



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Polices n° E688

Personnel retraité

Fière partenaire de



FONDATION MC
DES MALADIES
DU COEUR
ET DE L'AVC



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Polices n° E688

Personnel retraité

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective qui a pris effet le 1^{er} janvier 2001. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Les garanties offertes aux retraités peuvent être modifiées ou résiliées, sans préavis, après l'établissement du présent document. Si une décision est prise à cet effet, vous en serez informé par votre employeur ou par Desjardins Sécurité financière.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} octobre 2013. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
Définitions.....	1
Admissibilité.....	4
Demande de modification	4
Début de l'assurance	6
Fin de l'assurance.....	6
Prolongation de l'assurance	7
Limitations générales	7
Demande de prestations	7
DESCRIPTION DE LA GARANTIE.....	9
Assurance accident-maladie.....	9
1) Frais hospitaliers.....	9
2) Frais de médicaments, paramédicaux et autres frais	10
♦ Tableau des frais de médicaments.....	12
♦ Tableau des frais paramédicaux et des autres frais admissibles.....	15
3) Frais pour soins de la vue	19
4) Le service Info Accès-Santé.....	20
5) Assurance voyage	23
Offre d'assurance en cas d'annulation de voyage	30

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident :

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant, directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Conjoint :

Personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, réside au Canada et :

- a) est unie à l'adhérent par les liens du mariage ou de l'union civile;
- b) vit maritalement avec l'adhérent depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union;
- c) vit maritalement avec l'adhérent et a eu ou a adopté un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul sera reconnu par l'assureur pour toutes les garanties d'un même régime. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la présente assurance;
- b) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou de l'union civile.

Enfant à charge :

Personne admissible qui réside au Canada et qui :

- a) a moins de 21 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale ou exerçait une autorité parentale jusqu'à ce qu'elle ait atteint l'âge de la majorité;
- b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins, fréquente ou est réputé fréquenter, à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance-médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b) dans la présente définition étant aussi entendu que l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

Employeur :

L'Université de Sherbrooke ou tout autre organisme défini par l'Université.

Franchise :

Partie des dépenses admissibles pour laquelle l'assuré n'a pas droit à aucun remboursement de la part de l'assureur.

Hôpital :

Un centre hospitalier au sens de la Loi et des règlements sur les Services de Santé et des Services Sociaux; à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.

Maladie :

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant. Aux fins de la présente police, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Personne assurée :

La personne retraitée et ses personnes à charge assurées.

Personnes à charge :

Le conjoint et les enfants à la charge de la personne retraitée.

Protection :

- a) protection individuelle : retraité seulement
- b) protection monoparentale : retraité et enfant(s) à charge
- c) protection couple : retraité et conjoint
- b) protection familiale : retraité, conjoint et enfant(s) à charge

Personne retraitée :

Employé admis à la retraite conformément aux exigences de l'employeur, qui réside au Canada et est couvert en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et qui était assuré en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de sa retraite.

Stable :

Se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 90 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- a) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et

- b) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Traitement :

Ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même journée par une même catégorie de professionnels de la santé.

ADMISSIBILITÉ

- 1) L'employé qui prend sa retraite est admissible à l'assurance à la date à laquelle il prend sa retraite et doit payer entièrement la prime y afférente. Il doit transmettre sa demande par écrit à l'administrateur du régime dans les 60 jours qui suivent la date de sa retraite.
- 2) Les personnes à la charge d'une personne retraitée sont admissibles, soit à la même date que la personne retraitée si elles sont déjà des personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.
- 3) **Possibilité d'exemption :** Une personne retraitée peut, sur avis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer au régime d'assurance accident-maladie, à la condition qu'elle établisse qu'elle-même et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires. Si la personne retraitée est exemptée de s'assurer ou d'assurer ses personnes à charge en raison de l'existence d'une autre assurance, l'exemption prend fin en même temps que prend fin cette autre assurance et la personne retraitée doit alors remplir une demande d'adhésion pour elle-même ou pour ses personnes à charge au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle prend fin l'assurance qui a donné lieu à l'exemption.

DEMANDE DE MODIFICATION

Toute personne retraitée admissible doit transmettre à l'employeur une demande de modification au cours des 60 jours qui suivent la date à laquelle elle prend sa retraite si elle désire modifier son choix d'option à la garantie d'assurance accident-maladie.

