admissible à l'assurance en vertu de la police deviendra un-e assuré-e à la dernière des dates suivantes :

- A. En ce qui concerne l'étudiant-e :
 - a) la date d'entrée en vigueur de la police;
 - b) la date à laquelle il ou elle devient une personne admissible, comme indiqué.
- B. En ce qui concerne le conjoint ou la conjointe assuré-e et/ou l'enfant à charge assuré-e :
 - a) à la date d'entrée en vigueur de l'assurance de l'étudiant-e. Tout-e futur-e enfant à charge est automatiquement assuré-e dans le cadre de la couverture du régime familial.

Un-e étudiant-e qui est invalide à la date d'entrée en vigueur de la couverture ne devient admissible qu'à la date à laquelle il ou elle suit des cours à temps plein. Les conjoint-e-s et les enfants à charge qui sont déjà hospitalisé-e-s à la date d'entrée en vigueur de leur couverture ne deviennent admissibles qu'à la date de leur sortie de l'hôpital.

Arrivée anticipée : l'assurance débutera 30 jours avant la date d'entrée en vigueur indiquée dans la demande déposée auprès de l'administrateur, à condition que la prime ait été payée, si l'assuré-e arrive avant cette date.

CESSATION DE L'ASSURANCE D'UN-E ASSURÉ-E

- A. La couverture prendra fin immédiatement à la première des dates suivantes :
 - a) En ce qui concerne l'étudiant-e :
 - b) la date de cessation de la police;
 - c) la date d'échéance de la prime si le ou la titulaire de la police omet de payer la prime d'un-e étudiant-e, sauf à la suite d'une erreur involontaire;
 - d) la date à laquelle l'étudiant-e atteint l'âge de 65 ans;
 - e) la date à laquelle l'étudiant-e n'est plus admissible à la couverture;
 - f) la date à laquelle l'étudiant-e devient admissible à un régime d'assurance maladie fédéral/provincial canadien ou à un autre régime d'assurance collective;
 - g) la date à laquelle l'étudiant-e retourne dans son pays d'origine;
 - h) la date à laquelle l'étudiant-e abandonne ses cours auprès du ou de la titulaire de la police;
 - i) la date à laquelle l'étudiant-e devient une personne admissible, comme indiqué.
- B. En ce qui concerne le conjoint ou la conjointe assuré-e et/ou l'enfant à charge assuré-e :
 - a) la date à laquelle cette personne devient inadmissible à la couverture;
 - b) la date à laquelle l'assurance de l'étudiant-e prend fin;
 - c) la date à laquelle cette personne devient admissible à un régime d'assurance maladie fédéral/provincial canadien ou à un autre régime d'assurance collective.

RÉGIME DE REMPLACEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE DE L'ONTARIO (OHIP)

NOTA BENE : tous frais pour une hospitalisation ou une intervention chirurgicale planifiée, y compris les chirurgies d'un jour, doivent être soumis pour approbation à l'assureur 3 jours avant la date d'admission. Dans le cas contraire, l'indemnisation se limitera à 70 % des frais engagés, jusqu'à concurrence de 10 000,00 \$.

COUVERTURE

Couverture médicale pendant la période où l'étudiant-e suit des cours au Canada.

LIMITE D'INDEMNISATION MAXIMALE

Montant maximal de 2 000 000 \$ pour toute la durée de vie.

FRAIS DE REMBOURSEMENT DES SOINS MÉDICAUX

Si une blessure ou une maladie entraîne un traitement médicalement nécessaire, l'assureur remboursera les frais raisonnables et nécessaires pour les services ou le matériel prévus dans le barème des prestations du régime provincial d'assurance maladie en vigueur, conformément à ce qui suit :

- a) frais d'hospitalisation, dans la limite de 100 % du tarif journalier de l'hébergement en salle standard pratiqué par l'hôpital de la province ou du territoire de résidence;
- b) Si une hospitalisation est nécessaire pour un traitement psychiatrique, les prestations sont payables jusqu'à un montant maximal de 25 000,00 \$ pour toute la durée de vie;
- c) L'hospitalisation pour une maladie liée au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas couverte si le résultat positif de l'assuré-e était connu par quiconque avant la date d'entrée en vigueur de l'assurance. Dans les autres cas, la couverture se limite à une seule hospitalisation d'une durée maximale de 72 heures;
- d) frais engagés pour le plasma sanguin et le sang total, y compris leur administration;
- e) frais engagés pour des radiographies et des examens de laboratoire nécessaires à des fins de diagnostic;
- f) frais engagés pour un examen IRM, lorsqu'il est recommandé par un médecin, jusqu'à concurrence de 2 500,00 \$ par année d'assurance;
- g) frais liés aux soins et aux traitements médicaux dispensés ou aux interventions chirurgicales effectuées par un-e médecin, sous réserve du guide des honoraires en vigueur publié par l'Association médicale de la province ou du territoire de résidence de l'assuré-e;
- h) frais liés aux services d'un-e anesthésiste agréé-e, lorsqu'ils sont recommandés par un-e médecin, sous réserve du barème d'honoraires du régime d'assurance maladie publié par la province ou le territoire de résidence de l'assuré-e;
- i) frais liés à des actes dentaires spécifiques s'ils sont effectués dans une salle d'opération par un-e chirurgien-ne-dentiste nommé-e au sein du personnel dentaire de l'hôpital.

L'assureur remboursera également les frais raisonnables et nécessaires liés aux services ou au matériel reçus par l'assuré-e conformément à ce qui suit :

- a) frais liés à un examen médical annuel;
- b) frais liés aux soins de puériculture, pendant une période de six mois après la naissance d'un-e enfant à charge assuré-e;
- c) frais liés aux sérums, vaccins, antitoxines, injections pour l'immunisation contre les maladies ou les poisons et leur administration, jusqu'à concurrence de 150,00 \$ par personne assurée et par année d'assurance, ce qui comprend les injections multiples du même sérum ou vaccin s'il doit être administré en plusieurs fois, comme le prévoit le régime d'assurance maladie provincial. Les vaccins nécessaires pour voyager sont exclus.

PROGRAMME DE TRAITEMENT DE LA FENTE LABIO-PALATINE

L'assureur prendra en charge les frais réellement engagés pour un traitement dentaire spécialisé pour les enfants à charge couvert-e-s souffrant de fente labio-palatine.

INDEMNITÉ POUR FRAIS DE MATERNITÉ

En cas de grossesse ou d'accouchement, l'assureur remboursera les frais réellement engagés pour la grossesse, l'accouchement, la fausse couche, les complications et la maternité, y compris les frais pré et post-natals, à condition que la couverture familiale ait été en vigueur pour la personne bénéficiaire pendant toute la durée de la grossesse, ou que la couverture de la personne assurée soit en vigueur à la date de prise d'effet de la police, sous réserve d'un montant maximal de 25 000,00 \$ pour toute la durée de vie.

TRAITEMENT ONCOLOGIQUE

Les frais de traitement oncologique en tant que patient-e hospitalisé-e ou non sont couverts jusqu'à un montant maximal de 25 000,00 \$ pour toute la durée de vie.

INDEMNITÉ DE RAPATRIEMENT DU CORPS (15 000 \$)

Si une blessure ou une maladie entraîne le décès d'une personne assurée, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés pour le transport du corps jusqu'à la ville de résidence au Canada ou au pays d'origine, y compris la préparation du corps pour ce transport, sous réserve d'un montant maximal de 15 000,00 \$ ou d'un montant maximal de 5 000,00 \$ pour l'incinération ou l'inhumation de la dépouille sur le lieu du décès. Le coût d'un cercueil ou d'une urne est exclu.

Dans le cas où les prestations de la présente partie sont contenues dans deux parties ou plus de la présente police, les prestations payables seront limitées à celles d'une seule partie.

INDEMNITÉ DE RAPATRIEMENT (10 000 \$)

Si une blessure ou une maladie rend une personne assurée totalement invalide, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires effectivement engagés pour le retour de la personne assurée par le moyen de transport approprié dans sa ville de résidence dans son

pays d'origine. Tous les préparatifs du voyage doivent être approuvés par l'assureur avant le départ et sont limités à un montant maximal de 10 000,00 \$.

Nonobstant ce qui précède, l'assureur se réserve le droit, selon les besoins raisonnables et à ses frais, de transférer la personne assurée dans un hôpital du pays d'origine à la suite d'une blessure ou d'une maladie, sous réserve du montant maximal indiqué ci-dessus.

BLESSURES AUTO-INFLIGÉES ET TENTATIVES DE SUICIDE

Les frais liés à ce qui suit seront payables sous réserve d'un montant maximal de 10 000,00 \$ par assuré-e pour toute la durée de vie :

- a) services hospitaliers en hospitalisation et en ambulatoire (y compris les frais de salle d'urgence);
- b) services psychiatriques;
- c) soins infirmiers et soutien à domicile (y compris les frais d'évaluation);
- d) programmes de traitement en ambulatoire qui seraient fournis dans le cadre du régime d'assurance maladie provincial.

AFFECTIONS PRÉEXISTANTES

La police ne couvrira pas les frais résultant d'une affection pour laquelle un-e assuré-e a reçu un avis, une consultation ou un traitement médical dans les 120 jours précédant le début de l'assurance, à l'exception d'une affection chronique qui est sous traitement et stabilisée par la prise régulière de médicaments sur ordonnance, et s'il n'y a pas eu d'évolution de l'état de santé pendant au moins 120 jours.

Clause d'antériorité : nonobstant ce qui précède, un-e assuré-e qui est couvert-e par la police existante au cours de la période de 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de cette police sera couvert-e pour une affection préexistante sous traitement et stabilisée par la prise régulière de médicaments sur ordonnance, y compris s'il y a des changements de médicaments, de dosage ou d'utilisation tels que prescrits, tant que le problème de santé est le même que celui pour lequel l'assuré-e recevait un traitement.

QUAND L'ASSURANCE NE S'APPLIQUE-T-ELLE PAS?

