Votre régime d'assurance collective

FROMAGERIE BERGERON INC.

Police nº Q2011

Employés à temps plein – Fromagerie Bergeron inc.

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

FROMAGERIE BERGERON INC.

Police nº Q2011

Employés à temps plein – Fromagerie Bergeron inc.

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 1er mars 2022. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

TABLE DES MATIÈRES

COMMUNIQUER AVEC NOUS 1

BON À SAVOIR 4

DÉFINITIONS 6

DISPOSITIONS GÉNÉRALES 16

ADMISSIBILITÉ 17

ADHÉSION 18

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE 21

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL 23

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE 24

DEMANDES DE PRESTATIONS 26

EXONÉRATION DES PRIMES 30

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE 32

GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE 62

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE 68

GARANTIE VIE 76

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS 79

DEUXIÈME OPINION MÉDICALE 85

COMMUNIQUER AVEC NOUS

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu de la garantie accident-maladie :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

Le service Info Accès-Santé est un service téléphonique offert 24 heures sur 24 qui permet à la personne couverte 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 couverte peut s'informer sur les questions suivantes :

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

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 couverte 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 l'adhérent et de ses personnes à charge.

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

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Partout au Canada	1 877 875-2632

LE SERVICE VOYAGE ASSISTANCE

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

1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;

2) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;

3) aide pour l'admission à l'hôpital;

4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;

5) rapatriement de la personne couverte dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;

6) établissement et maintien des contacts avec DSF;

7) règlement des formalités en cas de décès;

8) rapatriement des enfants de la personne couverte si elle est immobilisée;

9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne couverte se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;

10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne couverte doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;

11) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;

12) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

13) service d'interprète lors d'appels d'urgence;

14) transmission de messages aux proches de la personne couverte en cas d'urgence;

15) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

En cas d'urgence médicale, la personne couverte peut communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE.

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

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, visiter la section "Nous joindre'' sur le site web de DSF à **www.desjardinsassurancevie.com**.

BON À SAVOIR

QU'ARRIVE-T-IL À 65 ANS POUR LA COUVERTURE DES MÉDICAMENTS?

À 65 ans, l'adhérent est couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour les médicaments et autres produits inscrits à la liste du régime provincial.

Si la loi le permet, il peut choisir de ne pas être couvert par le régime provincial de sa province de résidence et de conserver sa couverture d'accident-maladie prévue par le régime d'assurance collective. Dans ce cas, l'adhérent doit informer DSF par écrit dans les 31 jours qui suivent son 65e anniversaire de naissance du choix qu'il fait :

- continuer d'être couvert par le régime d'assurance collective. DSF déterminera alors le montant de la prime;

  ou

- être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence. Il ne peut alors plus être couvert par le régime d'assurance collective pour les médicaments et autres produits inscrits à la liste du régime provincial. Ce choix est irrévocable.

IMPORTANT : aucune personne à charge ne peut demeurer couverte en vertu de la garantie accident-maladie si l'adhérent ne le demeure pas lui-même.

VOYAGES À L'ÉTRANGER

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne qui voyage pourrait ne pas être couverte.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à DSF d'obtenir une copie de la police et, s'il y a lieu, de sa demande d'adhésion et de son rapport d'assurabilité.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'Officier du règlement des différends de DSF. Le rôle de cet officier consiste à évaluer le bien-fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'Officier du règlement des différends de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends

Desjardins Sécurité financière,

200, rue des Commandeurs

Lévis (Québec) G6V 6R2

Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Par téléphone au : 1 877 938-8184

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter notre site **www.desjardinsassurancevie.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

DÉFINITIONS

Dans le cadre de la police, les termes indiqués ci-après sont définis de façon à être interprétés en conséquence. Ils s'appliquent à l'ensemble de la police, à moins d'indication contraire.

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. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Adhérent

Tout employé couvert en vertu de la police.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée DSF, ayant son siège social au 200 rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2.

Chirurgie d'un jour

Chirurgie ambulatoire qui permet à un patient de retourner à la maison le jour même de la chirurgie. Une chirurgie pratiquée par un médecin et nécessitant une anesthésie locale ou générale, à l'exclusion de toute chirurgie mineure pouvant être effectuée dans le bureau du médecin.

Compagnon de voyage

La personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne couverte.

Congé de maternité

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent en raison d'une grossesse, conformément à toute loi sur les normes du travail applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

Le congé de maternité est composé de deux phases :

1) le congé dit « de maladie », qui débute le jour de l'accouchement et dure 6 semaines (8 semaines dans le cas d'une césarienne). Durant cette phase, l'adhérent est considéré totalement invalide; et

2) le congé volontaire, qui suit le congé dit « de maladie », et qui se termine lorsque l'adhérent ne reçoit plus de prestations de maternité en vertu de toute loi fédérale ou provinciale.

Congé parental

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent pour s'occuper de son enfant nouveau-né ou adopté, conformément à toute loi provinciale ou fédérale sur les normes du travail ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Congé pour raisons familiales

Toute période d'absence du travail prise par l'adhérent conformément à toute loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre l'adhérent et l'employeur.

Conjoint

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

1) est légalement mariée ou unie civilement à l'adhérent;

2) vit conjugalement 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; ou

3) vit conjugalement avec l'adhérent, a eu 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, un seul sera reconnu admissible par DSF. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par l'adhérent, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police;

2) le conjoint à qui l'adhérent est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

Dentiste
Une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.
Effectivement au travail
Le fait pour un employé d'exercer toutes les tâches habituelles de son occupation, selon l'horaire de travail prévu. Un employé est réputé effectivement au travail au cours d'un congé payé ou d'un jour férié.
Éléments de la nature
Les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.
Employé
La personne qui réside au Canada et qui est au service de l'employeur à temps plein à titre permanent. Toutefois, un employé qui réside en dehors du Canada est considéré comme résidant au Canada si DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Employeur
Le titulaire de la police ou toute société désignée comme tel par le titulaire de police et approuvée par DSF.

Enfant

La personne qui réside au Canada et qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, n'a pas de conjoint et dépend du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. Il s'agit d'un enfant naturel de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent ou d'un enfant adopté. Cet enfant :

1) a moins de 21 ans;

2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou

3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus

   L'enfant est considéré atteint d'incapacité s'il ne peut exercer un emploi suffisamment rémunérateur et qu'en raison de son invalidité physique ou mentale, il dépend entièrement du soutien financier de l'adhérent ou du conjoint de l'adhérent pour subvenir à ses besoins. De plus, il doit être domicilié chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent qui exercerait l'autorité parentale ou détiendrait la tutelle légale si cet enfant était mineur.

Fournisseur de services

La compagnie qui fournit les services de Deuxième opinion médicale.

Fournisseur de services de voyage

Une agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait, un croisiériste ou une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais raisonnables et coutumiers

Les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit :

1) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou

2) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable;

à la date à laquelle les frais sont engagés. Pour les frais engagés à l'extérieur du Canada, les frais raisonnables et coutumiers sont ceux applicables dans la province où réside l'adhérent.

Franchise

La partie des frais admissibles que la personne couverte doit payer avant qu'un remboursement ne soit fait.

Hémiplégie

La paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Hôpital

Tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et qui procure 24 heures sur 24 :

1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et

2) des soins infirmiers.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.

Hospitalisation

1) Pour la garantie invalidité de courte durée, une admission à l'hôpital comme patient interne alité pour un séjour qui dure plus de 18 heures consécutives ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

2) Pour la garantie accident-maladie :

   a) une admission à l'hôpital comme patient interne alité; ou

   b) tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

Invalidité totale ou totalement invalide

1) Pour la garantie invalidité de courte durée, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel.

2) Pour toutes les autres garanties :

   a) pendant le délai de carence prévu dans la garantie invalidité de longue durée et les 24 mois qui suivent, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de remplir les fonctions principales de son emploi habituel;

b) après l'écoulement du délai de carence et des 24 mois qui suivent, un état d'incapacité qui résulte d'une maladie ou d'un accident et qui empêche complètement l'adhérent de se livrer à tout travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience.

Formation et expérience désignent l'ensemble des connaissances et des compétences que l'adhérent a pu acquérir au cours de ses études, dans l'exercice de ses activités professionnelles actuelles ou passées, ou durant ses heures de loisir.

L'adhérent n'est pas considéré comme invalide du seul fait qu'un travail pour lequel il est raisonnablement qualifié en raison de son éducation, de sa formation et de son expérience n'est pas disponible dans la région où il réside.

L'adhérent qui est tenu de détenir un permis de conduire émis par l'État pour accomplir les fonctions principales de son emploi habituel n'est pas considéré comme invalide du seul fait que ce permis lui est retiré ou n'est pas renouvelé.

Maison de convalescence/réadaptation

Tout établissement au Canada légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et dont la fonction consiste à :

1) donner des soins et des traitements aux patients sous la direction d'un médecin ou d'un infirmier autorisé;

2) assurer la présence d'un infirmier autorisé en service, 24 heures sur 24; et

3) tenir des registres quotidiens sur chaque patient confié aux soins d'un médecin.

Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les résidences pour personnes ayant une déficience mentale, les maisons de repos ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou de toute autre dépendance.

Maladie

Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin

Un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.

Médicament équivalent
Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.
Membre de la famille immédiate
Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.
Orthèse
Tout appareil orthopédique rigide servant à maintenir une région du corps en bonne position.
Paraplégie
La paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs.
Période maximale des prestations
La durée maximale de la période pendant laquelle les prestations d'invalidité sont payables.
Personne à charge
Le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que DSF a préalablement donné son approbation par écrit.
Personne couverte
L'adhérent ou une personne à charge.

Perte

1) Pour un bras, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du coude.

2) Pour un doigt, le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

3) Pour une jambe, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du genou.