Si le délai de 60 jours n'est pas respecté, la personne retraitée est assurée pour l'option qu'elle détenait immédiatement avant la date de la retraite.

Toute personne retraitée qui désire assurer ses personnes à charge doit en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle elles deviennent admissibles à l'assurance.

La personne retraitée pourra modifier son choix d'option à la garantie d'assurance accident-maladie, le 1^{er} janvier de chaque année paire et aux 24 mois par la suite sauf si un des événements familiaux décrits ci-dessous se produit et que la demande de modification parvient à l'assureur dans les 60 jours qui suivent cet événement :

- 1) début d'admissibilité d'une première personne à charge;
- 2) séparation de corps ou divorce;
- 3) naissance ou décès d'une personne à charge;
- 4) perte du régime d'assurance collective de la conjointe ou du conjoint;
- 5) la fin de l'admissibilité d'une personne à charge.

PERSONNE ASSURÉE DE 65 ANS ET PLUS

Toute personne de 65 ans et plus est assurée d'office par le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments en ce qui concerne les médicaments et autres produits apparaissant sur la liste de ce régime. Les personnes qui désirent maintenir en vigueur la couverture des médicaments prévue par le présent contrat après leur 65^e anniversaire de naissance doivent en faire la demande préalablement par écrit au Service des ressources humaines et financières. Une surprime pourra être exigée par l'assureur. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie si la personne retraitée ne le demeure pas elle-même.

Toute demande de maintien en vigueur de l'assurance pour la personne retraitée ou ses personnes à charge, doit être présentée par écrit à l'assureur dans les 60 jours qui suivent la date à laquelle la ou les personnes concernées deviennent admissibles au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

L'assurance de toute personne retraitée admissible ou de toute personne à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- 1) la date à laquelle la personne retraitée et ses personnes à charge, s'il y a lieu, deviennent admissibles;
- 2) la date à laquelle la personne retraitée admissible remplit la demande d'assurance des personnes à charge.

Le paiement de la première prime est exigible le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date du début de l'assurance.

FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de toute personne retraitée assurée ou de toute personne à charge assurée prend fin à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne retraitée ou pour cette personne à charge;
- 3) si l'adhérent prend sa retraite avant l'âge de 65 ans, le 31 mai qui suit la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, sauf pour les médicaments et autres produits pharmaceutiques inscrits à la liste du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;
- 4) si l'adhérent prend sa retraite après l'âge de 65 ans, la date de la retraite, sauf pour les médicaments et autres produits pharmaceutiques inscrits à la liste du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments;
- 4) la date à laquelle la personne à charge cesse d'être admissible.

La prime cesse d'être exigible le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date d'annulation de l'assurance.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Si la personne retraitée assurée engage pour elle-même ou une personne à charge assurée des frais hospitaliers ou paramédicaux après la fin de son assurance, elle peut avoir droit au remboursement d'une partie de ces frais, selon les dispositions du contrat.

Si la personne retraitée décède lorsque ses personnes à charge assurées sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence, leur assurance voyage peut se poursuivre pendant un certain temps, selon les dispositions du contrat.

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par le régime décrit dans le présent document, les dispositions de ce régime continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées, et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu du régime soient modifiés en conséquence.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit à la prestation.

DEMANDE DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. La personne retraitée peut se procurer ces formulaires auprès de son employeur.

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de paiement de médicaments par carte, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification de la personne retraitée. Le mode de paiement prévu par l'assurance à cet égard est dit « différé » et il permet le remboursement des sommes appropriées concernant les frais de médicaments sans que la personne retraitée n'ait à remplir de demande de prestations.

L'assureur recommande à la personne retraitée assurée de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, la personne retraitée devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Toute demande de prestations doit être dûment remplie et adressée à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations, il suffit de communiquer avec le siège social aux numéros de téléphone suivants :

Lieu d'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 285-7843
Région de Québec	(418) 838-7843
Autres régions (sans frais)	1-800-463-7843

Notre site www.desjardinssecuritefinanciere.com permet d'accéder à votre dossier de prestations de soins de santé en tout temps.