Le régime ne couvre pas les pertes, fatales ou non, causées par ou résultant des situations suivantes :

guerre déclarée ou non déclarée ou tout acte de celle-ci;

- A. Toute perte résultant uniquement de l'utilisation d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques de destruction massive, quelle que soit la manière dont elles sont distribuées ou combinées;
 - a) service actif à plein temps dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - b) suicide ou tentative de suicide ou blessure auto-infligée intentionnellement, en étant sain-e d'esprit ou non, sauf dans les cas prévus;
 - c) perpétration ou tentative de perpétration d'un acte criminel par l'assuré-e;
 - d) maladie liée à l'alcool ou maladie résultant de l'alcoolisme ou de la consommation excessive d'alcool;

- e) blessures corporelles dues à l'alcoolisme ou à la consommation excessive régulière ou à long terme d'alcool;
 - f) maladie liée à la drogue ou maladie résultant de la toxicomanie ou de la consommation excessive de drogues;
 - g) blessures corporelles dues à la toxicomanie ou à la consommation excessive régulière ou à long terme de drogues;
 - h) la participation à des sports professionnels, à des sports de contact, à des vols acrobatiques ou à des cascades, à du deltaplane, à du parachutisme, à de la chute libre, à du parachute ascensionnel, à de l'escalade de rocher, à de l'alpinisme, à du saut à l'élastique, à de la plongée sous-marine ou à des concours de vitesse motorisés;
- B. La police ne couvre pas le matériel ni les services suivants, ni leur coût :
- a) frais admissibles au titre d'un régime d'hospitalisation, de soins médicaux, de soins dentaires ou d'assurance maladie gouvernemental/collectif, ou frais pour lesquels l'assurance est interdite par la loi;
 - b) médicaments sur ordonnance;
 - c) consultations à l'hôpital uniquement pour l'administration de médicaments;
 - d) soins infirmiers privés;
 - e) examens médicaux à l'usage d'un tiers, y compris les visites médicales aux fins de l'immigration, les médicaments expérimentaux, les médicaments préventifs;
 - f) examens médicaux spécifiques pour : (i) une demande d'assurance (ou son maintien), (ii) une demande d'inscription à une école, un camp, une association, un club, un groupe ou un programme (admission ou maintien), (iii) une demande d'emploi (ou son maintien), et (iv) des obligations légales ou des procédures judiciaires. Sauf si cela est obligatoire pour les programmes coopératifs et/ou de stage;
 - g) examens, vaccinations ou inoculations de groupe et examens à des fins de dépistage, d'enquête ou de recherche;
 - h) chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire à la suite d'un accident;
 - i) frais liés à des traitements médicaux expérimentaux;
 - j) services qui ne seraient normalement pas facturés s'il n'y avait pas de couverture d'assurance;
 - k) appareils auditifs;
 - l) procédures d'acupuncture;
 - m) dispositifs contraceptifs, sous quelque forme que ce soit;
 - n) traitements et consultations liés à l'infertilité;
 - o) tout traitement ou toute intervention chirurgicale facultatifs;
 - p) cours prénataux;
 - q) services de laboratoire ou pathologie clinique, sauf dans les cas prévus;
 - r) frais engagés pour l'achat de lunettes et de lentilles de contact, ou les prescriptions correspondantes;
 - s) frais engagés pour un traitement dentaire, ni le coût de remplacement ou de réparation de dents artificielles, de dentiers ou d'appareils dentaires, autres que ceux prévus;

- t) temps de déplacement ou frais kilométriques; et témoignages en cour, préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications.

PAIEMENTS D'INDEMNITÉS

RÉGIME DE REMPLACEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE DE L'ONTARIO (OHIP) ASSURANCE MÉDICALE

Sauf indication contraire, toutes les prestations seront versées à l'étudiant-e ou selon ses instructions. Les prestations acquises, le cas échéant, non payées au moment du décès de l'étudiant-e, seront versées à sa succession.

ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS

COUVERTURE

Blessure subie pendant la période où l'étudiant-e suit des cours au Canada.

CAPITAL ASSURÉ

Étudiant-e	50 000,00 \$
Conjoint-e	10 000,00 \$
Chaque enfant à charge	2 500,00 \$

INDEMNITÉ EN CAS DE DÉCÈS, DE MUTILATION OU DE PERTE SPÉCIFIQUE ACCIDENTELS

La « perte » ou la « perte de jouissance » doit survenir dans les 365 jours suivant la date de l'accident. Ces prestations sont payables sur une base forfaitaire et s'ajoutent à toutes les autres prestations que vous pouvez recevoir.

	% du capital assuré
Vie	100 %
Les deux mains ou les deux pieds	100 %
Vue complète des deux yeux	100 %
Une main et un pied	100 %
Une main et la vue complète d'un œil	100 %
Un pied et la vue complète d'un œil	100 %
Parole et audition des deux oreilles	100 %
Un bras ou une jambe	75 %
Une main ou un pied	66 2/3 %
Vue complète d'un œil	66 2/3 %
Parole ou audition des deux oreilles	66 2/3 %
Pouce et index, quelle que soit la main	33 1/3 %
Quatre doigts, quelle que soit la main	33 1/3 %
Audition d'une oreille	33 1/3 %
Tous les orteils d'un pied	25 %
Tétraplégie (paralysie totale des quatre membres)	200 %

Paraplégie (paralysie totale des membres inférieurs)	200 %
Hémiplégie (paralysie totale d'un côté du corps)	200 %

INDEMNITÉ DE REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX EN CAS D'ACCIDENT (10 000 \$)

Si la blessure nécessite un traitement médical dans les 30 jours, l'assureur paiera les frais raisonnables et habituels effectivement engagés pour ce qui suit : (a) frais liés aux services d'un infirmier ou d'une infirmière; (b) transport par un service d'ambulance agréé ou, sur recommandation d'un-e médecin, par tout autre moyen de transport autorisé à transporter des passagers à titre onéreux, jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir le traitement requis, ou à partir de cet hôpital; (c) frais d'hospitalisation correspondant à la différence entre le coût en salle commune, en vertu du régime provincial d'hospitalisation, et les frais exigés pour une chambre à deux lits (à un lit si le ou la médecin le recommande); (d) location d'un fauteuil roulant, d'un poumon d'acier et d'autres équipements durables pour un traitement thérapeutique, jusqu'à concurrence du prix d'achat en vigueur au moment de la location; (e) frais liés aux services d'un-e physiothérapeute agréé-e ou d'un-e thérapeute du sport agréé-e, lorsqu'ils sont recommandés par un-e médecin, sous réserve d'un remboursement maximal de 500,00 \$ par année d'assurance; (f) médicaments qui nécessitent une prescription écrite d'un-e médecin et qui sont délivrés par un-e pharmacien-ne ou un-e médecin agréé-e; (g) frais divers pour les appareils auditifs, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires et orthèses, à l'exclusion de leur remplacement; les orthèses ne comprennent pas les appareils orthodontiques fixes et sont soumises à un montant maximal de 750,00 \$ par année d'assurance; (h) frais liés aux services d'un-e chiropraticien-e agréé-e, sous réserve d'un remboursement maximal de 500,00 \$ par année d'assurance.

Le régime est soumis aux exigences légales fédérales et provinciales et ne contreviendra à aucune de ces exigences en ce qui concerne les régimes hospitaliers et/ou médicaux. Les prestations seront réduites de tout montant payé ou payable en vertu de toute autre police prévoyant des remboursements de frais similaires.

PRESTATION DE DÉCÈS (1 000 \$)

Si une blessure entraîne le décès d'un-e étudiant-e, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés par le conjoint ou la conjointe et les enfants à charge de l'étudiant-e pour un nombre maximal de six séances de suivi de deuil auprès d'un conseiller ou d'une conseillère professionnel-le.

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (25 000 \$)

Si un-e assuré-e subit une brûlure au troisième degré, l'assureur versera un pourcentage du capital assuré, en fonction de la partie du corps qui a été brûlée, selon le tableau suivant :

INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE ESTHÉTIQUE (25 000 \$)

Si un-e assuré-e subit une brûlure au troisième degré, l'assureur versera un pourcentage du capital assuré, en fonction de la partie du corps qui a été brûlée, selon le tableau suivant :

Partie du corps	Classification de la zone (A)	% maximal autorisé pour la zone brûlée (B)	% maximal du capital assuré à payer (C)
		%	%
Visage, cou, tête	11	9,0	99,0
Main et avant-bras	5	4,5	22,5
Haut du bras gauche ou droit	3	4,5	13,5
Buste ou dos	2	18,0	36,0
Cuisse gauche ou droite	1	9,0	9,0
Bas de la jambe gauche ou droite (en dessous du genou)	3	9,0	27,0

Le pourcentage maximal du capital assuré à payer (C) est déterminé en multipliant la classification de la zone (A) par le pourcentage maximal autorisé pour la zone brûlée (B). Dans le cas d'une brûlure de la surface à 50 %, le pourcentage maximal autorisé pour la zone brûlée (B) est réduit de 50 %. Ce tableau représente uniquement le pourcentage maximal du capital assuré à payer pour un même accident. Si l'assuré-e souffre de brûlures sur plus d'une zone à la suite d'un même accident, les prestations ne dépasseront pas le montant maximal indiqué ci-dessus.

PRESTATION DE FRAIS DE GARDE (5 000 \$)

Si une blessure entraîne le décès d'un-e étudiant-e, l'assureur versera 5 % du capital assuré pour chaque année où l'enfant à charge est inscrit-e dans une garderie légalement autorisée (sans dépasser quatre ans) pour chaque enfant à charge âgé-e de moins de 13 ans et inscrit-e dans une garderie légalement autorisée à la date de l'accident ou dans les 12 mois qui suivent ce dernier.

PRESTATION D'ÉDUCATION (10 000 \$)

Si une blessure entraîne le décès d'un-e étudiant-e, l'assureur versera 5 % du capital assuré à tout-e enfant à charge qui, à la date de l'accident, était inscrit-e comme étudiant-e à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au-delà du niveau secondaire (sans dépasser quatre ans). Si, au moment du décès, il n'y a pas d'enfants à charge admissibles à la prestation d'éducation, l'assureur versera un montant supplémentaire de 2 500,00 \$ au ou à la bénéficiaire désigné-e.

PRESTATION DE TRANSPORT DE LA FAMILLE (15 000 \$)

Si la blessure entraîne une hospitalisation, ainsi qu'une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels, et que l'hôpital est situé à au moins 150 km de la résidence de l'assuré-e, l'assureur paiera les frais réellement engagés par un-e membre de la famille immédiate pour l'hébergement à l'hôtel et le transport par la route la plus directe jusqu'à l'assuré-e hospitalisé-e.

Si le transport s'effectue dans un véhicule ou un appareil autre qu'un véhicule ou un appareil autorisé à transporter des passagers à titre onéreux, le remboursement des frais de transport sera limité à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

INDEMNITÉ POUR L'AMÉNAGEMENT DU DOMICILE ET LA MODIFICATION DU VÉHICULE (15 000 \$)

Si une blessure contraint l'assuré-e à utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, l'assureur paiera le coût des modifications apportées à la résidence principale de l'assuré-e et/ou le coût des modifications apportées à un véhicule motorisé utilisé par l'assuré-e, à condition que cette blessure entraîne une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels.

FRAIS D'INDEMNITÉ HOSPITALIÈRE (2 500 \$)

Une indemnité journalière, sous réserve du montant maximal mensuel susmentionné, sera versée lorsqu'un-e assuré-e est hospitalisé-e, si cette période d'hospitalisation est nécessaire pour le traitement d'une blessure qui entraîne une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels de la police et qui débute pendant que l'assurance est en vigueur.

Une période d'hospitalisation nécessaire pour une blessure autre qu'une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels sera couverte comme indiqué ci-dessus, à condition que cette hospitalisation soit d'une durée minimale de 4 jours.

PRESTATION POUR FRAIS D'OBSÈQUES (6 500 \$)

Si une blessure entraîne le décès dans la ville de résidence au Canada, un montant supplémentaire est payable pour les frais d'incinération ou d'inhumation réellement engagés (si dans la ville de résidence au Canada). Cette prestation n'est payable que si aucune indemnité de rapatriement du corps n'a été versée.

PRESTATION D'IDENTIFICATION (10 000 \$)

Si une blessure entraîne le décès et nécessite l'identification du corps, l'assureur paiera les frais réellement engagés par un-e membre de la famille immédiate pour l'hébergement, les repas et le transport par la route la plus directe, à condition que le corps soit situé à au moins 150 kilomètres de la résidence du ou de la membre de la famille immédiate et que l'identification du corps soit exigée par la police ou un organisme d'application de la loi similaire ayant autorité en la matière.