4) Pour une main, le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

5) Pour un orteil, le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

6) Pour l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe d'une oreille diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste dûment qualifié et correspondant à un seuil d'audition de plus de 90 décibels.

7) Pour la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité de parler, par suite d'une lésion ou d'une maladie, qui doit se prolonger sur une période continue de 6 mois. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

8) Pour un pied, le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

9) Pour le pouce, le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

10) Pour la vue, la perte totale et irrémédiable de la vision d'un œil, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés.

Perte de l'usage

La perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre après une période ininterrompue de 12 mois d'incapacité totale de ce membre.

Preuve d'assurabilité

Toute attestation relative à l'état de santé physique de la personne ou d'autres données factuelles pouvant influer sur l'acceptation du risque. Seules sont acceptées les attestations faites à l'aide de formulaires approuvés par DSF.

Proche parent

Le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la sœur de la personne couverte.

Quadriplégie

La paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Revenu

Le taux de rémunération habituel versé par l'employeur, y compris les dividendes. Les bonis, les heures supplémentaires et toute autre forme de rémunération qui ne sont pas reçus sur une base régulière sont exclus.

Revenu net

Le revenu brut hebdomadaire ou mensuel immédiatement avant le début de l'invalidité totale moins les retenues salariales suivantes :

1) tous les impôts sur le revenu;

2) les cotisations au Régime de pensions du Canada ou au Régime de rentes du Québec;

3) les cotisations à l'assurance-emploi; et

4) toute autre cotisation à un régime public de remplacement de revenu.

Soins médicaux continus

La nature des soins que doit recevoir l'adhérent. Ces soins doivent être :

1) reconnus comme efficaces, appropriés et essentiels pour l'établissement d'un diagnostic ou le traitement d'une personne en raison d'une maladie ou d'un accident;

2) raisonnables et de pratique courante; et

3) donnés ou prescrits par un médecin ou, lorsque DSF l'estime nécessaire, par un spécialiste du domaine approprié.

Ces soins ne se limitent pas à des examens ou à des tests, et leur fréquence doit correspondre à celle qu'exige l'affection en cause.

Sous-traitant

La compagnie qui fournit le service de télémédecine.

Stable

L'état de santé d'une personne couverte qui dans les 30 jours précédant la date de début du voyage n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale :

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

2) qui n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage;

3) qui n'a fait l'objet d'aucune hospitalisation ou recommandation de consulter un spécialiste;

4) qui n'a fait l'objet d'aucun examen ou test médical à des fins d'investigation pour lesquels les résultats sont attendus; et

5) pour laquelle aucun traitement n'est planifié, en attente ou non complété.

Titulaire de police

La société ou l'organisation spécifiée sur la page couverture de la police.

Urgence médicale

Toute maladie ou blessure aigües et imprévues nécessitant un traitement médical immédiat.

Véhicule

Une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

Voyage

Une période déterminée pour laquelle :

1) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou

2) des réservations ont été effectuées par la personne couverte pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION

Toute disposition de la police non conforme aux lois applicables est présumée nulle et sans effet. Lorsque la police contient une disposition prohibée par la loi, toutes les autres dispositions de la police demeurent en vigueur.

La police, son interprétation, son exécution, son application, sa validité et ses effets sont assujettis aux lois canadiennes ou provinciales en vigueur qui régissent en partie ou en totalité l'ensemble des dispositions qu'elle contient.

Tout litige relatif à sa conclusion, son interprétation ou son exécution, sera soumis exclusivement aux tribunaux compétents de la province canadienne dont les parties conviendront.

INCONTESTABILITÉ

Lorsque la couverture d'une personne est en vigueur depuis 2 ans de son vivant, DSF ne peut contester la validité de cette couverture sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses. Toutefois, si une invalidité a débuté durant les deux premières années de la couverture, cette règle ne s'applique pas et DSF peut annuler ou réduire toutes les prestations dues.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

Si l'âge déclaré d'une personne est erroné, les prestations payables en vertu de la police sont basées sur l'âge réel de la personne à la date de l'événement donnant droit à la prestation. Un redressement des primes est alors effectué pour la période durant laquelle la couverture a été en vigueur.

MONNAIE

Tous les paiements en vertu de la police, versés à ou par DSF, sont dans la monnaie ayant cours légal au Canada.

GENRE ET NOMBRE

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique tout autre genre et le singulier implique le pluriel.

ADMISSIBILITÉ

ADMISSIBILITÉ DE L'EMPLOYÉ

Un employé est admissible à la couverture à la date à laquelle il satisfait les conditions suivantes :

Nombre d'heures travaillées par semaine	Délai d'attente
30 heures	Le premier jour du mois qui suit 480 heures ouvrables en service continu pour l'employeur

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Si un employé a des personnes à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à cette même date.

Si un employé n'a pas de personne à charge à la date à laquelle il est admissible à la couverture en vertu de la police, ces personnes sont admissibles à la couverture à la date à laquelle elles deviennent à la charge de l'employé.

ADHÉSION

La police contient une clause qui retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables.

ADHÉSION À LA COUVERTURE

L'adhésion à la couverture est obligatoire pour tout employé qui satisfait aux critères d'admissibilité.

1) Adhésion dans les délais

Un employé doit remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible, à l'aide du formulaire approprié.

2) Adhésion hors délais

À défaut de remplir la demande d'adhésion dans les délais prévus ci-dessus, l'employé pourrait avoir à soumettre des preuves d'assurabilité.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par DSF sont requises pour tout montant qui excède le maximum sans preuves d'assurabilité en vertu des garanties indiquées ci-dessous, si la demande d'adhésion est remplie dans les délais :

1) Garantie invalidité de longue durée

2) Garantie vie de base

DROIT D'EXEMPTION

Un employé peut refuser d'être couvert en vertu de la garantie accident-maladie, s'il est couvert à titre de personne à charge en vertu de la police ou d'un autre régime d'assurance collective semblable. Toutefois, si l'autre régime prend fin ou si le conjoint cesse de faire partie d'une catégorie admissible, l'employé peut adhérer à la couverture à condition que :

1) l'employé ait auparavant choisi de ne pas participer à la couverture;

2) la couverture du conjoint ait pris fin pour une raison autre qu'un choix personnel; et

3) l'employé ait présenté une demande écrite en ce sens dans les 31 jours suivant la date à laquelle la couverture du conjoint a pris fin. Après ce délai, la clause d'adhésion hors délais s'applique.

TYPES DE PROTECTION

Les types de protection disponibles en vertu de la police sont les suivants :

TYPES DE PROTECTION	PERSONNES COUVERTES
Individuelle	Adhérent seulement
Familiale	Adhérent, conjoint et enfants
Monoparentale	Adhérent et enfants

Le type de protection peut être différent d'une garantie à l'autre.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie. DSF doit être informée dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;

2) naissance ou adoption d'un enfant;

3) perte ou obtention de couverture du conjoint, pour une raison autre qu'un choix personnel;

4) décès d'une personne à charge;

5) cessation de l'admissibilité d'une personne à charge en raison de son âge; ou

6) retour aux études d'un enfant à charge.

BÉNÉFICIAIRE

DSF reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l'adhérent en vertu du régime d'assurance collective de l'employeur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police, sauf si DSF demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

DSF n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

PRISE D'EFFET POUR L'ADHÉRENT

Un employé doit être effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture prend effet. S'il n'est pas effectivement au travail à cette date, sa couverture débute le premier jour où il reprend effectivement le travail.

La couverture de tout employé prend effet à la date à laquelle il devient admissible à la couverture, pourvu que la demande d'adhésion soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de l'employé est approuvée par DSF.

PRISE D'EFFET POUR LES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la couverture des personnes à charge pour la première fois, pourvu qu'une demande soit soumise dans les délais. Toutefois, dans le cas d'adhésion tardive ou de garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises, la couverture prend effet à la date à laquelle l'assurabilité de la personne à charge est approuvée par DSF.

Si l'adhérent a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge, sauf dans le cas des garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont requises. Toutefois, la garantie vie d'un nouveau-né prend effet dès sa naissance, s'il naît vivant, et conformément aux dispositions de la police, y compris celles indiquées ci-dessus.

Si une personne à charge (autre qu'un nouveau-né) est hospitalisée à la date à laquelle sa couverture prendrait normalement effet, sa couverture ne prend effet que le lendemain de sa sortie de l'hôpital.

MODIFICATION DU MONTANT DE LA COUVERTURE ET DE LA GARANTIE

Toute modification apportée au montant de la couverture ou à une garantie prend effet à la dernière des dates suivantes, pourvu que l'adhérent soit effectivement au travail à cette date :

1) la date à laquelle l'adhérent devient admissible pour la première fois à une telle modification, pourvu qu'une demande écrite soit reçue par DSF au plus tard à cette date; ou

2) la date à laquelle DSF approuve l'assurabilité de la personne couverte :

   a) si le nouveau montant de la couverture excède le maximum sans preuves d'assurabilité, ou

   b) si la demande de modification est reçue plus de 31 jours après la date de son admissibilité à cette modification.

Aucune augmentation du maximum sans preuves d'assurabilité ne s'applique à une personne couverte pour qui un montant de couverture en excédant du maximum sans preuves d'assurabilité a déjà été refusé.

Si l'adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture serait normalement modifiée, la couverture est modifiée le premier jour où il reprend effectivement le travail.

PROLONGATION DE LA COUVERTURE DURANT UNE ABSENCE DU TRAVAIL

L'adhérent qui cesse d'être effectivement au travail pour l'une ou l'autre des raisons décrites ci-dessous peut demeurer couvert selon ce qui est prévu ci-après.

MALADIE OU BLESSURE

Les garanties détenues immédiatement avant le début de l'absence en raison de maladie ou de blessure entraînant une invalidité reconnue par DSF sont maintenues durant cette absence, à condition que les primes continuent à être versées à moins d'être exonérées.