DESCRIPTION DE LA GARANTIE

ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

La personne retraitée a le choix entre 3 options qui offrent des niveaux différents de protection soit, l'Option 1, 2 ou 3.

1) Frais hospitaliers

En cas d'hospitalisation au Canada, d'une personne retraitée assurée ou d'une personne à charge assurée, l'assureur rembourse les frais hospitaliers engagés selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

Frais d'hospitalisation en général au Canada pour des soins de courte durée :

Options 1 et 2 : coût d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne retraitée, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Option 3 : coût d'une chambre privée, dans la province de résidence de la personne retraitée, jusqu'à concurrence d'un montant maximal de 125 \$ par jour, sans limite quant au nombre de jours d'hospitalisation.

Frais d'hospitalisation au Canada en raison de convalescence dans des hôpitaux spécialisés ou des maisons de convalescence reconnues par l'assureur :

Options 1, 2 et 3 : coût d'une chambre semi-privée dans la province de résidence de la personne retraitée, jusqu'à concurrence d'un maximum de 180 jours par période d'hospitalisation.

2) Frais de médicaments, paramédicaux et autres frais

Lorsqu'une personne retraitée assurée doit engager des frais admissibles pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

Franchise :

- ♦ Option 1 : 125 \$ par année civile par personne retraitée ou par famille
- ♦ Option 2 : 35 \$ par année civile par personne retraitée ou par famille
- ♦ Option 3 : Aucune franchise

Pourcentage de remboursement :

Frais de médicaments admissibles :

Options 1, 2 et 3 : remboursables à 80 % jusqu'au déboursé maximum prévu dans la description de la garantie et à 100 % par la suite

Incluant la carte de paiement de médicaments (mode différé)

Frais paramédicaux et autres frais admissibles :

Options 1, 2 et 3 : remboursables à 100 %

Les frais admissibles ne sont remboursables qu'après déduction, pour chaque année civile, de la franchise. Les frais admissibles sont les frais engagés pour tout service ou article prévu ci-après, sous réserve de ce qui suit :

- a) **Les services et articles énumérés de a) à f) inclusivement au TABLEAU DES FRAIS PARAMÉDICAUX ET DES AUTRES FRAIS ADMISSIBLES** doivent être recommandés par le médecin traitant sinon les frais ne sont pas remboursés.
- b) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de la personne retraitée assurée ou de ses personnes à charge assurées.
- c) Les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus, sauf pour ce qui est de la partie de l'assurance des médicaments qui correspond au régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.
- d) Les frais qui sont engagés pour des prothèses, orthèses ou chaussures ne sont admissibles que dans les cas où ces articles sont fabriqués (et sont vendus dans le cas des orthèses podiatriques, supports plantaires et chaussures orthopédiques) par des laboratoires détenant un permis en vertu de la loi sur la protection de la santé publique.
- e) Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que la personne retraitée assurée engage pour elle-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées et qui demeure à sa charge est celui déterminé par la Régie de l'assurance maladie du Québec à l'égard de la franchise et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par la présente garantie. Pour les frais de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, ce pourcentage devient 100 %.

♦ **Tableau des frais de médicaments**

Selon l'option choisie par la personne retraitée, les frais de médicaments se définissent de la façon suivante :

Option 1

- a) Les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à leur égard s'ils n'étaient pas assurés en vertu d'un contrat collectif.

Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont débités par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, étant entendu que les shampoings et les produits pour la pousse des cheveux ne sont pas couverts en vertu du présent sous-paragraphe, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments.

De plus, les frais engagés pour des médicaments qui sont obtenus sur ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles en vertu du présent sous-paragraphe, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement desdites conditions pathologiques, soit les suivantes :

- i) troubles cardiaques;
- ii) troubles pulmonaires;
- iii) diabète;
- iv) arthrite;
- v) maladie de Parkinson;
- vi) épilepsie;

- vii) fibrose kystique;
- viii) glaucome.
- b) Les contraceptifs oraux obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
- c) Les médicaments pour cure d'amaigrissement ne pouvant s'obtenir que sur recommandation médicale.
- d) Les sérums et injections qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont donnés par un médecin, ou par une infirmière ou un infirmier.
- e) Les injections sclérosantes, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par visite pour le médicament.