Si le transport s'effectue dans un véhicule ou un appareil autre qu'un véhicule ou un appareil autorisé à transporter des passagers à titre onéreux, le remboursement des frais de transport sera limité à un maximum de 0,35 \$ par kilomètre parcouru.

PRESTATION DE PSYCHOTHÉRAPIE (5 000 \$)

Si une blessure entraîne une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels et que l'assuré-e a besoin d'une psychothérapie, telle que prescrite par un-e médecin, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires réellement engagés.

PRESTATION DE RÉADAPTATION (15 000 \$)

Si une blessure exige que l'étudiant-e suive une formation spéciale afin d'être qualifié-e pour exercer une profession spéciale qu'il ou elle n'aurait pas exercée sans cette blessure, l'assureur paiera les frais raisonnables et nécessaires engagés pour cette formation, à condition que cette blessure entraîne une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels.

INDEMNITÉ POUR PORT DE CEINTURE DE SÉCURITÉ

Si une blessure entraîne une perte payable en vertu de l'indemnité en cas de décès, de mutilation ou de perte spécifique accidentels, le capital assuré sera augmenté de 10 % si, au moment de l'accident, l'assuré-e conduisait ou était passager ou passagère d'un véhicule et portait une ceinture de sécurité correctement attachée.

PRESTATION DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE (15 000 \$)

Si une blessure entraîne le décès d'un-e étudiant-e, l'assureur remboursera au conjoint ou à la conjointe les frais réellement engagés pour suivre un programme de formation professionnelle officielle lui permettant de se qualifier pour un emploi actif dans une profession pour laquelle le conjoint ou la conjointe n'aurait pas autrement les qualifications suffisantes.

REMBOURSEMENT DES FRAIS DE VOYAGE DU (DES) PARENT(S) (10 000 \$)

À la suite d'un décès accidentel de l'étudiant-e, l'assureur paiera les frais réellement engagés par le(s) parent(s) de l'étudiant-e pour le transport, les repas, l'hébergement et les frais de voyage supplémentaires engagés en cours de route et/ou pendant le séjour dans la ville où se trouve le corps de l'étudiant-e.

FRAIS D'AIDE PÉDAGOGIQUE ET FRAIS TÉLÉPHONIQUES SPÉCIAUX (2 000 \$)

Si, dans les 100 jours suivant la date de l'accident, une blessure rend l'étudiant-e totalement invalide et l'oblige à être confiné-e à son domicile ou à l'hôpital pendant une période de plus de 40 jours consécutifs, l'assureur prendra en charge les frais engagés à compter du premier jour où les frais réels sont dus pour ce confinement, pour les services d'aide pédagogique dont bénéficie l'étudiant-e à un tarif ne dépassant pas 20,00 \$ l'heure. En outre, l'assureur prendra en charge les frais de main-d'œuvre, de câblage et de location d'équipement de communication pour fournir un service d'aide pédagogique par téléphone de l'école à la résidence ou à l'hôpital où se trouve l'étudiant-e.

COUVERTURE LIMITÉE POUR LE TRANSPORT AÉRIEN

La couverture comprend les blessures subies en raison d'un voyage en tant que passager ou passagère et non en tant que pilote ou membre de l'équipage, en montant à bord ou en descendant d'un aéronef tel que décrit ci-dessous, en étant heurté-e par ce dernier, ou en effectuant un atterrissage forcé avec ou à partir de ce dernier :

- a) tout aéronef possédant un certificat de navigabilité en cours de validité et piloté par une personne titulaire d'une licence de pilote en cours de validité et d'une qualification l'autorisant à piloter un tel aéronef,
- b) tout aéronef de type transport exploité par les Forces armées canadiennes ou par le service de transport aérien constituant son homologue auprès d'une autorité gouvernementale dûment constituée du gouvernement reconnu d'une nation quelconque partout dans le monde, à condition que l'aéronef ne soit pas utilisé à des fins d'essai ou d'expérimentation..

Nonobstant les points a) et b) ci-dessus, la couverture exclut les blessures subies pendant et à la suite d'un voyage en tant que passager ou passagère, pilote, opérateur ou opératrice ou membre de l'équipage, dans ou sur un aéronef dont le ou la titulaire de la police est propriétaire, exploitant-e ou locataire, en montant à bord ou en descendant de cet aéronef, en étant heurté-e par ce dernier ou en effectuant un atterrissage forcé avec ou à partir de ce dernier.

QUAND L'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS NE S'APPLIQUE-T-ELLE PAS?

- A. Le régime ne couvre pas les pertes, fatales ou non, causées par ou résultant des situations suivantes :
 - a) guerre déclarée ou non déclarée ou tout acte de celle-ci;
 - b) service actif à plein temps dans les forces armées de n'importe quel pays;
 - c) suicide ou tentative de suicide ou blessure auto-infligée intentionnellement, en étant sain-e d'esprit ou non;
 - d) blessures subies en raison d'un voyage en tant que passager ou passagère ou autre dans un véhicule ou un appareil de navigation aérienne, sauf pour les cas prévus dans la partie intitulée « Couverture limitée pour le transport aérien ».
 - e) Le régime ne couvre pas non plus les frais engagés :
- B. pour l'achat, la réparation ou le remplacement de lunettes ou de lentilles de contact ou les prescriptions correspondantes;
 - a) pour les frais de masseur ou masseuse;
 - b) en raison d'une maladie, qu'elle soit la cause ou l'effet;
 - c) par un-e assuré-e qui n'est pas couvert-e par un régime d'hospitalisation fédéral ou provincial ou son équivalent.

PAIEMENTS D'INDEMNITÉS

DÉCÈS OU MUTILATION ACCIDENTELS

L'indemnité en cas de décès d'un-e étudiant-e est payable à la succession de l'étudiant-e. Toutes les autres indemnités payables, y compris celles qui sont payables au conjoint ou

à la conjointe assuré-e et/ou aux enfants à charge assuré-e-s, sont payables à l'étudiant-e, à l'exception des indemnités payables au titre des prestations suivantes : prestations de décès, de frais de garde, d'éducation, de transport de la famille, pour frais d'obsèques, d'identification, de rapatriement du corps et de reconversion professionnelle du conjoint ou de la conjointe.

La police contient une disposition supprimant ou limitant le droit de l'assuré-e à désigner des personnes à qui ou au profit desquelles les sommes assurées doivent être versées. Toute action ou procédure intentée contre un assureur en vue du recouvrement des sommes assurées payables en vertu du contrat est absolument proscrite, à moins qu'elle ne soit entamée dans le délai prévu par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable. **Assurance médicale** : Sauf indication contraire, toutes les prestations seront versées à l'étudiant-e ou selon ses instructions. Les prestations acquises, le cas échéant, non payées au moment du décès de l'étudiant-e, seront versées à sa succession.



MORCARE

Collège Boréal

- **MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE,
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE
ET SOINS DENTAIRES**

RÉSUMÉ DE LA COUVERTURE

Numéro de groupe 100004

Police numéro 100011693 émise par l'assureur, Solutions pour les marchés spéciaux, une division de l'Industrielle Alliance, Groupe financier inc.

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

REMBOURSEMENT

Médicaments	80 %
Tous les autres frais couverts	100 %

Franchise Aucune

FRAIS COUVERTS

Ambulance

PLAFONDS PAR PERSONNE ASSURÉE

100 \$ par année scolaire

Taxi d'urgence

50 \$ par année scolaire

Médicaments, y compris
vitamines injectables

5 000 \$ par année scolaire

Vaccinations préventives

150 \$ par année scolaire

Dispositifs intra-utérins, contraceptifs
oraux, patchs contraceptifs, anneaux
contraceptifs et injections
contraceptives

Montant maximal combiné
de 200 \$ par année scolaire

Dispositifs de surveillance et
équipement d'administration
pour personnes diabétiques

Montant maximal combiné de 1 000 \$
par période de 5 années civiles consécutives

Prothèses mammaires

150 \$ par période de 24 mois consécutifs

Chaussures orthopédiques
et orthèses plantaires

Montant maximal combiné de 150 \$ par année
scolaire

Honoraires pour les praticiens paramédicaux ou les praticiennes paramédicales suivant-e-s :

Physiothérapeutes et thérapeutes
en réadaptation physique

Montant maximal combiné
de 500 \$ par année scolaire

Massothérapeutes et
orthothérapeutes agréé-e-s

Montant maximal combiné
de 500 \$ par année scolaire

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS

Psychologues, psychanalystes et travailleurs sociaux/ travailleuses sociales	Montant maximal combiné de 1 000 \$ par année scolaire
Orthophonistes, audiologistes, chiropraticiens, ostéopathes, acupuncteurs et acupunctrices, ergothérapeutes, chaque praticien-ne	Montant maximal combiné de 500 \$ pour les naturopathes et les nutritionnistes
Podologues et podiatres année scolaire	Montant maximal combiné de 500 \$ par
Prothèses artificielles	200 \$ par année scolaire
Fauteuils roulants, réparations comprises	250 \$ pour toute la durée de vie
Accident dentaire	2 000 \$ par année scolaire
Appareils auditifs consécutives	500 \$ par période de 5 années
Examens de la vue	80 \$ par période de 24 mois consécutifs Un examen de la vue par période de 24 mois consécutifs
Lunettes et lentilles de contact	150 \$ par période de 24 mois consécutifs
Chirurgie oculaire corrective au laser	75 \$ par œil pour toute la durée de vie
Appareils médicaux autres que ceux énumérés ci-dessus	250 \$ pour toute la durée de vie
Matériel médical	250 \$ par année scolaire
Services d'aide pédagogique	15 \$ par heure, montant maximal de 1 000 \$ par année scolaire

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS

PRESTATION POUR FRACTURE ET LUXATION

<u>Liste des pertes</u>	<u>Montant maximal par personne assurée</u>
Du crâne (déprimée)	300 \$
Du crâne (non déprimée)	100 \$
Du nez	20 \$
De la mâchoire supérieure	75 \$
De la mâchoire inférieure	40 \$
De la clavicule	40 \$
De l'omoplate	75 \$
De la colonne vertébrale (une ou plusieurs vertèbres)	150 \$
De l'apophyse épineuse	40 \$
De l'apophyse transverse	40 \$
Du sacrum ou du coccyx	50 \$
De la côte	20 \$
De deux côtes ou plus	40 \$
Du sternum	40 \$
De la hanche	150 \$
Du pelvis	150 \$
De la rotule	50 \$
Du bas de la jambe (un seul os), tibia ou péroné	75 \$
Du bas de la jambe (deux os), tibia ou péroné	100 \$
De la jambe (fémur)	150 \$
De la cheville	75 \$
Du haut du bras (humérus)	75 \$
Du coude	50 \$
De l'avant-bras (un os), radius ou cubitus	75 \$
De l'avant-bras (deux os), radius ou cubitus	100 \$
Du poignet	75 \$
De la main (un métacarpien)	20 \$
De la main (un ou plusieurs métacarpiens)	40 \$
Du doigt	20 \$
Des doigts (deux ou plus)	40 \$
Du pied (un métatarse)	20 \$
Du pied (deux métatarses ou plus)	40 \$
De l'orteil	20 \$
Des orteils (deux ou plus)	40 \$
Du talon	50 \$
D'un os non mentionné dans ce tableau	20 \$
Un éclat ou une fracture linéaire de l'un ou l'autre du ou des os ci-dessus	20 \$

RÉSUMÉ DES PRESTATIONS

PRESTATION DE SOINS À DOMICILE

Franchise	Aucune
Remboursement	100 %
Maximum	60 \$ par jour, montant maximal de 10 000 \$ par année scolaire
Limitation globale	2 périodes de convalescence par année civile

ASSURANCE DENTAIRE

REMBOURSEMENT

Traitements préventifs	80 %
Traitements de base et parodontaux	80 %
Traitements endodontiques	50 %
Traitements majeurs	50 %
Franchise	Aucune

FRAIS COUVERTS PLAFOND PAR PERSONNE ASSURÉE

Traitements préventifs, de base, parodontaux, endodontiques et majeurs	750 \$ par année scolaire
--	---------------------------

Les frais sont remboursés selon le guide des honoraires dentaires en vigueur pour l'année en cours dans la province de résidence de la personne assurée, sous réserve des limites prévues par la prestation d'assurance soins dentaires. Si la personne assurée réside en Alberta, le guide des honoraires en vigueur est considéré comme étant le guide des honoraires de 1997 de l'Association dentaire de l'Alberta pour les omnipraticien·ne·s, plus un rajustement inflationniste déterminé par l'assureur.