MISE À PIED TEMPORAIRE OU CONGÉ AUTORISÉ NON PAYÉ

L'adhérent peut conserver l'ensemble des garanties qu'il détient immédiatement avant le début de l'absence. Les garanties peuvent être maintenues pour une période déterminée à l'avance et si les primes continuent à être versées. Toutefois, cette couverture ne sera pas maintenue en vigueur au-delà de 6 mois. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail avant le début de l'absence.

Si l'adhérent choisit de ne pas conserver ces garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

ABSENCES OU CONGÉS POUR RAISONS DE MATERNITÉ, FAMILIALES OU PARENTALES

Pour une absence ou un congé pris conformément à toute loi applicable, l'adhérent peut :

1) sous réserve du paiement des primes, conserver :

   a) toutes les garanties; ou

   b) toutes les garanties, à l'exclusion des garanties invalidité de courte et de longue durée;

2) choisir de ne pas conserver ses garanties.

Les garanties peuvent être maintenues en vigueur pour un maximum de 12 mois ou une période plus longue si la loi l'exige. DSF doit être informée de la date prévue de retour au travail au plus tard 31 jours après le début de l'absence ou du congé.

L'adhérent doit informer DSF de son choix avant le début de l'absence ou du congé. S'il choisit de ne pas conserver ses garanties, elles seront remises en vigueur sans preuves d'assurabilité à compter de la date à laquelle il est de nouveau effectivement au travail. DSF doit être informée dans les 31 jours suivant la date de son retour effectif, à défaut de quoi une preuve d'assurabilité est exigée.

GRÈVE OU LOCK-OUT

La couverture prend fin à la date à laquelle la grève ou le lock-out commence.

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE

CESSATION DES GARANTIES

Chaque garantie cesse à la date indiquée ci-dessous.

GARANTIE	DATE DE CESSATION
Garantie accident-maladie	La date de la retraite
Garantie invalidité de courte durée	Le 70e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie invalidité de longue durée	Le 65e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie vie	Le 70e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier
Garantie décès et mutilation accidentels	Le 70e anniversaire de naissance de l'adhérent ou la date de la retraite, selon ce qui arrive en premier

Selon la loi applicable, l'adhérent qui atteint 65 ans peut choisir d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence pour la partie médicaments ou de conserver sa couverture en vertu de la police. Le choix de l'adhérent d'être couvert par le régime provincial d'assurance maladie de sa province de résidence est irrévocable. Si l'adhérent choisit de conserver sa couverture en vertu de la police, il doit d'abord faire une demande à DSF par écrit qui déterminera alors le montant de la prime nécessaire.

CESSATION DE LA COUVERTURE DE L'ADHÉRENT

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture de l'adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un employé;

2) la date à laquelle il cesse de faire partie d'une catégorie d'employés admissibles à la couverture;

3) la date à laquelle l'emploi de l'adhérent ou son contrat avec l'employeur prend fin;

4) la fin de la période pour laquelle les primes requises ont été versées en son nom;

5) la date de la retraite;

6) la date à laquelle il cesse d'être effectivement au travail; ou

7) la date de résiliation de la police.

CESSATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

Sous réserve de toute disposition contraire stipulée ailleurs dans la police, la couverture des personnes à charge prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date de cessation de la couverture de l'adhérent, sauf si la personne à charge est admissible à des prestations aux survivants;

2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou

3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'adhérent.

REMISE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE

Si la couverture d'un employé a pris fin par suite de cessation d'emploi et qu'il est réengagé dans les 6 mois suivants, il a droit de faire remettre sa couverture en vigueur à compter de la date à laquelle il retourne au travail, pourvu que la demande de remise en vigueur soit faite à DSF dans les 31 jours suivant cette date.

Si un employé ne peut pas se prévaloir de la remise en vigueur, il est réputé être un nouvel employé.

PROLONGATION AUX SURVIVANTS

Cette disposition s'applique aux garanties suivantes :

- garantie accident-maladie
- garantie vie de base des personnes à charge

En cas de décès de l'adhérent et sous réserve des dispositions prévues dans la police, la couverture des personnes à charge est prolongée sans paiement de prime jusqu'à la première des dates suivantes :

1) 24 mois après le décès;

2) la date à laquelle la couverture des personnes à charge aurait pris fin si l'adhérent n'était pas décédé; ou

3) la date de cessation de la garantie ou de résiliation de la police.

FRAUDE

En cas de fraude, DSF se réserve le droit de mettre fin à la couverture de l'adhérent.

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

DSF doit recevoir une déclaration et des preuves de sinistre dans le délai prévu pour chaque garantie, tel qu'indiqué ci-dessous :

GARANTIE	DÉLAI
Garantie accident-maladie	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais sont engagés.
Garantie invalidité de courte durée	• Une preuve écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date du début de l'invalidité totale. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.

Garantie invalidité de longue durée	• Une déclaration écrite initiale de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant l'expiration du délai de carence; et • la preuve écrite initiale doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant l'expiration du délai de carence. • S'il y a récidive d'invalidité totale, une déclaration écrite de sinistre doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de la récidive; et • une preuve écrite doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la date de la récidive. • Par la suite, une preuve écrite de continuité de l'invalidité totale jugée satisfaisante par DSF doit être présentée à DSF chaque fois qu'elle en fait la demande.
Garantie vie	• Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date du décès; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date du décès.
Garantie décès et mutilation accidentels	• Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de l'accident; et • une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date de cet accident.

Le défaut de fournir la déclaration ou les preuves de sinistre dans les délais prévus n'empêche pas le paiement de la prestation, pourvu que la déclaration et les preuves soient fournies aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune prestation ne sera versée si la déclaration et les preuves sont fournies plus de 12 mois après la date à laquelle les frais sont engagés ou la date de l'événement donnant lieu à la demande de prestations.

Advenant la résiliation de la police, DSF n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves ne lui soient soumises dans les 120 jours suivant la date de résiliation de la police.

Toute action en justice engagée contre DSF pour recouvrer des sommes payables en vertu de la police est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée au cours du délai fixé par la Loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans la province de résidence de l'adhérent.

SOUMISSION D'UNE DEMANDE

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire. Toutes les prestations sont versées à l'adhérent, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Médicaments et autres frais médicaux

Si le mode de paiement direct a été utilisé pour les frais de médicaments, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF.

Pour les autres frais médicaux, l'adhérent n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le professionnel ou le fournisseur de services utilise l'échange électronique de données (EDI).

Décès

Avant de régler une demande, DSF exige des preuves écrites satisfaisantes attestant :

1) du décès, des causes et des circonstances liées au décès, incluant un rapport médical ou un certificat de décès;

2) que le défunt était admissible à la couverture au moment du décès;

3) de la date de naissance du défunt; et

4) que le demandeur est en droit de recevoir la prestation.

DSF peut également exiger tout autre renseignement jugé utile.

Dans le cas d'une disparition, DSF versera les prestations sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne couverte par la garantie accident-maladie est également couverte en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations est effectuée selon les recommandations de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

Frais d'assurance voyage

Si une personne couverte par l'assurance voyage est également couverte en vertu de tout autre régime ou assurance qui fournit des prestations semblables, seuls les frais admissibles en excédent des montants payables par tous les autres régimes ou assurances sont couverts en vertu de l'assurance voyage.

Si les autres régimes ou assurances comportent une stipulation semblable ou une disposition de coordination des prestations, les prestations sont coordonnées entre tous les régimes ou assurances de sorte que le total des paiements n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne.

EXAMENS MÉDICAUX

À l'occasion, DSF a le droit d'exiger que la personne couverte pour laquelle des prestations pourraient être versées soit examinée par un professionnel de la santé de son choix.

SUBROGATION

Dès que DSF rembourse les frais engagés ou s'engage à rembourser les frais engagés, elle se substitue à l'adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne et peut intenter une poursuite judiciaire au nom de l'adhérent pour faire valoir ces droits.

Si l'adhérent a le droit d'exiger des dommages-intérêts d'une autre personne pour une perte de revenu pour laquelle il est admissible à des prestations, DSF se substituera à cet adhérent en ce qui concerne tous les droits de recouvrement contre toute personne pour une perte de revenu. Le montant qui peut être recouvré grâce à cette subrogation est limité au montant global des prestations d'invalidité qui ont été versées ou qui sont payables à l'adhérent par DSF.

DROIT DE RECOUVREMENT

Lorsqu'un paiement effectué par DSF excède le montant qui aurait dû être payé, DSF a le droit de récupérer cet excédent auprès de toute personne ou entité à qui ou pour qui ce paiement a été effectué.

EXONÉRATION DES PRIMES

Cette disposition s'applique aux garanties suivantes :

- garantie invalidité de courte durée
- garantie invalidité de longue durée
- garantie vie de base
- garantie de base décès et mutilation accidentels

1) Début de l'exonération des primes

Si l'adhérent devient totalement invalide pendant qu'il est couvert en vertu de la police mais avant d'atteindre l'âge de 65 ans, ses primes peuvent être exonérées le premier jour du mois qui coïncide avec ou qui suit la date prévue pour le premier paiement des prestations en vertu de la garantie invalidité de longue durée. L'adhérent doit fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

2) Cessation de l'exonération des primes

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à DSF des preuves satisfaisantes de son invalidité totale, si ces preuves ne sont pas fournies au plus tard 3 mois après la demande de DSF;

b) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

c) la date à laquelle l'adhérent s'adonne à toute occupation ou tout emploi contre rémunération ou profit sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par DSF;

d) la date à laquelle l'adhérent atteint 65 ans;

e) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite;

f) la date de cessation de la couverture de l'adhérent; ou

g) la date de résiliation de la garantie ou de la police, sauf pour les garanties vie et invalidité de longue durée.