Options 2 et 3

- a) Les médicaments et autres produits que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments couvrirait à leur égard s'ils n'étaient pas assurés en vertu d'un contrat collectif.

Les médicaments qui sont nécessaires à la thérapeutique, que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments ne couvre pas et qui sont obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, étant entendu que les produits suivants ne sont pas couverts en vertu du présent sous-paragraphe, qu'ils soient considérés ou non comme des médicaments :

- i) shampoings et autres produits pour le cuir chevelu;
- ii) cosmétiques et produits pour soins esthétiques;
- iii) produits pour l'entretien de lentilles cornéennes;
- iv) produits dits naturels et préparations homéopathiques;
- v) huile de teint (écran solaire);
- vi) savons;
- vii) laxatifs d'usage courant;
- viii) anti-acides stomacaux d'usage courant;

- ix) émoullients épidermiques;
 - x) désinfectants et pansements usuels;
 - xi) gelées et mousses contraceptives et prophylactiques;
 - xii) eaux minérales;
 - xiii) préparations de lait de toute nature pour bébés;
 - xiv) protéines ou suppléments diététiques (c'est-à-dire les produits servant de supplément ou de complément à l'alimentation);
 - xv) produits, hormones et injections servant au traitement de la cellulite;
 - xvi) tout produit ou médicament prescrit pour le traitement de dysfonctions sexuelles.
- b) Les contraceptifs oraux obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin.
 - c) Les médicaments pour cure d'amaigrissement obtenus sur recommandation médicale.
 - d) Les sérums et injections (incluant ceux pour une cure d'amaigrissement) qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance médicale et qui sont donnés par un médecin, ou par une infirmière ou un infirmier.
 - e) Les injections sclérosantes, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par visite pour le médicament.

♦ Tableau des frais paramédicaux et des autres frais admissibles

Options 1, 2 et 3

- a) Les services à domicile d'un infirmier ou d'une infirmière autorisés ou auxiliaires, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 7 500 \$ par année civile, par personne assurée. Il est entendu que les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles.
- b) Les services suivants, à condition qu'ils soient rendus sous la surveillance d'un médecin :
 - i) rayons X et analyses de laboratoire;
 - ii) traitements au radium ou aux rayons X;
 - iii) oxygène;
 - iv) sang, plasma sanguin et transfusions;
 - v) techniques d'imagerie par résonance magnétique, tomographie et échographie, remboursables à 100 %, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile par personne assurée.
- c) L'achat ou la location de prothèses orthopédiques, de membres artificiels, de prothèses oculaires, d'appareils orthopédiques, de béquilles, d'orthèses orthopédiques et d'orthèses podiatriques.
- d) Les frais engagés pour l'achat de fournitures nécessaires à la suite d'une colostomie, une iléostomie ou une urostomie.
- e) L'achat ou la location (au choix de l'assureur) d'un fauteuil roulant (excluant un fauteuil électrique, sauf pour un quadriplégique), d'un lit d'hôpital conventionnel, d'un respirateur, d'une tente ou d'un masque à oxygène.

- f) L'achat ou la location, à la discrétion de l'assureur, d'équipements thérapeutiques (incluant les appareils de mesure pour la tension artérielle et les neurostimulateurs) qui sont médicalement nécessaires et destinés à guérir ou à traiter une affection.
- g) L'achat de bas élastiques médicaux, jusqu'à concurrence de trois (3) paires et d'un remboursement maximal de 150 \$ par année civile par personne assurée, étant entendu que sont considérés comme bas élastiques médicaux, les bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20mm/Hg), fournis dans une pharmacie ou dans un établissement médical.
- h) L'achat de chaussures orthopédiques, jusqu'à concurrence de 150 \$ de frais payables par année civile par personne assurée. Pour être considérées comme orthopédiques, les chaussures doivent être conçues et fabriquées sur mesure pour une personne spécifique à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied ou être des chaussures ouvertes, évasées ou droites, ou être nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.
- i) L'achat de prothèses mammaires externes rendues nécessaires à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 150 \$ de frais payables par personne assurée pour toute la durée du contrat ainsi que l'achat de soutiens-gorge post-mastectomie, jusqu'à concurrence de 2 soutiens-gorge par année civile.
- j) L'achat (et la réparation) d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 500 \$ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs, étant entendu que les frais engagés pour les piles ne sont pas admissibles.
- k) Les services d'une ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour). Le transport aérien ou par train n'est couvert qu'en cas d'urgence pour une personne qu'on ne peut transporter autrement.