DÉFINITIONS

Telles qu'utilisées dans la police d'assurance collective :

Personne à charge

Le conjoint ou la conjointe du participant ou de la participante et/ou un-e enfant à charge du participant ou de la participante ou du conjoint ou de la conjointe. Si des personnes à charge sont assurées au titre de la police d'assurance collective, les termes « conjoint-e » et « enfant à charge » auront la signification suivante :

a) Conjoint-e

La personne mariée ou en union civile avec le participant ou la participante, ou la personne désignée par le participant ou la participante, qu'il ou elle déclare publiquement comme étant son conjoint ou sa conjointe et avec laquelle il ou elle vit de façon permanente depuis au moins un an, ou moins si un-e enfant est né-e de leur union.

En cas de séparation de fait de plus de 3 mois, la personne ne sera plus considérée comme le conjoint ou la conjointe du participant ou de la participante aux fins de la police d'assurance collective.

Si, conformément à cette définition, le participant ou la participante a eu plusieurs conjoint-e-s, le conjoint ou la conjointe sera la personne la plus récemment qualifiée.

b) Enfant à charge

Tout-e enfant non marié-e du participant ou de la participante ou de son conjoint ou sa conjointe qui dépend entièrement du soutien financier du participant ou de la participante et qui remplit au moins une des conditions suivantes :

- i) Il ou elle est âgé-e de moins de 18 ans; ou
- ii) Il ou elle est âgé-e de moins de 21 ans et fréquente à plein temps un établissement d'enseignement reconnu; ou
- iii) Il ou elle est mentalement ou physiquement handicapé-e et est incapable de gagner sa vie en raison de ce handicap, à condition que ce handicap ait commencé alors qu'il ou elle était un-e enfant tel que défini aux points i) ou ii).

Personne assurée

Le participant ou la participante et toute personne à charge à qui l'assurance a été accordée en vertu de la police collective.

Participant-e

Un-e étudiant-e admissible à l'assurance et inclus-e dans la police collective.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Étudiant-e

Un-e étudiant-e non-canadien-ne à temps plein, âgé-e de moins de 65 ans, qui :

- a) Est titulaire d'un visa d'étudiant-e international-e;
- b) Est sous l'administration du ou de la titulaire de la police;
- c) Réside au Canada;
- d) Est inscrit-e et suit des cours au Collège Boréal.

Année scolaire

L'année scolaire s'étend du 1^{er} septembre au 31 août.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DE L'ÉTUDIANT-E

Un-e étudiant-e devient admissible à l'assurance de la police collective en tant que participant-e à la date à laquelle il ou elle remplit les conditions suivantes :

- i) Il ou elle répond à la définition d'étudiant-e dans la police d'assurance collective;
- ii) Il ou elle est d'abord couvert-e par un régime approuvé semblable au régime d'assurance maladie de sa province de résidence.

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Une personne devient admissible à l'assurance de la police collective en tant que personne à charge à la date à laquelle elle remplit les conditions suivantes :

- i) Elle répond à la définition de personne à charge dans la police d'assurance collective;
- ii) Elle est d'abord couverte par un régime approuvé semblable au régime d'assurance maladie de sa province de résidence;
- iii) L'étudiant-e dont elle est à la charge est assuré-e dans le cadre de la police collective.

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

Sous réserve de toutes les autres dispositions de la police collective, l'assurance de l'étudiant-e et l'assurance des personnes à charge, le cas échéant, prendront effet à la dernière des dates suivantes :

- i) À la date d'entrée en vigueur de la police, si l'étudiant-e est alors inscrit-e comme étudiant-e à temps plein;
- ii) À la date à laquelle l'étudiant-e s'inscrit comme étudiant-e à temps plein.

Si l'étudiant-e fait l'objet d'une arrivée anticipée sur le campus, l'assurance peut commencer 30 jours avant la date d'entrée en vigueur indiquée dans la demande déposée auprès du ou de la titulaire de la police, à condition que la police soit en règle.

CHOIX DU RÉGIME FAMILIAL (COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE)

Un-e participant-e peut choisir le régime familial à tout moment dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de son assurance. Le régime familial ne sera pas accepté si le participant ou la participante n'exerce pas ce choix dans le délai de 30 jours.

CESSATION DE L'ASSURANCE

PARTICIPANT-E

L'assurance d'un-e participant-e prend automatiquement fin à la première des dates suivantes :

- a) La date à laquelle la police collective prend fin;
- b) La date du décès du participant ou de la participante;
- c) La dernière des dates suivantes :
- d) la date indiquée sur un avis écrit reçu de la part du ou de la titulaire de la police;
- e) la date à laquelle cet avis a été reçu par l'assureur;
- f) la date à laquelle le participant ou la participante est incarcéré-e après avoir commis une infraction pénale pour laquelle il ou elle a été reconnu-e coupable;
- g) la date à laquelle le participant ou la participante cesse d'être considéré-e comme un-e étudiant-e au sens de la police collective.

PERSONNES À CHARGE

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

- a) la date à laquelle le participant ou la participante dont elle est à la charge cesse d'être couvert-e par la police collective, sous réserve de la disposition relative à la prestation de survivant-e en cas de décès du participant ou de la participante;
- b) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge au sens de la police collective;
- c) la date à laquelle la personne à charge atteint la limite d'âge indiquée dans le résumé des
- d) prestations, si une limite d'âge est indiquée;
- e) la dernière des dates suivantes :
 - i) la date indiquée sur un avis écrit reçu de la part du ou de la titulaire de la police;
 - ii) la date à laquelle cet avis a été reçu par l'assureur.

PRESTATION DE SURVIVANT-E

Si le participant ou la participante décède alors qu'il ou elle est couvert-e par cette garantie, l'assurance au titre de cette garantie se poursuivra pour ses personnes à charge qui étaient couvertes par la garantie au moment de son décès, avec paiement de la prime, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

RÈGLEMENT DES DEMANDES D'INDEMNITÉ

SOUSSION DES DEMANDES D'INDEMNITÉ

L'assureur doit recevoir le formulaire de demande d'indemnité dans les 6 mois suivant la date de l'événement donnant droit à la prestation d'assurance et au plus tard le 30 novembre 2024 pour l'année scolaire 2023/2024. Toutefois, en cas de cessation de la police collective, Le formulaire de demande d'indemnité doit être reçu dans les 3 mois suivant la date de cessation de la police.

Toute demande d'indemnité doit être soumise à l'assureur sur les formulaires fournis à cet effet par ce dernier et doit comprendre tous les renseignements que l'assureur juge nécessaires à l'évaluation de la demande. Si l'assureur ne reçoit pas l'ensemble des renseignements requis, il aura le droit de rejeter la demande.

L'assureur se réserve le droit d'exiger des preuves ou des renseignements supplémentaires concernant un sinistre lorsqu'il le juge nécessaire.

Si l'assureur ne reçoit pas le formulaire de demande d'indemnité dans les délais indiqués ci-dessus ou si les preuves ou les renseignements supplémentaires demandés par l'assureur ne sont pas fournis, l'assureur aura le droit de rejeter la demande.

L'assureur prendra toutes les mesures nécessaires pour détecter les demandes frauduleuses au titre de la police collective et enquêter sur les éventuelles demandes frauduleuses. Un-e participant-e commet un crime si il ou elle dépose sciemment, et dans l'intention de frauder l'assureur et le régime collectif, une demande d'indemnité contenant des renseignements faux, incomplets ou trompeurs. L'assureur se réserve le droit de vérifier toutes les demandes à tout moment, y compris après le paiement, pour détecter les fraudes et les fausses déclarations. Si l'assureur détermine qu'un-e participant-e a intentionnellement déposé une demande d'indemnité contenant des renseignements faux ou trompeurs, il a le droit, à sa seule discrétion, d'en aviser le ou la titulaire de la police, de rejeter la demande ou d'exiger un remboursement si des indemnités ont été payées. De plus, l'assureur aura le droit de mettre fin à l'ensemble de la couverture du participant ou de la participante en vertu de la police collective, y compris toute couverture des personnes à charge du participant ou de la participante, et aura le droit d'intenter des poursuites contre le participant ou la participante conformément à la législation provinciale et/ou fédérale.

REMBOURSEMENT DES DEMANDES D'INDEMNITÉ

L'assureur remboursera le pourcentage des frais couverts engagés, tel que spécifié dans le résumé des prestations, une fois la franchise acquittée, le cas échéant.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

L'assureur s'engage à rembourser les frais médicaux définis dans les présentes, qui sont dus à une blessure, une maladie ou une grossesse et qui sont engagés pendant que la personne assurée est couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions de la présente garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Telles qu'utilisées dans la présente garantie :

Convention : médicaments qui, en vertu de la loi, ne nécessitent pas d'ordonnance, mais qui ne pourraient pas, d'un point de vue éthique, être délivrés par un-e pharmacien-e sans ordonnance.

Hôpital : établissement qui

- a) est légalement autorisé par l'organisme gouvernemental approprié;
- b) est destiné à soigner des patient-e-s alité-e-s; et
- c) fournit à tout moment les services de médecins et d'infirmiers ou d'infirmières autorisé-e-s.

Urgence médicale : événement soudain ou inattendu qui nécessite des soins médicaux immédiats.

Médicalement nécessaire : certifié par un-e médecin comme étant nécessaire pour traiter une affection préjudiciable à la santé du patient ou de la patiente.

Médicament original ou générique : s'il est fait mention de ces deux types de médicaments, le médicament original fait référence au médicament qui a été développé et lancé sur le marché en premier. Le médicament générique désigne toute reproduction du médicament original.

Médecin : personne légalement licenciée et autorisée à pratiquer la médecine et qui exerce dans le cadre de son permis d'exercice.