3) Récidive d'invalidité totale

Si une récidive d'invalidité survient dans les 6 mois suivant la fin d'une période antérieure d'invalidité totale qui a donné lieu à une exonération des primes en vertu de la police, cette récidive est considérée comme étant une prolongation de la période antérieure si elle est due aux mêmes causes ou à des causes connexes.

4) Déclaration et preuves d'invalidité totale

Pour que l'adhérent soit admissible à l'exonération de ses primes, DSF doit recevoir des pièces justificatives de l'invalidité totale dans les délais prévus pour la garantie invalidité de longue durée indiqués à l'article DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE de la section DEMANDES DE PRESTATIONS.

Le défaut de fournir la déclaration ou les preuves écrites dans les délais prévus n'empêche pas l'exonération des primes, pourvu que la déclaration et les preuves soient fournies aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, aucune exonération ne sera accordée si la déclaration et les preuves sont fournies plus de 12 mois après la date à laquelle l'adhérent devient totalement invalide.

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne couverte a engagé des frais admissibles pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF rembourse ces frais conformément aux dispositions de la police.

Franchise	
Frais admissibles	**Montant**
Médicaments	Aucune
Hospitalisation	Aucune
Soins dentaires à la suite d'un accident	Aucune
Soins de la vue	Aucune
Orientation vers un médecin	Aucune
Assurance voyage	Aucune
Tous les autres frais	25 $ par protection individuelle ou 50 $ par protection monoparentale ou familiale, par année civile

Pourcentage de remboursement	
Frais admissibles	**Pourcentage**
Médicaments	1) Médicaments génériques : 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché 2) Médicaments de marque : 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments inscrits sur la liste de médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie. Lorsque la contribution atteint le maximum de la contribution annuelle établie par la RAMQ, pour les frais engagés par l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ passe à 100 % pour le reste de l'année civile.
Hospitalisation	100 %
Soins dentaires à la suite d'un accident	100 %
Soins de la vue	100 %
Assurance voyage	100 %
Tous les autres frais	80 %

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour tous les frais admissibles, DSF rembourse la partie des frais raisonnables et coutumiers qui excède la franchise, sous réserve du pourcentage de remboursement.

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être médicalement nécessaires pour le traitement de la personne couverte et engagés à la suite d'une maladie, d'une grossesse ou d'un accident et couvrir des soins qui :

1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;

2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes au diagnostic; et

3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les produits obtenus.

La partie des frais admissibles engagés au cours des 3 derniers mois d'une année civile et utilisée pour payer la franchise annuelle en tout ou en partie est également appliquée à la franchise de l'année civile suivante.

Réseau de fournisseurs privilégiés

DSF peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains services, soins et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés :

1) dans la province de résidence de l'adhérent; et

2) à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

MARGE BÉNÉFICIAIRE ET HONORAIRES DU PHARMACIEN	
Limite des frais admissibles de médicaments	
Marge bénéficiaire	Frais raisonnables et coutumiers
Honoraires du pharmacien	Frais raisonnables et coutumiers

MÉDICAMENTS

1) Les médicaments qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament), qui sont fournis par un pharmacien et :

   a) qui, selon la loi, requièrent une ordonnance; ou

   b) qui peuvent s'obtenir sans ordonnance mais qui, par convention, sont considérés comme essentiels au maintien de la vie, incluant, sans toutefois s'y limiter :

      - antipaludiques
      - fibrinolytiques
      - nitroglycérine
      - suppléments de sels ferreux à ingrédient unique
      - agents thyroïdiens
      - agents fibrinolytiques enzymatiques topiques

   Les préparations magistrales fournies par un pharmacien et dont le principal ingrédient actif est un médicament admissible.

2) Les insulines, lancettes, bandelettes et seringues pour diabétiques.

3) Les frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime provincial d'assurance médicaments, pour les personnes couvertes par leur régime provincial.

4) Médicaments exigeant une autorisation préalable

   L'autorisation préalable de DSF est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de DSF. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à DSF pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

   a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et

   b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

   Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

   DSF se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Programme d'accompagnement patient
Ce programme est offert par DSF. Il fournit du support à la personne couverte pour faciliter la gestion de sa santé et la prise de ses médicaments. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.
Programme de soutien au patient
Ce programme est offert par les fabricants de certains médicaments. Il comprend des services d'information, de formation et de l'aide financière à la personne couverte à qui le médicament est prescrit. DSF peut exiger que la personne couverte participe au programme pour être admissible au remboursement du médicament.

Frais admissibles pour les autres médicaments	**Maximum payable par personne couverte**
Produits de sclérothérapie pour le traitement des varices	20 $ par visite, jusqu'à concurrence de 20 visites par année civile
Traitement de l'infertilité	Médicaments seulement, montant viager de 3 000 $

HOSPITALISATION	
Frais admissibles	**Maximum payable par personne couverte**
<u>Hôpital</u> Frais d'hébergement pour des soins de courte durée, pour chaque jour d'hospitalisation	La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre privée

Maison de convalescence/réadaptation Frais d'hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, pour toute période d'hébergement qui débute dans les 14 jours suivant la fin d'un séjour dans un hôpital Des périodes successives d'hébergement sont réputées être une même période d'hébergement si elles : • résultent d'une même maladie ou d'un même accident; et • sont séparées par une période de moins de 60 jours consécutifs pendant laquelle la personne couverte n'a pas été hospitalisée.	90 $ par jour, jusqu'à concurrence de 120 jours par période d'hébergement

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Frais admissibles	**Maximum payable par personne couverte**
Soins paramédicaux Services des professionnels suivants, à condition qu'ils exercent dans les limites de leur compétence et soient membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par DSF. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.	Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour
• acupuncteur	350 $ par année civile
• audiologiste	350 $ par année civile
• chiropraticien	350 $ par année civile plus 50 $ par année civile pour les radiographies
• diététiste ou nutritionniste	Montant global de 350 $ par année civile

• ergothérapeute	350 $ par année civile
• homéopathe	350 $ par année civile
• massothérapeute, orthothérapeute ou kinésithérapeute	Montant global de 350 $ par année civile
• naturopathe	350 $ par année civile
• orthophoniste	350 $ par année civile
• ostéopathe	350 $ par année civile plus 50 $ par année civile pour les radiographies
• physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique ou thérapeute du sport	Montant global de 350 $ par année civile
• podiatre ou podologue	Montant global de 350 $ par année civile, plus 50 $ par année civile pour les radiographies
• psychologue ou travailleur social	Montant global de 350 $ par année civile
<u>Soins infirmiers à domicile</u> Soins infirmiers à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé, pourvu que les soins relèvent de la compétence de l'infirmier. De plus, l'infirmier ne doit avoir aucun lien de parenté, ni par le sang ni par alliance, avec l'adhérent ou avec l'une des personnes à sa charge et ne doit pas résider habituellement chez l'adhérent ni chez l'une des personnes à sa charge.	10 000 $ par année civile

AMBULANCE
Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport terrestre de la personne couverte : 1) du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale; et 2) d'un hôpital au domicile de la personne couverte lorsque son état de santé ne permet pas d'utiliser un autre moyen de transport. Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport aérien de la personne couverte à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale.

ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
AIDES À LA MOBILITÉ	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Marchettes, cannes ou béquilles	Achat ou location, à la discrétion de DSF Frais raisonnables et coutumiers
Fauteuils roulants	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé Un par période de 60 mois, plus les piles à l'achat initial d'un fauteuil roulant motorisé admissible
Lève-personnes	Achat ou location, à la discrétion de DSF, d'un appareil mécanique ou hydraulique Un par période de 5 années civiles, jusqu'à concurrence de 2 000 $

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Chaussures orthopédiques : • chaussures fabriquées sur mesure • chaussures ouvertes • chaussures évasées ou droites • chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne • chaussures préfabriquées modifiées ou ajustées • modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées	Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, les chaussures doivent être fabriquées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées doivent être effectués par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF. • 200 $ par année civile
Orthèses de pied	Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, elles doivent être fabriquées sur mesure par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF • 200 $ par année civile
PROTHÈSES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Prothèses auditives	500 $ par période de 36 mois, y compris les piles à l'achat initial
Prothèses capillaires	Lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopécie, de chimiothérapie ou de radiothérapie Montant viager de 300 $

Prothèses mammaires	Lorsque requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence : • du coût d'une prothèses mammaires externes par période de 12 mois; et • 2 soutiens-gorge post-mastectomie par période de 24 mois
Membres artificiels et prothèses myoélectriques	• Achat, jusqu'à concurrence de 10 000 $ par prothèse • Réparation, jusqu'à concurrence de 10 000 $ par réparation • Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence de 10 000 $ par prothèse
Yeux artificiels	Achat et réparation Frais raisonnables et coutumiers
AUTRES ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Glucomètres	Un appareil par période de 60 mois jusqu'à concurrence de1 000 $
Fournitures pour pompes à insuline	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Bas de contention	Achat, à condition qu'ils soient de compression d'au moins 20mm/Hg 5 paires par année civile
Stérilets ou diaphragmes	Un par année civile
Neurostimulateurs TENS et leurs fournitures	Achat ou location, à la discrétion de DSF Montant viager de 500 $

Cathéters	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Fournitures pour les stomies	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Fournitures pour les paraplégiques	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Fournitures médicales servant au gavage	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Fournitures médicales à la suite d'une trachéotomie	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Lunettes opaques	Achat, à condition qu'elles soient requises lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis Frais raisonnables et coutumiers
Vêtements compressifs autres que les bas de contention	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Pansements médicamentés	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Couvre-moignons	10 par année civile
Moniteurs d'apnée	Achat ou location, à la discrétion de DSF Frais raisonnables et coutumiers
Oxygène et matériel nécessaire à son administration	Achat ou location, à la discrétion de DSF Frais raisonnables et coutumiers
Pompes à lymphoedème	Achat Frais raisonnables et coutumiers
Accessoires de percussion thoracique	Achat Frais raisonnables et coutumiers