- l) Les services professionnels d'un chirurgien dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles, dommages subis après le début de l'assurance, à condition que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident.
- m) Les examens aux rayons X par un chiropraticien sont couverts jusqu'à concurrence de 50 \$ de frais payables par radiographie et de deux (2) radiographies par année civile par personne assurée.
- n) L'achat de bâtonnets ou comprimés réactifs servant à mesurer le taux de glucose dans le cas de diabète, ou l'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/rélectomètre) sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil; les frais admissibles pour l'achat de bâtonnets ou d'un appareil sont toutefois limités aux tarifs de l'association « Les Diabétiques du Québec ».
- o) Les injections sclérosantes, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 20 \$ par visite pour les honoraires du médecin.
- p) Les stérilets obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence d'un montant payable de 35 \$ par période de 24 mois par personne assurée.
- q) Les vaccins, y compris les vaccins de nature préventive, ne pouvant s'obtenir que sur ordonnance médicale et donnés par un médecin ou une infirmière.

- r) Les soins donnés par les spécialistes énumérés au tableau ci-dessous sont admissibles jusqu'à concurrence des maximums indiqués.

TABLEAU DES SPÉCIALISTES ADMISSIBLES			
SPÉCIALISTES *	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Audiologiste et Orthophoniste	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Chiropraticien et Ostéopathe	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Massothérapeute (sous recommandation médicale) et Orthothérapeute	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Podiatre, Acupuncteur, Homéopathe, Naturopathe, Ergothérapeute, Kinésithérapeute, Nutritionniste	25 \$ par visite maximum : 250 \$ par spécialiste	30 \$ par visite maximum : 360 \$ par spécialiste	40 \$ par visite maximum : 600 \$ par spécialiste
Physiothérapeute, Thérapeute en réadaptation physique, Thérapeute du sport, Physiatre	25 \$ par visite maximum : 250 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	30 \$ par visite maximum : 360 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes	40 \$ par visite maximum : 600 \$ pour l'ensemble de ces spécialistes
Psychologue**	Maximum : 500 \$	Maximum : 500 \$	Maximum : 1 000 \$

TABLEAU DES SPÉCIALISTES ADMISSIBLES			
SPÉCIALISTES *	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
Psychanalyste (en cabinet privé)	80 \$ par visite maximum : 400 \$	80 \$ par visite maximum : 400 \$	80 \$ par visite maximum : 400 \$
<p>* Pour que les services rendus par les spécialistes énumérés ci-dessus soient admissibles, ces professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et les services rendus doivent relever de leur spécialité.</p> <p>** Les frais de psychothérapie rendue par un professionnel détenant un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec sont également admissibles.</p> <p>Tous les montants ci-dessus sont exprimés en frais payables, par personne assurée et par année civile.</p>			

3) Frais pour soins de la vue

Options 2 et 3

Lorsqu'une personne retraitée assurée en vertu de l'**Option 2 ou 3** engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, les frais mentionnés ci-dessous en a) et b), il a droit au remboursement de 100 % de ces frais jusqu'à concurrence des maximums indiqués en a) et b) :

- a) frais pour examen de la vue, y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de **50 \$ pour l'Option 2 ou 3**, par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs;

- b) frais pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes, y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ainsi que les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de **200 \$ pour l'Option 2** ou de **250 \$ pour l'Option 3**, par personne assurée pour toute période de 24 mois consécutifs pour l'ensemble de ces frais.

4) Le service Info Accès-Santé

Options 1, 2 et 3

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne assurée de pouvoir parler en toute confidentialité avec des professionnels de la santé d'expérience et d'obtenir des renseignements de façon immédiate.

Par l'entremise de ce service téléphonique, la personne assurée peut s'informer sur les questions suivantes :

- la santé
- le mode de vie
- la diététique
- la puériculture
- la mise en forme
- la vaccination
- la disponibilité des ressources locales

Le service Info Accès-Santé doit être considéré comme un complément de la consultation médicale et du service médical d'urgence (911 ou autre); il ne remplace pas le professionnel de la santé que la personne assurée consulte habituellement ou le service médical d'urgence d'une municipalité.