Prothèse : dispositif destiné à remplacer tout ou partie d'un membre ou d'un organe.

Frais raisonnables et habituels : frais facturés à une personne sans assurance pour les éléments énumérés dans les frais couverts et n'excédant pas les frais ayant normalement cours dans la région où ils sont engagés.

Spécialiste : médecin autorisé-e par l'autorité provinciale compétente à pratiquer la médecine avec une spécialisation.

FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS AU CANADA

Les frais médicaux suivants sont couverts, dans la limite des plafonds indiqués dans le résumé des prestations :

- a) Service d'ambulance agréé en cas d'urgence médicale pour le transport jusqu'à l'hôpital le plus proche équipé pour fournir le traitement nécessaire, ou pour le transport depuis cet hôpital, lorsque l'état physique de la personne assurée empêche l'utilisation de tout autre moyen de transport.
- b) Service de taxi agréé pour le transport médical après une hospitalisation ou une chirurgie ambulatoire ou en cas d'urgence.
- c) Médicaments délivrés par un-e pharmacien-ne et qui ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d'un fournisseur ou d'une fournisseuse de soins de santé légalement autorisé-e à prescrire des médicaments, à l'exception des médicaments exclus en vertu de la disposition relative aux exclusions, limitations et restrictions de la présente garantie.

Les médicaments qui, par convention, nécessitent une ordonnance, tels que, mais sans s'y limiter, les médicaments d'entretien administrés quotidiennement pour traiter un problème de santé permanent pendant une période prolongée, comme les médicaments pour traiter l'asthme, le diabète, l'hypercholestérolémie ou l'hypertension artérielle, à condition qu'ils soient prescrits par un fournisseur ou une fournisseuse de soins de santé légalement autorisé-e à prescrire ces médicaments et délivrés par un-e pharmacien-ne.

Limites de délivrance de médicaments

La quantité de médicaments pouvant être délivrée pour une même ordonnance sera limitée à la quantité suffisante pour une période de 34 jours maximum, sauf dans le cas de médicaments destinés à un traitement de longue durée (médicaments d'entretien), pour lesquels un approvisionnement de 100 jours maximum est autorisé.

Certains médicaments nécessiteront une autorisation préalable de l'assureur avant le début de leur utilisation. Pour ces médicaments, la personne assurée devra demander à son ou sa médecin traitant-e de fournir à l'assureur des informations décrivant son état de santé, l'historique des traitements antérieurs et les critères médicaux justifiant la prescription du médicament.

Si le médicament est un produit de marque qui a un équivalent générique, le montant à payer sera basé sur le produit interchangeable dont le prix est le plus bas. Toutefois, si le ou la médecin a inscrit la mention « Ne pas substituer », ou « Pas de substitut », le montant payable sera basé sur le coût du médicament admissible prescrit.

DÉTAIL DES PRESTATIONS

Tel qu'utilisé ci-dessus, le médicament interchangeable dont le prix est le plus bas comprendra, mais sans s'y limiter :

- i) un médicament de substitution du médicament original jugé interchangeable en vertu de la loi; ou
 - ii) un médicament biosimilaire.
- d) Honoraires pour les soins dispensés par l'un des praticiens paramédicaux ou l'une des praticiennes paramédicales énuméré-e-s dans le résumé des prestations, à condition que le praticien ou la praticienne soit autorisé-e par l'organisme provincial ou fédéral approprié à exercer sa profession conformément aux règles de sa profession.

Si les services du praticien ou de la praticienne sont couverts par le régime d'assurance maladie provincial, aucune couverture ne sera fournie au titre de la présente garantie pour tout montant payable pour ces services au titre du régime provincial.

- e) Frais de location ou, au choix de l'assureur, d'achat des appareils et du matériel médicaux suivants, à condition qu'ils soient prescrits par un-e médecin :
- i) tente à oxygène et approvisionnement en oxygène;
 - ii) yeux artificiels, y compris les réparations et les remplacements;
 - iii) prothèses artificielles, y compris les réparations et les remplacements;
 - iv) fauteuils roulants manuels ou fauteuils roulants électriques lorsque la personne assurée est en incapacité de faire fonctionner un fauteuil roulant manuel pour des raisons médicales;
 - v) lits d'hôpitaux à commande manuelle ou lits d'hôpitaux à commande électrique lorsque la personne assurée est en incapacité de faire fonctionner un lit d'hôpital à commande manuelle pour des raisons médicales, ainsi que les côtés de lit et les potences;
 - vi) équipement de surveillance et d'administration pour personnes diabétiques, ainsi que l'équipement d'approvisionnement en insuline telles que les aiguilles, les seringues, les lancettes et le matériel de test de diagnostic;
 - vii) prothèses mammaires;
 - viii) chaussures orthopédiques dont la nécessité médicale a été déterminée par un-e médecin, un-e podiatre ou un-e podologue et qui ont été fabriquées, modifiées ou moulées sur mesure pour la personne assurée par un-e spécialiste certifié-e en chaussures orthopédiques. Les chaussures orthopédiques doivent être délivrées par un-e orthésiste, un-e podorthésiste, un-e podiatre ou un-e podologue. Le praticien ou la praticienne qui les délivre doit être différent-e de celui ou celle qui les prescrit. Les chaussures orthopédiques en vente libre qui n'ont pas été modifiées pour la personne assurée ne seront pas prises en charge;
 - ix) orthèses plantaires dont la nécessité médicale a été établie par un-e médecin, un-e podiatre ou un-e podologue et qui ont été spécifiquement conçues et fabriquées pour la personne assurée par un-e spécialiste certifié-e en orthèses plantaires. Les orthèses plantaires doivent être délivrées par un-e orthésiste,

DÉTAIL DES PRESTATIONS

un-e podologue, un-e podiatre ou un-e orthésiste. Le praticien ou la praticienne qui les délivre doit être différent-e de celui ou celle qui les prescrit. Les orthèses plantaires en vente libre qui n'ont pas été spécifiquement conçues et fabriquées pour la personne assurée ne seront pas prises en charge;

- x) dispositifs intra-utérins;
 - xi) orthèses à cadre rigide; supports dorsaux; harnais; colliers de traction et collets cervicaux;
 - xii) attelles, autres que les attelles dentaires, et plâtres;
 - xiii) cannes, béquilles et déambulateurs;
 - xiv) ceintures herniaires;
 - xv) appareils et matériel pour colostomie et iléostomie.
- f) Les services d'un-e chirurgien-ne-dentiste nécessaires au traitement de blessures accidentelles aux dents naturelles, y compris les prothèses dentaires. La blessure doit être due à une cause externe, violente et accidentelle, et les services doivent être effectués dans les 12 mois suivant l'accident. Les services requis dans le cadre d'une blessure due à un problème de santé qui existait avant l'accident sont exclus. Il n'est pas nécessaire d'être référé par un-e médecin.
- g) Frais d'appareils auditifs ou de tout dispositif connexe (y compris les réparations et les remplacements, mais pas les piles), ainsi que les services professionnels fournis par un-e audioprothésiste après l'achat de l'appareil auditif ou du dispositif connexe, à condition qu'ils aient été prescrits par un-e médecin, un-e audiologiste ou un-e orthophoniste.
- h) Frais d'examen de la vue lorsqu'ils sont effectués par un-e ophtalmologiste ou un-e optométriste.
- i) Frais de lunettes (y compris les lunettes de soleil et de sécurité) ou de lentilles de contact, lorsqu'elles sont prescrites par un-e ophtalmologiste ou un-e optométriste.
- j) Chirurgie oculaire corrective au laser.
- k) Frais de services d'aide pédagogique dispensés par un-e enseignant-e qualifié-e si le participant ou la participante devient invalide alors qu'il ou elle est couvert-e par la présente garantie et qu'il ou elle est confiné-e à son domicile ou à l'hôpital pendant une période supérieure à 40 jours consécutifs.

Limitations :

Les frais de services d'aide pédagogique ne sont payables en vertu de la présente garantie qu'après que le montant maximal au titre de la garantie Frais d'aide pédagogique et frais téléphoniques spéciaux de l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels souscrite par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. a été atteint.

DÉTAIL DES PRESTATIONS

Des invalidités dues à des causes identiques ou liées seront traitées comme une seule et même invalidité. Si l'invalidité résulte d'un accident, le confinement doit avoir lieu au plus tard 100 jours après l'accident.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

Cette garantie ne couvre pas les frais :

- a) Payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui auraient été payables si la demande d'indemnisation avait été présentée;
- b) Liés à une maladie ou à une blessure résultant de troubles civils, d'une insurrection ou d'une guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- c) Liés à une maladie ou à une blessure résultant de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'une infraction pénale ou de la provocation d'une agression;
- d) Liés à un traitement ou à des appareils destinés à corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- e) De soins ou de traitement qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont donnés à des fins esthétiques ou pour toute raison autre que curative, qui dépassent les soins ou les traitements normaux donnés conformément à la pratique thérapeutique courante, ou qui sont de nature expérimentale;
- f) De soins ou de traitement inclus dans le protocole d'un programme de recherche et de développement d'un produit dont l'utilisation n'a pas été recommandée par le fabricant ou qui n'est pas conforme aux normes gouvernementales;
- g) De soins ou de traitement d'une maladie ou d'une blessure qui ne sont pas reconnus comme une pratique normale, habituelle et courante pour cette maladie ou cette blessure;
- h) Pour toute partie des frais de soins ou de traitement qui dépasse les frais raisonnables et habituels normalement engagés pour une maladie ou une blessure de même nature et de même gravité dans la localité où le service est fourni;
- i) De soins ou de traitement dispensés gratuitement ou qui auraient été gratuits en l'absence de couverture d'assurance ou qui ne sont pas facturables à la personne assurée;
- j) Liés à des cures de repos ou des voyages pour des raisons de santé;
- k) D'examen de la vue, sauf s'ils sont spécifiquement mentionnés comme étant couverts par la présente garantie;
- l) De lunettes et de lentilles de contact, sauf s'ils sont spécifiquement mentionnés comme étant couverts par la présente garantie;
- m) De soins ou de traitement liés à la fertilité ou à l'infertilité;
- n) D'achat ou de location d'appareils de confort ou de massage, ainsi que d'accessoires domestiques qui ne sont pas exclusivement nécessaires à des fins médicales;
- o) Liés à des services ou du matériel qui ont pour seul but de faciliter la participation de la personne assurée à des activités sportives ou récréatives et non à des activités de la vie quotidienne;