Appareils d'énurésie	Achat ou location, à la discrétion de DSF Frais raisonnables et coutumiers
Lits d'hôpital	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique Un par période de 60 mois
Appareils de traction	Achat ou location, à la discrétion de DSF Frais raisonnables et coutumiers
Aides à la verticalisation	Achat ou location, à la discrétion de DSF Frais raisonnables et coutumiers
Autres équipements thérapeutiques et leurs fournitures : • appareils d'aérosolthérapie* • appareils CPAP ou orthèses d'avancée mandibulaire** • pompes à insuline* • stimulateurs osseux* Des équipements additionnels peuvent être inclus selon ce qui est établi par DSF.	Achat ou location, à la discrétion de DSF * Un appareil par période de 60 mois pour chaque équipement ** Un appareil par période de 60 mois pour l'ensemble de ces équipements Montant viager global de 10 000 $ pour l'ensemble des équipements admissibles et leurs fournitures

SERVICES DIAGNOSTIQUES	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Techniques d'imagerie Analyses de laboratoire Test de dépistage prénatal	À but diagnostique, jusqu'à concurrence de 2 000 $ par année civile

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.	Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie. Dans les 12 mois de l'accident : • les soins dentaires doivent débuter; ou • un plan de traitement jugé satisfaisant par DSF doit être présenté. DSF n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de 24 mois après l'accident. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

SOINS DE LA VUE	
Frais admissibles	**Limitation et/ou maximum payable par personne couverte**
Examen de la vue	Un par période de : • 24 mois pour les adultes • 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans

Lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie	Achat et remplacement Les lunettes et les lentilles cornéennes doivent être prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste et fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien, pour corriger la vue Chirurgie au laser pour corriger la vue Montant global de 100 $ par période de : • 24 mois pour les adultes • 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans

ORIENTATION VERS UN MÉDECIN

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés à l'extérieur de la province de résidence de la personne couverte à la suite d'une orientation vers un médecin, sous réserve de ce qui suit :

1) le service ou le traitement ne se donne pas au Canada ou dans la province de résidence de la personne couverte;

2) la personne couverte doit fournir à DSF une lettre écrite par un médecin de sa province de résidence et dans laquelle le médecin indique qu'elle est orientée vers un autre médecin;

3) DSF doit donner son autorisation écrite au préalable; et

4) le régime provincial d'assurance hospitalisation et/ou d'assurance maladie doit participer au remboursement des frais admissibles.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de chambre et pension dans un hôpital	Au Canada : même couverture que celle prévue à la disposition « Au Canada » de cette garantie À l'extérieur du Canada : chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	

Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Frais de transport	
Les frais de transport de la personne couverte vers le lieu de traitement par un moyen de transport adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés	
Les frais de transport d'un membre de la famille immédiate qui accompagne la personne couverte vers le lieu de traitement (en même temps que le transport de la personne couverte)	
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne doit pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage
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 couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours	• La personne couverte ne doit pas déjà être 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 limités à 1 500 $ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant
En cas de décès de la personne couverte, 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	La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus
En cas de décès de la personne couverte, 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)	5 000 $ Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus

Frais de subsistance	
Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte pour la durée de son traitement. Les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas.	200 $ par jour par personne couverte pendant un maximum de 10 jours pour l'ensemble des frais
Frais d'appels interurbains	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	• 50 $ par jour et un maximum global de 200 $ par période d'hospitalisation • La personne couverte n'est pas déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles au remboursement si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Frais engagés à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada	Aucun maximum
Frais engagés à l'extérieur du Canada	50 000 $ par année civile par personne couverte

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne couverte doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, DSF rembourse les frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

1) la personne doit être couverte par un régime provincial d'assurance maladie au Canada;

2) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie accident-maladie; et

3) l'état de santé de la personne couverte devait être stable avant la date de début du voyage.

L'adhérent doit communiquer avec DSF si la durée du séjour à l'étranger est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne couverte pourrait ne pas être couverte.

Les décisions médicales prises par un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par cette dernière, sont fondées sur des facteurs médicaux et servent à déterminer la nécessité d'offrir les services ci-dessous.

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable
<u>Frais médicaux</u>	
Frais de séjour dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne couverte reçoive son congé de l'hôpital	Chambre semi-privée
Autres services hospitaliers	
Honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste	
Tous les autres frais admissibles en vertu de la disposition « Au Canada » de cette garantie	

Frais de transport Pour être admissibles, les frais énumérés ci-dessous doivent être approuvés et planifiés par Voyage Assistance.	
Les frais de rapatriement de la personne couverte 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	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais pour le rapatriement, en même temps que le rapatriement de la personne couverte, de toute autre personne couverte en vertu de cette garantie	Ces frais ne sont pas admissibles si le moyen de transport initialement prévu pour le retour peut être utilisé
Les frais de transport public adéquat pour le rapatriement d'enfants qui accompagnent la personne couverte et dont elle a la garde durant le voyage si : • la personne couverte doit être rapatriée ou si elle doit demeurer à l'hôpital plus de 24 heures; et • aucune autre personne ne peut ramener les enfants à leur lieu de résidence.	
Le coût supplémentaire de transport pour le rapatriement d'un chat ou d'un chien qui accompagne la personne couverte si : • la personne couverte doit être rapatriée; et • aucune autre personne ne peut ramener l'animal au lieu de résidence de la personne couverte.	500 $ par voyage

Les frais de transport de bagages de la personne couverte si elle doit être rapatriée, pour : • l'excédent de bagages s'ils sont rapportés par une autre personne; ou • le retour de bagages au lieu de résidence de la personne couverte si aucune autre personne ne peut les rapporter.	300 $ par voyage
Le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié lorsque prescrit par le médecin traitant	L'accompagnateur ne peut pas être un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage
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 couverte qui séjourne à l'hôpital pendant au moins 7 jours	• La personne couverte ne doit pas déjà être 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 limités à 1 500 $ • La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant

Les frais de retour du véhicule de la personne couverte ou de celui qu'elle a loué, si : • la personne couverte souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale; • l'incapacité est certifiée par un médecin et empêche la personne couverte de conduire ce véhicule; et • aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne peut retourner le véhicule. Les frais d'une agence professionnelle de transport de véhicules ou les frais raisonnables et nécessaires engagés par la personne couverte pour l'essence, les repas, l'hébergement et un billet aller seulement en classe économique	Le véhicule doit être en état de marche pour effectuer le voyage de retour sans problème mécanique 2 500 $ par voyage
En cas de décès de la personne couverte, 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	La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus
En cas de décès de la personne couverte : • 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); ou • les frais pour la préparation du corps et les frais d'incinération ou d'enterrement, si la dépouille n'est pas rapatriée à son lieu de résidence	5 000 $ Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus

Frais de subsistance	
Le coût des repas et de l'hébergement de la personne couverte qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'un accident constaté par un médecin et qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage Les frais additionnels de garde des enfants qui n'accompagnent pas la personne couverte	200 $ par jour par personne couverte, pendant un maximum de 10 jours par voyage, pour l'ensemble de ces frais
Frais d'appels interurbains	
Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne couverte est hospitalisée	• 50 $ par jour et un maximum global de 200 $ par période d'hospitalisation • La personne couverte ne doit pas déjà être accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus • Ces frais sont admissibles si des frais de transport pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne hospitalisée ne sont pas remboursés
Prestation maximale globale	
Tous les frais admissibles	Montant viager de 5 000 000 $ par personne couverte

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

DSF se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, limitations et exclusions, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui :

1) sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;

2) font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF; ou

3) ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions additionnelles applicables aux médicaments

La provision de médicaments d'entretien est limitée à 100 jours. La provision de tout autre médicament ou produit est limitée à 34 jours.

Limitations

Les frais admissibles sont assujettis aux limites et maximums indiqués dans cette garantie.

Clause alternative

Pour tous les frais admissibles pour lesquels plusieurs produits sont disponibles sur le marché, les prestations sont limitées au prix du produit le moins cher qui constitue un traitement raisonnable.

Limitations additionnelles applicables aux médicaments

Pour les médicaments biologiques, DSF se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe un sur le marché.

Limitations et exclusions applicables au réseau de fournisseurs privilégiés

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, produits ou médicaments disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;

2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;

3) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :

   a) soins esthétiques autres que ceux prévus dans cette garantie;

   b) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;

   c) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;

   d) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

4) services, soins ou produits de nature expérimentale;

5) services, soins ou produits fournis par l'employeur;

6) services, soins ou produits fournis à la personne couverte par un proche parent;

7) hébergement dans un établissement hospitalier si l'objet principal du séjour est la participation à un programme thérapeutique, une thérapie ou une cure;

8) hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation, si l'objet principal du séjour est la surveillance du malade;

9) hébergement dans un établissement pour malades chroniques;

10) soins infirmiers à domicile qui sont uniquement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance;

11) appareils robotisés d'aide à la marche;

12) chaussures profondes et chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant;

13) frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;

14) supports de genre « Obus Forme » ou de même type;

15) cours et programmes d'exercice physique en tous genres;

16) bains thérapeutiques en tous genres;

17) cures de jeûne et tous les frais s'y rattachant;

18) appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;

19) services diagnostiques reçus à l'hôpital et frais engagés pour des tests génétiques;

20) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;

21) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporomandibulaire;

22) fournitures pour incontinence;

23) frais engagés pour une cure de désintoxication;

24) frais engagés pour le traitement de l'infertilité;

25) frais engagés pour le traitement de la dysfonction sexuelle;

26) voyages de santé ou voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification; ou

27) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

1) médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de DSF. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé;

2) médicaments ou produits considérés par DSF comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, DSF utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé;

3) produits contraceptifs autres que les contraceptifs hormonaux;

4) vaccins;

5) sclérothérapie utilisée principalement pour des raisons esthétiques et non réellement pathologiques, et honoraires du médecin;

6) produits antitabac;

7) les produits suivants, qu'ils soient ou non prescrits :

   a) shampooings et autres produits pour le cuir chevelu, y compris les produits pour la pousse des cheveux;

   b) produits pour soins esthétiques, écrans solaires, savons et autres produits d'hygiène;

   c) produits naturels et produits homéopathiques;

   d) pansements non médicamentés et désinfectants;

   e) préparations de lait de toute nature pour bébés;

   f) suppléments diététiques;

   g) vitamines et minéraux.