Ce service d'information peut être utile pour améliorer la qualité de vie de la personne retraitée assurée et de ses personnes à charge.

Le service Info Accès-Santé est offert par l'entremise de « **Sigma Assistel** ».

La personne assurée peut communiquer en tout temps avec le service INFO ACCÈS SANTÉ.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-2632
Ailleurs au Canada	1 877 875-2632

Exclusions, restrictions et limitations relatives à l'assurance accident-maladie

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- 1) à la suite d'automutilation volontaire, que la personne assurée soit saine d'esprit ou non;
- 2) à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou d'une émeute;
- 3) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- 4) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;
- 5) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 6) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où réside la personne retraitée ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;
- 7) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 8) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus dans la présente garantie;
- 9) pour des produits anticonceptionnels, sauf ceux qui sont prévus dans la présente garantie;

- 10) pour des soins de chirurgie esthétique;
- 11) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
- 12) pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes, pour l'achat de lunettes de soleil ainsi que pour l'achat de lunettes ou lentilles cornéennes à des fins esthétiques;
- 13) pour des examens des yeux, pour la vérification de la réfraction oculaire, pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes ou pour toute chirurgie pour corriger la vue (*Cette exclusion s'applique exclusivement à l'Option 1*);
- 14) pour des appareils de contrôle tels les stéthoscopes ou les autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels les purificateurs, les humidificateurs, les climatiseurs, les baignoires à remous ou autres appareils de même nature;
- 15) pour les équipements thérapeutiques de type « Obus form »;
- 16) pour des cours, programmes d'exercices, programmes de conditionnement physique sur appareil ou au sol, bains flottants, bains de boue, bains thérapeutiques, exercices de relaxation, exercices en gymnase, séances d'étirement et renforcement, évaluations posturales et bougies auriculaires;
- 17) qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les personnes qui sont assurées par le régime en question;
- 18) pour tout produit ou médicament prescrit pour le traitement de dysfonctions sexuelles;
- 19) pour des produits, des médicaments et des traitements reliés à la fertilité ou à l'infertilité qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les produits, médicaments et traitements reliés à la fertilité ou l'infertilité ne sont pas couverts;

- 20) pour des médicaments et des produits antitabac qui ne sont pas couverts en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments. Les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments pour les médicaments et produits antitabac ne sont pas couverts.

En aucun cas les exclusions de la présente garantie ne doivent rendre le régime de l'assureur moins généreux en termes de prestations que le régime gouvernemental québécois d'assurance médicaments.

5) Assurance voyage

Options 1, 2 et 3

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 5 000 000 \$ par personne assurée, et aux conditions suivantes :

- a) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- b) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et
- c) les frais doivent être reliés à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

Frais médicaux admissibles :

- a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
- b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;

- c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

Frais admissibles de transport :

- a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré en vertu de la présente police, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

- d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
- f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
- g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 \$; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.

Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.

Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;

- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;
- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Le service d'assistance-voyage « **Sigma Assistel** » est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée peut communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance accident-maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

- 1) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;
- 3) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- 5) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;
- 6) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais.

Par ailleurs, la personne assurée qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi à l'Université de Sherbrooke n'est pas visée par le point i) ci-dessus;

- 7) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- 8) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum viager de 5 000 000 \$ par personne assurée.

OFFRE D'ASSURANCE EN CAS D'ANNULATION DE VOYAGE

L'assurance en cas d'annulation de voyage n'est pas incluse dans le régime d'assurance de l'employé, mais celui-ci peut l'obtenir auprès de l'assureur.

L'assurance en cas d'annulation de voyage rembourse les frais payés à l'avance ou certains frais supplémentaires qui doivent être engagés si des circonstances imprévisibles obligent à annuler le voyage ou à l'interrompre en cours de route.

La demande d'assurance en cas d'annulation de voyage doit être faite au cours des 7 jours suivant le dépôt initial consécutif à l'achat du voyage.

Provenance de l'appel	Numéro à composer
Région de Québec	(418) 838-7830
Région de Montréal	(514) 285-7830
Ailleurs au Québec et au Canada	1 800 463-7830 (sans frais)

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

This document was printed on Cascades Rolland Enviro100 paper.