DÉTAIL DES PRESTATIONS

- p) De soins ou de traitement (y compris la désaccoutumance) d'affections telles que, sans s'y limiter, l'obésité, le tabagisme, la toxicomanie et l'alcoolisme;
- q) Liés à l'administration de vitamines, de sérums et de vaccins;
- r) Liés à des contraceptifs (autres que les contraceptifs oraux, les patchs et anneaux contraceptifs et les injections contraceptives), sauf s'il est mentionné que ces frais sont couverts par la présente garantie;
- s) Liés aux produits suivants, sauf si ces derniers ne peuvent être obtenus que sur ordonnance écrite d'un fournisseur ou d'une fournisseuse de soins de santé légalement autorisé-e à les prescrire et s'ils doivent être délivrés par un-e pharmacien-ne :
- produits d'entretien des lentilles de contact;
 - protéines ou compléments alimentaires, acides aminés;
 - nourriture pour bébé;
 - bains de bouche, pansements et pastilles pour la gorge;
 - shampoings, huiles, crèmes;
 - produits de toilette, y compris les savons et les émoullissants;
 - produits adoucissants et protecteurs pour la peau;
 - vitamines, suppléments vitaminiques ou multivitamines;
 - minéraux;
 - produits homéopathiques;
 - stéroïdes anabolisants;
- t) Liés à des médicaments considérés comme des médicaments de style de vie tels que, mais sans s'y limiter, les médicaments destinés au traitement de l'infertilité, des dysfonctionnements érectiles, de la perte de cheveux ou du manque de croissance;
- u) Liés à des ordonnances délivrées par une clinique ou par une pharmacie d'hôpital non agréée ou pour un traitement en tant que patient-e en ambulatoire dans un hôpital, y compris les médicaments d'urgence et les médicaments expérimentaux;
- v) De soins ou de traitement reçus en dehors du Canada en raison d'une urgence médicale liée (i) à une grossesse, si l'urgence médicale survient après la 32^e semaine de gestation ou (ii) à une fausse couche provoquée délibérément;
- w) De soins ou de traitement qui ont été dispensés par un fournisseur ou une fournisseuse de soins de santé ou un-e prestataire de services qui :
- i) a été accusé-e d'inconduite professionnelle ou de pratiques abusives;
 - ii) fait l'objet d'une enquête par un organisme officiel du fait d'une loi ou d'un règlement; ou
 - iii) fait l'objet d'une enquête de l'assureur concernant sa conduite ou sa pratique professionnelle; ou
 - iv) est membre d'une profession qui n'est pas réglementée par un organisme de réglementation fédéral ou provincial officiellement reconnu dans la juridiction où les services ont été fournis et qui, de l'avis raisonnable de l'assureur, ne répond pas aux normes de l'industrie applicables à sa profession.

DÉTAIL DES PRESTATIONS

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

Le montant de la prestation payable sera réduit de toute prestation payable ou remboursable pour la même dépense :

- i) En vertu d'un régime approuvé semblable au régime d'assurance maladie de sa province de résidence, ou qui aurait été payable si la personne avait présenté une demande de remboursement en vertu de ce régime;
- ii) En vertu de tout régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui aurait été payable si la personne avait présenté une demande de remboursement en vertu de ce régime;
- iii) Par un tiers à la suite d'une action en justice ou d'un règlement.

ASSURANCE SOINS À DOMICILE

Sous réserve des conditions de la présente garantie et de la police collective, l'assureur s'engage à rembourser les frais couverts indiqués ci-dessous pendant une période de convalescence à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie ambulatoire de la personne assurée au Canada.

Pour que les dépenses soient considérées comme admissibles, les conditions suivantes doivent être remplies :

- i) La personne assurée est incapable d'accomplir au moins une des activités de base de la vie quotidienne définies ci-dessous;
- ii) Une hospitalisation ou une chirurgie ambulatoire a lieu, et des frais couverts sont engagés, pendant que la personne assurée est couverte par la présente garantie; et
- iii) Les informations médicales concernant l'opération ou l'hospitalisation ainsi que la date à laquelle elle a été programmée sont fournies par le ou la médecin traitant-e de la personne assurée avec la demande de remboursement.

DÉFINITIONS

Telles qu'utilisées dans la présente garantie :

Activités de base de la vie quotidienne :

- a) **s'alimenter** : préparer et prendre des repas;
- b) **s'habiller** : rassembler des vêtements et s'habiller (par exemple, attacher ses chaussures ou boutonner une chemise);
- c) **aller aux toilettes**;
- d) **se déplacer (du lit à une chaise)** : s'allonger dans le lit et se lever du lit ou s'asseoir sur une chaise et s'en lever. Une personne assurée qui ne peut se déplacer qu'à l'aide d'une canne ou d'un déambulateur sera considérée comme incapable de se déplacer; et
- e) **hygiène personnelle** : entrer ou sortir de la baignoire ou de la douche et se laver.

Chirurgie ambulatoire : chirurgie pratiquée dans un hôpital ou une clinique de consultation externe affiliée à un hôpital et nécessitant une anesthésie locale, régionale

DÉTAIL DES PRESTATIONS

ou générale, à l'exclusion des interventions chirurgicales mineures qui peuvent être pratiquées au cabinet du ou de la médecin.

Prestataire de services de soins à domicile : personne travaillant contre rémunération pour une coopérative ou une agence constituée ou enregistrée spécialisée dans les soins à domicile, ainsi que tout travailleur ou toute travailleuse indépendant-e recevant un contrat d'une telle coopérative ou agence.

Hospitalisation : occupation d'une chambre d'hôpital en tant que patient-e alité-e admis-e, lorsque des frais de chambre et de pension ont été facturés dans le cadre de l'hospitalisation. La chirurgie ambulatoire sera considérée comme une période d'hospitalisation.

Membre de la famille immédiate : le conjoint ou la conjointe, le père, la mère, l'enfant, le frère ou la sœur de la personne assurée.

FRAIS COUVERTS

Services de soins à domicile :

Les services suivants sont couverts, dans la limite du plafond indiqué dans le résumé des prestations :

- i) assistance pour accomplir une activité de base de la vie quotidienne;
- ii) entretien ménager (entretien régulier du domicile, notamment le ménage, la vaisselle et la lessive);
- iii) entretien régulier de l'extérieur du domicile (déneigement, tonte du gazon);
- iv) préparation des repas; et
- v) accompagnement de la personne assurée à ses rendez-vous médicaux.

Les services doivent être dispensés au domicile de la personne assurée par un-e prestataire de services de soins à domicile qualifié-e qui n'est pas un membre de la famille immédiate de la personne assurée et qui ne vit normalement pas avec elle.

EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

Outre les exclusions, limitations et restrictions énoncées dans la section Exclusions, limitations et restrictions de la description de la garantie Assurance maladie complémentaire, la garantie Assurance soins à domicile ne couvre pas ce qui suit :

- a) Tous les frais engagés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie ambulatoire prévue avant la date d'entrée en vigueur de la présente garantie.
- b) Tous les frais engagés pendant que la personne assurée est en mesure d'accomplir les activités de base de la vie quotidienne ou après son retour au travail.
- c) Tous les frais engagés à la suite d'une hospitalisation pour accouchement, sauf si la personne assurée est restée à l'hôpital pendant une période de 7 jours ou plus après l'accouchement sur recommandation du ou de la médecin traitant-e.
- d) Tous les frais liés à des services dispensés plus de 30 jours après que la personne assurée est sortie de l'hôpital ou a subi une chirurgie ambulatoire, selon le cas.

ASSURANCE DENTAIRE

L'assureur s'engage à rembourser les frais de soins dentaires de la personne assurée qui sont engagés pendant que cette personne est couverte par la présente garantie, sous réserve des conditions de la présente garantie et de la police collective.

DÉFINITIONS

Telles qu'utilisées dans la présente garantie :

Hygiéniste dentaire : personne autorisée par l'autorité provinciale responsable de l'octroi des permis d'exercice à travailler en tant que praticien-ne spécialisé-e dans le nettoyage des dents et l'aide aux patient-e-s en matière de santé bucco-dentaire.

Denturologiste : personne autorisée par l'autorité provinciale responsable de l'octroi des permis d'exercice à travailler en tant que praticien-ne fournissant et ajustant des prothèses dentaires.

Frais engagés : tous les honoraires correspondant à un acte professionnel qui a été effectué. Les frais ne sont considérés comme engagés que lorsque le traitement a effectivement été reçu, même si un plan de traitement a été soumis à l'assureur et approuvé par celui-ci.

Pour les prothèses dentaires, les frais ne sont considérés comme engagés qu'à la date de pose de la prothèse.

Omnipraticien-ne-s : dentiste agréé-e qui pratique la médecine dentaire sans spécialisation.

Spécialiste : personne autorisée par l'autorité provinciale responsable de l'octroi des permis d'exercice à pratiquer la médecine dentaire avec une spécialisation.

FRAIS DENTAIRES

Seuls les éléments inclus ci-dessous et spécifiés dans le résumé des prestations seront considérés comme des « frais admissibles », à condition que les traitements et les soins aient été dispensés par un-e omnipraticien-ne, un-e spécialiste sur recommandation d'un-e omnipraticien-ne ou par un-e hygiéniste dentaire.

Traitements préventifs (les frais liés aux implants ne seront couverts que dans la rubrique Implants de la section Traitements majeurs, s'ils sont inclus)

- a) Examens et diagnostics
 - i) examen buccal complet : une fois tous les 2 ans
 - ii) examen de rappel : une fois tous les 12 mois
 - iii) examen buccal d'urgence

DÉTAIL DES PRESTATIONS

- iv) examen buccal spécifique

- b) Radiographies
 - i) intraorale - périapicale : une série complète tous les 2 ans
 - ii) intraorale - occlusale
 - iii) intraorale - interproximale
 - iv) extra-orale
 - v) sialographie
 - vi) panoramique : une fois tous les 2 ans
 - vii) agents de contraste

- c) Tests et examens de laboratoire
 - i) culture microbiologique
 - ii) biopsie du tissu buccal - mou
 - iii) biopsie du tissu buccal - dur
 - iv) frottis cytologique
 - v) test de la vitalité pulpaire
 - vi) tests de susceptibilité à la carie

- d) Services préventifs
 - i) polissage de la partie coronaire des dents (prophylaxie) : 1 unité tous les 12 mois
 - ii) détartrage de la partie coronaire des dents : 3 unités tous les 12 mois
 - iii) instruction initiale d'hygiène buccale

- e) Mainteneurs d'espace, autres que les types de couronnes en acier inoxydable, pour les personnes de moins de 18 ans : l'entretien d'un mainteneur sera limité à deux fois tous les 12 mois.

Traitements de base (les frais liés aux implants ne seront couverts que dans la rubrique Implants de la section Traitements majeurs, s'ils sont inclus)

- a) Services de base
 - i) finition des restaurations
 - ii) scellant de puits et fissures
 - iii) contrôle des caries
 - iv) meulage interproximal
 - v) odontotomie prophylactique

- b) Restaurations
 - i) restaurations en amalgame
 - ii) restaurations en composite

DÉTAIL DES PRESTATIONS

- c) Endodontie
 - i) coiffage de la pulpe
 - ii) pulpotomie (à l'exclusion de la restauration finale)
 - iii) pulpotomie d'urgence
 - iv) traumatisme endodontique
 - v) traitement du canal radicaire
 - vi) chirurgie endodontique
 - vii) apexification

- d) Parodontologie
 - i) services chirurgicaux
 - ii) jumelage provisoire
 - iii) procédures parodontales complémentaires
 - iv) Le surfaçage radicaire est couvert jusqu'à un maximum de 5 unités par période de 12 mois.