Exclusion additionnelle applicable au programme d'accompagnement patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusion additionnelle applicable au programme de soutien au patient

La personne couverte qui ne participe pas au programme pourrait ne pas être admissible au remboursement des médicaments.

Exclusions additionnelles applicables à l'assurance voyage

Voyage Assistance doit être contactée immédiatement lorsque des services à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent sont nécessaires en raison d'une urgence médicale. À défaut d'effectuer cette démarche, le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé. DSF n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux administrés même après le rapatriement.

Aucun remboursement n'est effectué :

1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers;

2) 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 couverte sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

3) si la personne couverte ne consent pas :

   a) au traitement prescrit par le médecin ou par Voyage Assistance;

   b) à changer d'hôpital ou de clinique;

   c) à se faire examiner pour permettre l'établissement d'un diagnostic;

   d) au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

4) pour toute urgence médicale survenue dans un pays, une région ou un endroit pour lesquels le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage, avant la date de début du voyage.

   La personne couverte qui se trouve dans le pays, la région ou l'endroit faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par cette exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays, cette région ou cet endroit dès que possible mais au plus tard dans les 14 jours qui suivent l'émission de l'avertissement;

5) si la personne couverte refuse de divulguer les renseignements nécessaires à DSF relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à DSF l'utilisation de tels renseignements;

6) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage;

7) si un médecin a déconseillé à la personne couverte de voyager;

8) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés après les 32 premières semaines de grossesse;

9) si la personne couverte est atteinte d'une maladie et que son espérance de vie est de moins de 12 mois à la date d'achat du voyage;

10) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne couverte d'une activité sportive contre rémunération (incluant les prix remis en argent) ou d'un sport ou d'une activité représentant un haut degré de risque, notamment:

    a) le deltaplane, le parapente et le kitesurf;

    b) le parachutisme et la chute libre;

    c) le saut à l'élastique (bungee jumping);

    d) l'escalade et l'alpinisme;

    e) le ski acrobatique et le ski hors-piste;

    f) la plongée autonome en tant qu'amateur, si la personne couverte ne détient pas une qualification de plongeur (au moins le niveau de base) d'une école de plongée certifiée;

    g) les sports de combat;

    h) les courses et les entraînements de véhicules motorisés;

11) pour le décès ou les frais qui résultent directement ou indirectement de :

a) la consommation de drogues, ou

b) la consommation abusive de médicaments ou d'alcool.

La consommation abusive de médicament est celle qui dépasse la posologie recommandée. La consommation d'alcool est considérée abusive si le taux d'alcool dans le sang dépasse celui permis par le Code criminel du Canada.

SERVICES ADDITIONNELS

SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE

Le service de télémédecine consiste en un accès exclusivement virtuel à une infirmière praticienne ou à un médecin via une application mobile et une plate-forme web sécurisées. Ce service permet certaines prestations de santé à distance et l'échange de l'information s'y rapportant entre le sous-traitant et la personne couverte, par le biais des télécommunications et des technologies. Il constitue un outil qui permet d'améliorer la santé, la productivité et la présence au travail. L'objectif est de fournir rapidement et en toute confidentialité des ressources professionnelles aux adhérents et leurs personnes à charge couvertes pour les aider à résoudre divers types de problèmes.

Ce service est rendu par des infirmières praticiennes ou par des médecins qui se conforment aux directives de leur ordre professionnel respectif, y compris celles spécifiques et applicables à la télémédecine.

Le service de télémédecine est offert dans le cadre de la garantie accident-maladie de la police, à l'adhérent et à ses personnes à charge admissibles qui sont couverts en vertu de cette garantie, peu importe le type de protection.

Lorsque l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admissibles utilise le service de télémédecine offert par le sous-traitant et décrits ci-après, la personne couverte n'a rien à débourser, sous réserve de toute limitation s'y rapportant. Des pièces justificatives sont nécessaires pour l'utilisation de ce service, notamment à des fins d'identification de la personne couverte et pour le renouvellement d'une ordonnance.

Services offerts

Les services offerts, s'ils sont médicalement appropriés, comprennent notamment :

1) le triage, selon les symptômes de la personne couverte;

2) le diagnostic des problèmes médicaux communs;

3) les avis médicaux et conseils de santé;

4) la rédaction d'ordonnances, de renouvellements d'ordonnance, de demandes de tests de laboratoire et de demandes d'examens d'imagerie;

5) la référence à des spécialistes ou à des professionnels de la santé;

6) la production d'un billet médical pour prescrire une absence du travail d'une durée maximale de 3 jours, si la condition de la personne couverte le requiert.

Les problèmes médicaux communs peuvent inclure, sans s'y limiter :

1) les maladies courantes telles que rhume, grippe, infections, troubles digestifs, blessures légères, problèmes cutanés et allergies;

2) les suivis post-examens tels que résultats de radiographie et d'analyses de laboratoire;

3) la gestion des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et les problèmes cardiaques;

4) certains problèmes de santé mentale;

5) les questions relatives à l'anémie, à l'abandon du tabac, à la perte de poids et à la médecine de voyage.

Limitations

Le service de télémédecine offerts est assujetti aux limitations et conditions réglementaires associées à la télémédecine applicables dans la province de résidence de la personne couverte.

Certains problèmes médicaux ne sont pas pris en charge par le service de télémédecine, notamment lorsqu'ils sont reliés à un accident du travail, à un accident de la route ou à la gestion d'une invalidité.

GARANTIE INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et

2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations
75 % du revenu hebdomadaire brut arrondi au prochain multiple de 1 $, s'il n'en est pas déjà un, jusqu'à concurrence de 2 000 $
Délai de carence
Aucun en cas d'accident 7 jours civils en cas de maladie Aucun en cas d'hospitalisation
Période maximale des prestations
15 semaines
Imposition des prestations
Imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il prend fin à la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle la période indiquée dans le sommaire de la garantie est écoulée; ou

2) la date à laquelle l'adhérent consulte un médecin.

Le délai de carence en cas d'accident s'applique si l'accident est constaté par un médecin et survenu dans les 30 jours avant le début de l'invalidité totale. Dans le cas contraire, le délai de carence en cas de maladie s'applique.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou

2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque semaine, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité. Les prestations payables sont alors réduites de toute autre prestation de maternité payable en vertu de tout régime public ou privé.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une mise à pied temporaire, un congé autorisé non payé, une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou

2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations. Ce régime étant un régime de prestations supplémentaires de chômage (PSC), les prestations payables par DSF sont réduites de toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de l'assurance-emploi.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'une semaine sont calculés au taux quotidien de 1/7 de la prestation hebdomadaire.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Si l'adhérent a déjà reçu des prestations en vertu de cette garantie et qu'il devient à nouveau totalement invalide, la nouvelle invalidité totale est considérée une récidive de l'invalidité précédente si l'adhérent a été effectivement au travail entre les 2 pendant moins de 2 semaines consécutives, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie pour toute période pendant laquelle il :

1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou

2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;

c) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité;

d) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu;

e) toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié; et

f) tout revenu versé par l'employeur, incluant les journées de maladie.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Réductions additionnelles en cas de réadaptation :

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites selon la formule suivante :

(A ÷ B) x C = montant de la réduction

A = Revenu gagné d'un programme de réadaptation.

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérent participe à un programme de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 100 % du revenu hebdomadaire brut qu'il gagnait avant son invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il a droit :

a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;

b) tout revenu versé par l'employeur;

c) toute prestation d'invalidité payable en vertu :

   i) du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge; ou

   ii) de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable;

d) toute prestation provenant d'un régime de retraite ou de rente fourni par le titulaire de police; et

e) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

3) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, ce montant est calculé sur une base hebdomadaire et est déduit des prestations.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;

2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;

5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que :

   a) DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période; ou

   b) l'adhérent ne soit à l'extérieur du Canada pour recevoir des soins médicaux admissibles en vertu de l'assurance-emploi;

6) la période durant laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;

7) la période durant laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire; et

8) la période durant laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

2) infraction criminelle telle que prévue au Code criminel du Canada;

3) soins chirurgicaux d'ordre esthétique seulement, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;

4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :

   a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus; et

   b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

2) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;

3) la date à laquelle cette garantie cesse. Toutefois, si l'adhérent devient totalement invalide avant d'atteindre l'âge auquel la garantie cesse, qu'il l'est toujours lorsqu'il atteint cet âge et qu'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations pour cette invalidité, la couverture sera prolongée, jusqu'à la première des dates suivantes :

   a) la date à laquelle il a reçu des prestations pendant 15 semaines;

   b) la date à laquelle il cesse d'être totalement invalide; ou

   c) la date à laquelle il prend sa retraite.

GARANTIE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant que l'adhérent :

1) est devenu totalement invalide pendant qu'il était couvert en vertu de cette garantie et qu'il est demeuré totalement invalide durant le délai de carence; et

2) reçoit les soins médicaux continus d'un médecin au Canada;

DSF verse les prestations conformément aux dispositions de la police.