- e) Prothèses dentaires - amovibles
 - i) ajustements
 - ii) réparations
 - iii) rebasage et regarnissage
 - iv) prophylaxie et polissage

- f) Chirurgie buccale
 - i) extraction d'une dent ayant fait éruption (non compliquée)
 - ii) extractions chirurgicales (compliquées)
 - iii) exposition chirurgicale et déplacement de la dent
 - transplantation : montant maximal de 150 \$
 - repositionnement chirurgical : montant maximal de 150 \$
 - iv) énucléation d'une dent
 - v) remodelage des tissus buccaux
 - alvéoloplastie
 - gingivoplastie et/ou stomatoplastie
 - vestibuloplastie
 - remodelage du plancher de la bouche
 - extension des plis muqueux
 - vi) excision et incision chirurgicales
 - excision de tumeurs et de kystes
 - énucléation de kystes/granulomes
 - chéiloplastie
 - greffe d'os dans la mâchoire
 - marsupialisation
 - incision et drainage et/ou exploration
 - incision pour l'élimination de corps étrangers : montant maximal de 150 \$

DÉTAIL DES PRESTATIONS

vii) traitement de fractures

- mandibulaires ou maxillaires (fils inclus) : réductions ouvertes limitées à un montant maximal de 750 \$
- fractures alvéolaires
 - » débridement, extraction de dents
 - » réimplantation d'une dent avulsée (contention incluse)
 - » repositionnement d'une dent déplacée par un traumatisme
 - » réparations et lacérations : si elles dépassent 6 cm, limitées à un montant maximal de 750 \$

viii) frénectomie/frénoplastie

ix) chirurgie antrale

g) Services généraux complémentaires

- i) anesthésie (en rapport avec la chirurgie)

Traitements majeurs

a) Prothèses dentaires - amovibles

- i) prothèses dentaires complètes
- ii) prothèses dentaires partielles

b) Prothèses dentaires - fixes

- i) tenon coulé
- ii) pontique
- iii) pont papillon
- iv) piliers
- v) appareils de rétention (à l'exclusion des appareils de rétention transitoires) et tenons pour les appareils de rétention
 - rupteurs de forces et/ou attachements de précision : montant maximal de 150 \$ plus frais de laboratoire
 - télescopage de l'unité de couronne : montant maximal de 450 \$ plus frais de laboratoire

La pose initiale de prothèses dentaires fixes ou amovibles ne sera couverte que dans le cas de dents extraites pendant que la personne est assurée au titre de la présente garantie ou d'une garantie similaire.

Le remplacement de prothèses dentaires fixes ou amovibles ne sera couvert que s'il est nécessaire pour l'une des raisons suivantes :

- i) extraction d'une ou de plusieurs dents naturelles supplémentaires, pendant que la personne est assurée au titre de la présente garantie ou d'une garantie similaire ; ou
- ii) les prothèses dentaires ont au moins 5 ans et ne peuvent plus être utilisées ;
ou

DÉTAIL DES PRESTATIONS

- iii) remplacement de prothèses dentaires provisoires posées moins de 12 mois auparavant.

Toutefois, en aucun cas les prothèses dentaires de remplacement ne seront couvertes si elles ont été perdues ou volées.

c) Restaurations

- i) couronnes
- ii) restaurations en feuille d'or (si d'autres substances sont inappropriées)
- iii) restaurations par inlay et onlay métallique
- iv) restaurations par inlay et onlay en porcelaine (si d'autres substances sont inappropriées)
- v) tenon (pivot) préfabriqué
- vi) recimentation d'inlays, d'onlays et de couronnes
- vii) retrait d'inlays, d'onlays et de couronnes

La pose initiale de couronnes, d'inlays ou d'onlays n'est prise en charge que si la dent de la personne assurée est détériorée par une carie ou une blessure et ne peut être restaurée par un amalgame ou un composite.

Le remplacement de couronnes, d'inlays ou d'onlays ne sera pris en charge que si :

- i) la dent de la personne assurée continue d'être détériorée par une carie ou une blessure et ne peut être restaurée avec un amalgame ou un composite; et
- ii) une période de 5 ans s'est écoulée depuis la dernière date à laquelle la couronne, l'inlay ou l'onlay a été posé.

d) Mainteneurs d'espace (pour la perte de dents primaires)

- i) types de couronnes en acier inoxydable

e) Implants

Tous les services et traitements liés aux implants seront couverts. Cela comprend notamment, mais sans s'y limiter :

- i) l'examen et le diagnostic
- ii) la pose chirurgicale de l'implant
- iii) la réimplantation chirurgicale
- iv) la mise en place de l'attachement
- v) les soins post-chirurgicaux
- vi) la mise en place du tenon et de la couronne prothétiques sur l'implant
- vii) les frais de laboratoire

Lorsque des frais de laboratoire sont engagés pour les services énumérés dans la section Traitements majeurs, ils seront limités à 60 % du tarif établi pour le service.

DÉTAIL DES PRESTATIONS

EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS :

Cette garantie ne couvre pas les frais :

- a) Liés directement ou indirectement à une reconstruction buccale complète, à la correction de la dimension verticale ou à toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire;
- b) Liés à un appareil que la personne assurée doit porter lors de sa participation à des activités sportives ou récréatives;
- c) Payables ou remboursables en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou qui auraient été payables si la demande d'indemnisation avait été présentée;
- d) De services et de fournitures résultant de troubles civils, d'une insurrection ou d'une guerre, que celle-ci soit déclarée ou non, ou de la participation à une émeute;
- e) De services et de matériel qui ne sont pas médicalement nécessaires, qui sont fournis à des fins esthétiques ou pour toute raison autre que curative, ou qui dépassent les services et fournitures normaux fournis conformément à la pratique thérapeutique courante;
- f) De services et de matériel fournis gratuitement ou qui seraient gratuits en l'absence de couverture d'assurance ou qui ne sont pas facturables à la personne assurée;
- g) Liés aux implants et aux services connexes tels que, mais sans s'y limiter, les services chirurgicaux, sauf s'ils sont spécifiquement mentionnés comme étant couverts par la présente garantie;
- h) De services et de matériel résultant de la perpétration ou de la tentative de perpétration d'une infraction pénale ou de la provocation d'une agression.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

Le montant de la prestation payable sera réduit de toute prestation payable ou remboursable pour la même dépense :

- i) En vertu d'un régime approuvé semblable au régime d'assurance maladie de sa province de résidence, ou qui aurait été payable si la personne avait présenté une demande de remboursement en vertu de ce régime;
- ii) En vertu de tout régime gouvernemental, collectif ou individuel, ou qui aurait été payable si la personne avait présenté une demande de remboursement en vertu de ce régime;
- iii) Par un tiers à la suite d'une action en justice ou d'un règlement.

PLAN DE TRAITEMENT

S'il est prévu que le coût total d'un traitement dépasse 500 \$, un plan de traitement doit être soumis à l'assureur qui déterminera, avant le début du traitement, le montant des frais admissibles.

DÉTAIL DES PRESTATIONS

Le terme « plan de traitement » désigne une description écrite du traitement qui, de l'avis du ou de la dentiste, sera nécessaire, y compris les radiographies à l'appui de cet avis, et la spécification de la date et du coût probables du traitement.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Honoraires

Les frais admissibles seront remboursés selon le guide des honoraires approprié de l'année spécifiée dans le résumé des prestations, sous réserve de toute limite indiquée dans la garantie.

Les frais engagés pour les services fournis par un-e denturologiste sont limités au tarif normal suggéré pour les denturologistes dans la province de résidence de la personne assurée.

Tous les autres frais engagés sont limités au taux normal suggéré pour les omnipraticien-ne-s dans la province de résidence de la personne assurée.

PREUVE

Avant de verser les prestations, l'assureur peut exiger, sans frais pour l'assureur, un diagramme complet montrant l'état de la dentition de la personne assurée avant le début du traitement pour lequel une demande de remboursement est présentée. L'assureur peut également, s'il le juge nécessaire, exiger des rapports de laboratoire ou d'hôpital, des radiographies, des moulages ou des modèles utilisés à des fins d'examen, ou toute autre preuve similaire.

Plan de traitement de substitution

S'il existe plus d'un type de traitement pour l'état dentaire de la personne assurée, l'assureur limitera le remboursement au traitement le moins coûteux qui produira un résultat professionnellement adapté à la situation de la personne assurée.

Prestation maximale par personne assurée

Le montant maximal qui sera remboursé par l'assureur est indiqué dans le résumé des prestations.

Dans le cas d'une personne qui devient assurée plus de 31 jours après sa date d'admissibilité, le remboursement des frais dentaires au cours des 12 premiers mois de couverture sera limité à 100 \$.

ASPECT JURIDIQUE

Responsabilité civile et subrogation

Le participant ou la participante doit aviser l'assureur de tout avis signifié à un tiers ou de toute action en justice intentée contre un tiers, ou de tout jugement, réclamation ou règlement lié à un événement pouvant donner droit à des prestations en vertu du régime d'assurance.

Si le participant ou la participante a le droit de recevoir une compensation financière d'un tiers à l'égard duquel des prestations sont payables en vertu de la police collective, le participant ou la participante devra rembourser à l'assureur toute prestation versée en trop.

L'assureur est subrogé dans tous les droits de l'assuré-e à l'encontre d'un-e tiers responsable d'un dommage donnant droit au paiement de prestations en vertu de la police collective, dans la limite des montants versés par l'assureur. Si l'assureur décide d'exercer son droit de subrogation, l'assuré-e peut être amené-e à signer un acte de subrogation rédigé par l'assureur.

Limitation des actions

Toute action ou procédure intentée contre l'assureur en vue du recouvrement des sommes assurées payables en vertu de la police collective est absolument proscrite, à moins qu'elle ne soit entamée dans le délai prévu à cette fin, le cas échéant, dans la loi provinciale sur les assurances applicable.

Conformité à la législation

Si le présent document n'est pas conforme à la loi provinciale sur les assurances qui le régit, il sera automatiquement réputé modifié pour être conforme à la loi provinciale sur les assurances applicable.



MORCARE

FOIRE AUX QUESTIONS

DISPOSITION SUR LE CHOIX DU RÉGIME FAMILIAL

Vous pouvez choisir d'ajouter le régime familial à tout moment dans les 30 jours suivant la **date d'entrée en vigueur** de votre assurance. Le régime familial ne sera pas accepté si vous n'exercez pas ce choix dans le délai de 30 jours.

Consultez le site www.morcare.ca

DOIS-JE AJOUTER MA FAMILLE À MON RÉGIME CHAQUE ANNÉE?

Oui. Vous devrez ajouter votre famille au régime chaque année de la police scolaire.

La couverture familiale n'est active que lorsque la couverture de l'étudiant-e est active au cours de la même année d'assurance.

Si le lien permettant de le faire en ligne ne fonctionne pas, veuillez vous adresser au bureau des étudiant-e-s étranger-ère-s pour obtenir de l'aide.

Le terme « **CONJOINT-E** » désigne le conjoint ou la conjointe légal-e de l'étudiant-e assuré-e, résidant au Canada, à condition qu'il n'y ait pas de séparation légale en vigueur, ou une personne de même sexe ou de sexe opposé qui réside avec l'étudiant-e assuré-e depuis une période d'au moins un an, qui a été désignée comme étant le conjoint ou la conjointe de l'étudiant-e assuré-e auprès du Collège Boréal aux fins d'assurance et qui est couverte par le régime provincial d'assurance maladie.