Pourcentage et maximum des prestations
67 % des premiers 3 000 $ du revenu mensuel brut et 50 % de l'excédent, arrondi au prochain multiple de 1 $, s'il n'en est pas déjà un Maximum 12 000 $ Maximum de 8 000 $ sans preuves d'assurabilité si la demande d'adhésion est remplie dans les délais
Délai de carence
15 semaines ou la fin de la période maximale des prestations de la garantie invalidité de courte durée, selon ce qui arrive en dernier
Âge maximum d'admissibilité
64 ans et 37 semaines
Période maximale des prestations
Jusqu'à 65 ans
Imposition des prestations
Non imposable

DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période ininterrompue d'invalidité totale qui doit s'écouler avant le début du versement des prestations. Il prend fin à la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle la période indiquée dans le sommaire de la garantie est écoulée; ou

2) la date à laquelle l'adhérent consulte un médecin.

Si une invalidité totale survient durant une absence du travail, le délai de carence commence :

1) le premier jour de l'invalidité totale, dans le cas d'un congé parental ou pour raisons familiales ou de la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité; ou

2) à la date prévue de retour au travail, dans le cas de toute autre absence ou tout autre congé;

à condition que cette garantie puisse être maintenue en vigueur durant cette absence et qu'elle l'ait été.

PAIEMENT DES PRESTATIONS

DSF verse les prestations chaque mois, à compter de la date à laquelle le délai de carence se termine.

Les prestations sont payables durant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Dans le cas d'une invalidité totale qui survient durant une mise à pied temporaire, un congé autorisé non payé, une absence du travail en raison d'un congé de maternité, parental ou pour raisons familiales, DSF verse des prestations à compter de la dernière des dates suivantes :

1) la date à laquelle le délai de carence se termine; ou

2) la date prévue de retour au travail.

DSF verse les prestations aussi longtemps que l'adhérent continue d'être totalement invalide, jusqu'à concurrence de la période maximale des prestations.

Les prestations sont basées sur le revenu en vigueur immédiatement avant le début de l'invalidité totale.

Les paiements pour une période de moins d'un mois sont calculés au taux quotidien de 1/30 de la prestation mensuelle.

RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ

Deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme une seule période d'invalidité si elles sont séparées par une période durant laquelle l'adhérent était effectivement au travail pendant :

1) moins de 2 semaines consécutives durant le délai de carence, si l'invalidité totale est due à la même cause ou à des causes connexes; et

2) moins de 6 mois consécutifs après la fin des prestations d'invalidité de longue durée.

Des périodes successives d'invalidité totale due à des causes qui ne sont pas reliées entre elles, sont considérées comme une récidive à moins que l'adhérent soit effectivement au travail pendant un jour entre ces périodes.

Lorsque des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme une récidive, le délai de carence ne s'applique qu'une seule fois.

RÉADAPTATION

DSF peut en tout temps exiger que l'adhérent totalement invalide participe à un programme de réadaptation considéré satisfaisant par DSF. Les activités du programme de réadaptation doivent être acceptées par DSF.

L'adhérent ne sera plus admissible aux prestations prévues par cette garantie pour toute période pendant laquelle il :

1) refuse de participer à un programme de réadaptation; ou

2) ne participe pas activement et de bonne foi ou ne s'adonne pas au programme de réadaptation.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

1) Intégration directe

Les prestations payables sont réduites de :

a) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

b) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;

c) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité;

d) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu;

e) toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié; et

f) tout revenu versé par l'employeur, incluant les journées de maladie.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans les paiements provenant des sources mentionnées ci-dessus, une fois que le versement des prestations a commencé.

2) Intégration indirecte

Les prestations payables sont de nouveau réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources ne dépasse pas 85 % du revenu mensuel net qu'il gagnait immédiatement avant l'invalidité totale.

Le revenu total provenant de toutes sources comprend les sommes énumérées ci-dessous, qui ont été versées à l'adhérent ou auxquelles il aurait droit :

a) toute prestation versée en vertu de cette garantie;

b) toute prestation à laquelle l'adhérent a droit en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable;

c) toute prestation d'invalidité à laquelle l'adhérent a droit en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec, à l'exclusion des prestations pour les personnes à charge;

d) toute indemnité de remplacement de revenu payable en vertu de tout régime public provincial d'assurance automobile sans égard à la responsabilité, mais qui ne tient pas compte des prestations d'assurance-emploi dans le versement de l'indemnité;

e) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu;

f) toute prestation d'invalidité payable en vertu d'un régime d'assurance collective;

g) toute prime de séparation ou paiement pour congédiement injustifié; et

h) tout revenu versé par l'employeur, incluant les journées de maladie.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations d'invalidité de longue durée a commencé.

3) Réductions additionnelles en cas de réadaptation

Si l'adhérent reçoit un revenu pendant qu'il participe à un programme de réadaptation, les prestations payables par DSF sont réduites selon la formule suivante :

(A ÷ B) x C = montant de la réduction

A = Revenu gagné d'un programme de réadaptation

B = Revenu que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date du début de son invalidité totale.

C = Prestations autrement payables en vertu de cette garantie.

Pendant que l'adhérent participe à un programme de réadaptation, les prestations sont réduites de sorte que son revenu total provenant de toutes sources n'excède pas 100 % du revenu mensuel net qu'il gagnait avant son invalidité totale.

L'indexation sur le coût de la vie n'est pas incluse dans le revenu total provenant de toutes sources une fois que le versement des prestations a commencé.

4) Montant payable par un régime public

L'adhérent a l'obligation de faire le nécessaire pour se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes décrits ci-dessus. S'il néglige ou refuse de le faire, DSF peut à son gré utiliser une estimation du montant accordé en vertu de tout régime public. DSF réduit les prestations du montant estimé. Les ajustements sont effectués après la réception de l'avis du montant réellement accordé.

Si l'adhérent touche un montant forfaitaire en vertu de l'une ou l'autre des sources décrites ci-dessus, DSF réduit les prestations du moindre de ce qui suit :

a) le montant forfaitaire ramené sur une base mensuelle durant une période de 60 mois; ou

b) le nombre de mois d'invalidité pour lequel le montant forfaitaire est versé.

RESTRICTIONS ET EXCLUSIONS

Restrictions

Aucune prestation n'est payable au cours de l'une ou l'autre des périodes d'invalidité totale suivantes :

1) la période durant laquelle l'adhérent ne reçoit pas des soins médicaux continus en raison de la maladie ou de l'accident causant l'invalidité totale;

2) la partie « congé volontaire » d'un congé de maternité ou la période au cours de laquelle l'adhérent prend un congé parental ou familial, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

3) pendant toute période d'absence du travail par suite d'une grève, d'un lock-out, d'une mise à pied ou d'un congé autorisé, pour une invalidité totale qui survient au cours de cette période;

4) durant l'emprisonnement de l'adhérent par suite d'une condamnation pour infraction;

5) lorsque l'adhérent séjourne à l'extérieur du Canada pendant une période de plus de 3 mois pour quelque raison que ce soit, à moins que :

   a) DSF ne convienne d'avance par écrit de régler des prestations au cours de cette période; ou

   b) l'adhérent ne soit à l'extérieur du Canada pour recevoir des soins médicaux admissibles en vertu de l'assurance-emploi;

6) la période durant laquelle l'adhérent s'adonne à une tâche rémunératrice autre qu'un programme de réadaptation approuvé par DSF;

7) la période durant laquelle l'adhérent est censé lui avoir fourni des preuves satisfaisantes de son invalidité totale ou s'être soumis à un examen médical demandé par DSF, mais a négligé ou refusé de le faire;

8) la période durant laquelle l'adhérent refuse de participer à un programme de réadaptation que DSF juge approprié; et

9) la période d'invalidité pour laquelle des prestations sont payables en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi, autres que celles payables pendant la partie « congé de maladie » du congé de maternité.

Exclusion en cas de condition préexistante

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui :

1) commence au cours des 12 premiers mois durant lesquels l'adhérent est couvert; et

2) découle directement ou indirectement d'une condition ou de symptômes, diagnostiqués ou non et pour lesquels, au cours des 3 mois précédant immédiatement la date de prise d'effet de sa couverture, l'adhérent a :

   a) reçu les soins d'un médecin; ou

   b) pris des médicaments prescrits sur ordonnance.

Si la police est en vigueur depuis moins de 12 mois, la période de 12 mois de couverture mentionnée ci-dessus inclut la période durant laquelle l'adhérent était couvert par une garantie comparable en vertu de la police d'assurance collective de l'employeur en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de la police.

Autres exclusions

Aucune prestation n'est payable pour toute invalidité totale qui résulte directement de l'une des causes suivantes :

1) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

2) infraction criminelle telle que prévu au Code criminel du Canada.

3) soins chirurgicaux d'ordre esthétique seulement, sauf si ces soins sont fournis par suite d'un accident ou d'une maladie;

4) abus d'alcool ou de stupéfiants, sauf si l'adhérent :

   a) participe de façon active et continue à un programme thérapeutique approprié mené sous surveillance médicale pour remédier à cet abus; et

   b) reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation.

CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des prestations prend fin à la première des dates suivantes :

1) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;

2) la date à laquelle la période maximale des prestations est écoulée, pour toute période d'invalidité totale;

3) la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite; ou

4) la date à laquelle cette garantie cesse.

GARANTIE VIE

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant qu'une personne est décédée pendant qu'elle était couverte en vertu de cette garantie, DSF paie le montant applicable à cette personne conformément aux dispositions de la police.

GARANTIE VIE DE BASE

Adhérent
Montant de l'assurance
Une fois le revenu annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 $, s'il n'en est pas déjà un Maximum 1 000 000 $ Maximum de 450 000 $ sans preuves d'assurabilité si la demande d'adhésion est remplie dans les délais
Réduction
Le montant de l'assurance sera réduit de 50 % au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent.