Le terme « **ENFANT(S) À CHARGE** » désigne tout-e enfant naturel-le, beau-fils ou belle-fille, ou enfant légalement adopté-e de l'étudiant-e assuré-e, qui est âgé-e de 20 ans et moins, non marié-e et qui dépend entièrement du soutien financier de l'étudiant-e assuré-e, ou qui est âgé-e de 21 ans mais de moins de 25 ans, non marié-e et qui dépend entièrement du soutien financier de l'étudiant-e assuré-e en raison de sa fréquentation à temps plein d'un institut, d'un collège ou d'une université accrédités au Canada ou qui dépend entièrement du soutien financier de l'étudiant-e assuré-e en raison d'une infirmité mentale ou physique, réside au Canada et est couvert-e par le régime d'assurance maladie provincial.

Veuillez noter que si vous décidez de souscrire des prestations familiales pour votre conjoint-e et/ou vos enfants à charge, ces personnes seront également inscrites au même régime de prestations que celui que vous avez choisi.

COMMENT PRENDRE RENDEZ-VOUS CHEZ LE MÉDECIN OU DANS UNE CLINIQUE SANS RENDEZ-VOUS

POUR ÉVITER LES COÛTS INITIAUX, APPELEZ MORCARE : 416-216-5735 (local) et 1-888-985-1552 (sans frais)

PRISE DE RENDEZ-VOUS POUR : CONSULTATIONS CHEZ LE MÉDECIN, CLINIQUES SANS RENDEZ-VOUS, RADIOGRAPHIES, CONSULTATIONS À L'HÔPITAL

S'il ne s'agit pas d'une urgence médicale, veuillez contacter Morcare afin d'obtenir de l'aide pour prendre votre rendez-vous.

Vous pouvez également vous rendre chez votre médecin de famille, dans n'importe quelle clinique sans rendez-vous ou à l'hôpital et présenter votre carte d'assurance étudiant-e Morcare. La plupart des établissements acceptent la carte d'assurance étudiant-e. Si votre médecin, votre clinique sans rendez-vous ou votre hôpital n'accepte pas cette carte, vous pouvez les payer directement et soumettre par la suite une demande de remboursement. La prise en charge de votre consultation est assurée jusqu'à concurrence de la prestation maximale prévue par votre couverture. D'autres honoraires ou coûts peuvent s'appliquer. Si vous avez des questions par rapport à votre couverture, contactez Morcare pour obtenir de l'aide.

DOIS-JE OBTENIR UNE AUTORISATION SI JE DOIS PASSER LA NUIT À L'HÔPITAL OU SI JE DOIS SUBIR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE EN AMBULATOIRE?

Oui. Si vous devez engager des frais pour une hospitalisation ou une chirurgie programmée, y compris une chirurgie en ambulatoire, le formulaire de demande d'indemnité doit être soumis à l'assureur pour approbation **TROIS (3) jours avant la date** de votre admission.

Si vous n'obtenez pas d'approbation 3 jours à l'avance, votre couverture est limitée à 70 % de tous les frais engagés jusqu'à un maximum global de 10 000 \$. Si vous avez des questions, contactez Morcare pour obtenir de l'aide.

POUR LES URGENCES MÉDICALES

S'il s'agit d'une urgence médicale, rendez-vous directement à l'hôpital. Si vous êtes admis-e pendant la nuit, veuillez contacter Morcare immédiatement au 1-888-985-1552.

DATE LIMITE POUR DÉPOSER UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Veuillez soumettre votre demande de remboursement dans les six (6) mois suivant la date du service, ou avant le 30 novembre 2024, selon la première des deux dates.

COMMENT DÉPOSER UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES OU DE SOINS DENTAIRES

DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES (médicaments, soins paramédicaux, soins de la vue) ET DE SOINS DENTAIRES

Votre carte d'étudiant-e peut être utilisée chez tou-te-s les prestataires participant-e-s (pharmacie ou dentiste) dans tout le Canada et le paiement des demandes de remboursement admissibles sera honoré. Pour remplir une demande de remboursement de

FOIRE AUX QUESTIONS (FAQ)

médicaments sur ordonnance ou de soins dentaires, vous devrez fournir au pharmacien/à la pharmacienne ou au /à la dentiste votre carte médicale Morcare ou les renseignements suivants :

- **Votre numéro de groupe est 100004**
- **Fournisseur : SécurIndemnité (anciennement RxPlus / Merx Health Corporation)**
- **Votre numéro de certificat est : _ _ _ _ _ CB**
(les 8 derniers chiffres de votre numéro d'étudiant-e suivis de CB)
Exemple : si votre numéro d'étudiant-e est 235-839-388, votre numéro de certificat est 235839388CB.

À ce stade, vous devrez payer le montant de la franchise de votre demande de remboursement, si nécessaire. Veuillez noter que le cabinet dentaire peut facturer un montant supérieur à celui indiqué dans le guide des honoraires. Dans ce cas, les frais supplémentaires seront à votre charge.

Si vous avez avancé les frais et que vous avez besoin d'être remboursé-e, vous devez obtenir et remplir un formulaire de demande de remboursement de soins de santé complémentaires disponible sur le site www.morcare.ca. Joignez toutes les références écrites et les reçus originaux. **Vous devez envoyer toutes les informations à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande de remboursement.** À la demande de l'assureur, vous devrez obtenir toute autre déclaration de votre médecin dans les 90 jours suivant la date de la demande de remboursement.

MA CARTE D'ÉTUDIANT-E N'A PAS ÉTÉ ACCEPTÉE **À LA PHARMACIE OU AU CABINET DENTAIRE**

Il y a différentes raisons pour lesquelles vous pouvez rencontrer des problèmes dans votre pharmacie ou votre cabinet dentaire. Voici quelques exemples :

- a) Au début de chaque semestre, une liste de l'ensemble des étudiant-e-s inscrit-e-s et admissibles à ce jour est fournie. Ces dossiers sont utilisés pour mettre en ligne vos informations personnelles afin que vous puissiez faire une demande de remboursement en ligne à votre pharmacie ou à votre cabinet dentaire. Il arrive un moment où vous ne pourrez pas utiliser votre carte d'étudiant-e pour effectuer des demandes de remboursement en ligne en raison du transfert des informations vers le système en ligne. Si vous êtes affecté-e par ce délai, veuillez utiliser le système de remboursement manuel comme indiqué dans la section COMMENT DÉPOSER UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ COMPLÉMENTAIRES OU DE SOINS DENTAIRE ci-dessus.
- b) Votre pharmacien-ne ou votre dentiste ne connaît peut-être pas la procédure de traitement d'une demande de remboursement avec SécurIndemnité. Un numéro gratuit a été mis à la disposition de toutes les pharmacies et de tous les cabinets dentaires afin qu'ils puissent vous aider sur place.
- c) Si vous rencontrez des problèmes à la pharmacie et qu'ils ne sont pas liés aux descriptions ci-dessus, veuillez appeler Morcare pour obtenir de l'aide au : **416-216-5735 (local) et 1-888-985-1552 (sans frais)**

SOUMETTRE DES DEMANDES EN LIGNE

Comment créer votre profil en ligne

1. Rendez-vous sur www.Morcare.ca

Sélectionnez votre école, et cliquez sur le titre « eProfile ».

2. Cliquez sur « S'inscrire maintenant ».

Vous devez avoir un statut d'assurance actif et une adresse de courriel valide pour vous inscrire.

- Votre numéro de groupe est : 100004

- Votre numéro de certificat est : _____ CB

(les 8 derniers chiffres de votre numéro d'étudiant-e suivis de CB)

Exemple : si votre numéro d'étudiant-e est 235-839-388, votre numéro de certificat est 235839388CB.

Le dépôt direct est optionnel. Vous pouvez vous inscrire à tout moment dans la rubrique « Mon compte ».

3. Vous recevrez un courriel de confirmation de « eProfile System » contenant vos informations de connexion.

Assurez-vous de vous connecter à votre compte dans les 15 jours, faute de quoi vos informations d'inscription expireront.

4. Vous avez terminé!**N'UTILISEZ PAS VOTRE PROFIL EN LIGNE POUR CE QUI SUIT**

- Consultations à l'hôpital et chez le médecin
- Analyses de sang
- Consultations aux urgences
- Radiographies et échographies
- Clinique sans rendez-vous
- Imagerie diagnostique

Ces demandes peuvent être soumises **uniquement** par courriel ou par courrier postal. Les formulaires de demande requis peuvent être téléchargés sur le site www.morcare.ca

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS, CONTACTEZ MORCARE :

Ligne d'aide gratuite : 1-888-985-1552 Courriel : help@morcare.ca Clavardage en ligne : www.morcare.ca

DOIS-JE OUVRIR UN COMPTE BANCAIRE PERMETTANT LE DÉPÔT DIRECT?

Oui. Pour soumettre vos demandes de remboursement en ligne à l'assureur, vous devez disposer d'un compte bancaire canadien permettant le dépôt direct.

COMMENT DÉPOSER UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ DANS LE CADRE DU RÉGIME DE REMPLACEMENT DE L'OHIP

DEMANDES DE REMBOURSEMENT DE SOINS DE SANTÉ DANS LE CADRE DU RÉGIME DE REMPLACEMENT DE L'OHIP (médecins, radiographies, cliniques sans rendez-vous, consultations à l'hôpital, urgences)

Si le fournisseur ou la fournisseuse de soins de santé accepte votre carte médicale internationale Morcare, les demandes de remboursement lui seront payées par l'assureur directement.

Si vous avez payé vous-même des frais, ces demandes peuvent être soumises par COURRIEL (de préférence) ou par COURRIER.

- **Envoyez vos demandes par courriel à l'adresse : claims@morcare.ca**
- **Option secondaire : par courrier à l'adresse figurant sur le formulaire de demande**

Si une facture a été émise pour un paiement non effectué, vous pouvez joindre la facture non payée à un formulaire de demande internationale dûment rempli et indiquer que le paiement doit être effectué directement au fournisseur ou à la fournisseuse de soins de santé.

Téléchargez le formulaire de demande sur le site **Morcare.ca**

Veillez à scanner ou à envoyer des photos de votre formulaire de demande et de tous les reçus ou factures. Assurez-vous d'en conserver des copies pour vous-même.

N'oubliez pas d'indiquer sur le formulaire de demande : votre numéro de police, votre numéro de certificat et votre adresse postale actuelle.

Vous pouvez également contacter Morcare au 416-216-5735 (local) et 1-888-985-1552 (sans frais) pour obtenir de l'aide avec le formulaire de demande.

COMMENT DÉPOSER UNE DEMANDE D'INDEMNISATION EN CAS D'ACCIDENT

DEMANDES D'INDEMNISATION EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION
ACCIDENTELS :

Pour toute demande d'indemnisation en cas de décès ou de mutilation accidentels, vous
DEVEZ appeler l'assureur au 1-800-266-5667.

Préparez les informations suivantes :

Nom de la personne assurée

Numéro de police

Type d'accident

Date de l'accident et/ou du décès

Les formulaires de demande et les instructions vous seront envoyés à ce moment-là.



MORCARE

2255 Sheppard East, Atria 1, 2nd Floor, Suite 202, Toronto, ON, M2J 4Y1

www.morcare.ca