Personnes à charge	
Montant de l'assurance	
Conjoint	**Chaque enfant**
5 000 $	2 500 $
Réduction	
Aucune	

PAIEMENT ANTICIPÉ

Tout adhérent totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 24 mois peut obtenir le paiement d'une partie de son montant d'assurance vie de base, sous réserve des conditions suivantes :

1) DSF doit donner son accord;

2) DSF peut exiger que l'adhérent soit examiné par un médecin désigné par DSF;

3) l'adhérent doit obtenir l'approbation de DSF pour l'exonération des primes de la garantie vie de base de la police; et

4) tout bénéficiaire désigné irrévocable doit donner son consentement à ce versement en signant un formulaire fourni par DSF.

Le paiement anticipé est limité à 50 % du montant de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 5 000 $ ou excéder 100 000 $.

Lors du décès de l'adhérent, la valeur du paiement anticipé est déduite du montant d'assurance qui aurait été payable n'eut été le paiement anticipé.

La valeur du paiement anticipé est composée de ce qui suit :

1) le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé;

2) les frais raisonnables engagés aux fins de vérification de l'état de santé de l'adhérent; plus

3) l'intérêt accumulé à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérent.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garanti d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes. Le taux utilisé sera celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

EXCLUSION RELATIVE AU PAIEMENT ANTICIPÉ

DSF ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. Si, une fois que le paiement anticipé a été versé, il s'avère que l'adhésion ou la couverture est nulle et sans effet, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser la valeur de ce paiement à DSF.

DROIT DE TRANSFORMATION

Si la garantie vie de l'adhérent âgé de 65 ans ou moins prend fin, l'adhérent a le droit de transformer son montant d'assurance et le montant d'assurance de son conjoint en une police individuelle (sous réserve d'un montant minimum), sans preuves d'assurabilité, jusqu'à concurrence du moindre des montants suivants :

1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;

2) le montant maximal applicable dans la province de résidence de l'adhérent; ou

3) la différence entre le montant d'assurance vie en vigueur à la date de cessation de la couverture et le montant d'assurance auquel l'adhérent est admissible en vertu d'un autre régime d'assurance vie collective au moment où il peut se prévaloir du droit de transformation.

L'adhérent doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de cette garantie.

Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera diminué de tout montant d'assurance vie individuelle qui a déjà été converti en vertu de cette disposition et qui est encore en vigueur. Le montant d'assurance vie que l'adhérent a le droit de transformer sera aussi diminué de tout montant d'assurance converti en vertu d'une autre police d'assurance collective établie par DSF.

La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de l'adhérent en vertu de cette garantie.

Si l'adhérent décède dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'il avait le droit de transformer.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

Dès réception d'une preuve de sinistre jugée satisfaisante par DSF attestant :

1) qu'une personne couverte a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident;

2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et

3) que cet accident et la perte sont survenus alors que la personne était couverte en vertu de cette garantie;

DSF paie le montant applicable à toute perte conformément au Tableau des pertes et aux autres dispositions de la police.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

Montant de l'assurance		
Adhérent	**Conjoint**	**Chaque enfant**
Même montant que celui de la garantie vie de base	Non couvert	Non couvert
Réduction		
Le montant de l'assurance de l'adhérent sera réduit de 50 % au 65e anniversaire de naissance de l'adhérent.		

TABLEAU DES PERTES

Le montant payable est déterminé selon le pourcentage du montant d'assurance indiqué au Sommaire de la garantie.

Perte	Pourcentage
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %

Perte	Pourcentage
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
d'au moins quatre doigts de la même main	33 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %

Perte de l'usage	Pourcentage
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
du pouce et de l'index d'une même main	33 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	200 %

DISPARITION

Si la personne couverte disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel elle voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé qu'elle a perdu la vie en raison d'un accident, à moins de preuve contraire.

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS DE LA NATURE

Si la personne couverte subit une perte après une exposition inéluctable aux éléments de la nature, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

RÉADAPTATION

Si une formation est nécessaire à l'adhérent en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $, à condition :

1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été cette perte; et

2) que les frais aient été engagés dans les 2 ans suivant la date de l'accident.

FRAIS D'HÉBERGEMENT ET DE TRANSPORT DE LA FAMILLE

Si la personne couverte est hospitalisée en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais raisonnables d'hôtel et de transport jusqu'à l'hôpital par la voie la plus directe, qui sont engagés par les membres de la famille immédiate, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 $ pour l'ensemble de ces frais, à condition que :

1) la personne soit admise à l'hôpital comme patient interne alité;

2) l'hôpital soit situé à plus de 150 km de son lieu de résidence habituel; et

3) la personne reçoive des soins réguliers d'un médecin.

RAPATRIEMENT

Si la personne couverte décède en raison d'un accident, DSF rembourse les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de la personne décédée en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport du corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de la personne au Canada, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 $, à condition que :

1) l'accident soit survenu à au moins 100 km de son lieu de résidence habituel; et

2) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

TRANSFORMATION D'UN LOGEMENT OU D'UN VÉHICULE

Si la personne couverte doit utiliser un fauteuil roulant en raison d'une perte pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie, DSF rembourse les frais initiaux de transformation sur présentation de preuves de paiement :

1) du logement de la personne couverte pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;

2) d'un véhicule motorisé appartenant à la personne couverte afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule et/ou de le conduire;

Cette prestation est limitée à une transformation pour chacun de ces frais et à un maximum global de 10 000 $.

De plus, la prestation est versée seulement si :

1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes certifiées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants; et

2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de la personne couverte.

FRAIS D'ÉTUDES

Si l'adhérent décède en raison d'un accident, DSF verse une prestation de frais d'études pour chaque enfant qui est couvert en vertu de la police à la date de l'accident et à la date à laquelle l'adhérent décède, à condition que :

1) à la date de l'accident, l'enfant :

   a) soit inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire; ou

   b) suive des cours au niveau secondaire et qu'il se soit inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent; et

2) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

La prestation de frais d'études inclut tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité et autres frais connexes, jusqu'à concurrence de :

1) 2 % du montant pour lequel l'adhérent était couvert en vertu de cette garantie à la date de son décès; et

2) un maximum global de 5 000 $ pour chaque année et un maximum de 4 années;

à condition que l'enfant poursuive des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

FORMATION DU CONJOINT

Si le conjoint est couvert en vertu de la police à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident, DSF couvre tous les frais raisonnables et nécessaires que le conjoint a réellement engagés pour participer à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 $, à condition que :

1) le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif, pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié;

2) ces frais soient engagés dans les 2 ans qui suivent la date de l'accident; et

3) un montant soit payable pour la perte de la vie en vertu de cette garantie.

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations

Pour les pertes multiples relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable est limité à celui relatif à la perte dont le pourcentage indiqué dans le tableau des pertes est le plus élevé. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser :

1) 200 % du montant de l'assurance en cas d'hémiplégie, de paraplégie ou de quadriplégie; ou

2) 100 % du montant de l'assurance dans tous les autres cas.

Exclusions

Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :

1) suicide ou dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

2) maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;

3) traitement médical ou dentaire, intervention chirurgicale ou anesthésie;

4) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

5) voyage ou vol dans un aéronef sauf si la personne couverte voyage à titre de passager seulement, et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage, dans tout aéronef qui :

   a) a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu des autorités compétentes au Canada ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, et que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et

   b) est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;

6) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.

En vertu des dispositions relatives à la RÉADAPTATION, aux FRAIS D'ÉTUDES et à la FORMATION DU CONJOINT, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.

DEUXIÈME OPINION MÉDICALE

Les services offerts par le fournisseur de services permettent à la personne couverte d'obtenir un rapport complet de deuxième opinion médicale pour confirmer le diagnostic reçu et les meilleures options de traitement, relativement à une condition médicale grave ou potentiellement mortelle.

Le fournisseur de services offre un soutien de premier plan à la personne couverte, applique les meilleures pratiques médicales et collabore avec le médecin traitant de la personne couverte pour obtenir les meilleurs résultats pour elle dans le système de santé canadien. Le fournisseur de services mise sur son réseau canadien de médecins spécialistes afin d'obtenir les meilleures opinions reliées au diagnostic et aux traitements médicaux et lorsque la situation le nécessite, il tire parti de ses réseaux internationaux de fournisseurs de soins privilégiés.

Les conditions médicales graves ou potentiellement mortelles admissibles incluent, notamment :

Cancer, tous les types
Tumeurs cérébrales bénignes
SIDA
Maladies neurodégénératives telles que la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, SLA (sclérose latérale amyotrophique) et la maladie d'Alzheimer
Cécité
Surdité
Coma prolongé
Insuffisance respiratoire, rénale ou hépatique
Maladies auto-immunes telles que l'arthrite rhumatoïde et le lupus
Conditions cardiovasculaires telles que crise cardiaque, insuffisance coronaire et cardiopathie valvulaire
Maladie thrombo-embolique veineuse

SERVICES

Les services suivants sont fournis s'ils sont reconnus comme étant appropriés.

Trouver des médecins spécialistes canadiens

- Trouver des médecins spécialistes dans le traitement de conditions de santé spécifiques

Obtenir une deuxième opinion médicale

Obtenir un rapport complet d'une deuxième opinion médicale pour une condition médicale importante. L'identification d'un spécialiste ou d'un surspécialiste approprié pour une révision approfondie du dossier médical de la personne couverte s'effectue au sein d'un réseau existant d'experts médicaux à travers le Canada. Le rapport inclut :

- Sommaire de l'historique clinique et des questions soulevées
- Sommaire des examens complétés
- Liste de recommandations, notamment les options de traitements et autres tests nécessaires
- Ressources scientifiques appuyant l'opinion

Accessibilité aux traitements médicaux

- Évaluer les options de traitement pour un problème de santé
- Identifier les programmes ou les traitements disponibles dans la localité de la personne couverte
- Comprendre les avantages et les risques associés aux diverses options de traitements

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com/adherent

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

DESJARDINS ASSURANCES désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
DESJARDINS, DESJARDINS ASSURANCES et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013
desjardinsassurancevie.com

03074F (2022-03)