

Acceptation du contrat

Preneur : SYNDICAT DES PROFESSEURS ET PROFESSEURES DE L'UNIVERSITÉ LAVAL (SPUL)

Numéro de contrat : 39471

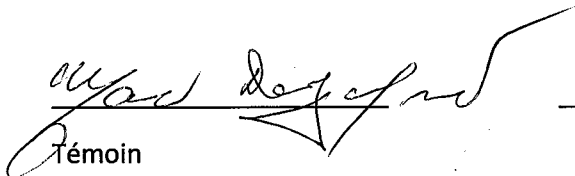
Date d'entrée en vigueur : 1^{er} décembre 2016

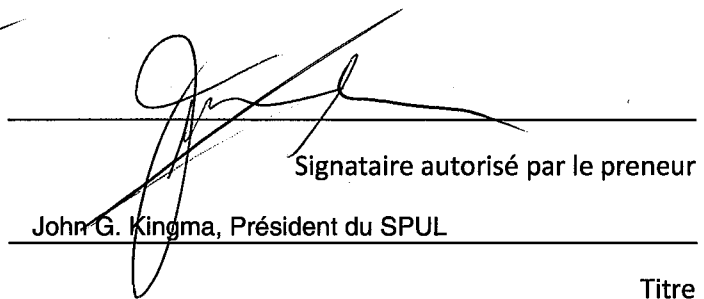
En signant la présente page, le preneur accuse réception du contrat et en accepte les modalités. En l'absence de signature, le versement à Croix Bleue, par le preneur, de la prime pour le premier mois de couverture suivant la réception du contrat constitue l'acceptation du contrat.

De plus, le preneur accepte que tous les termes et conditions contenus dans la proposition d'assurance signée soient interprétés selon les termes, conditions et définitions contenus dans le présent contrat.

Veillez s'il vous plaît signer la présente page et la retourner à Croix Bleue.

SIGNÉ à Québec le 28^e jour de juin 2017


Témoin


Signataire autorisé par le preneur
John G. Kingma, Président du SPUL
Titre

Parties prenantes du contrat

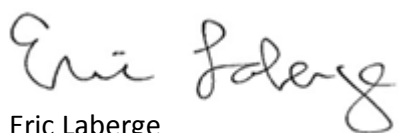
Preneur :	Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL)
Numéro de contrat :	39471
Date d'entrée en vigueur :	1 ^{er} décembre 2016
Date du premier renouvellement :	1 ^{er} décembre 2017
Date des renouvellements subséquents :	Le premier jour du mois de décembre de chaque année subséquente

Le présent contrat est émis par Medavie inc., qui assure les garanties médicaments, soins de santé complémentaires, soins dentaires et voyage, et par La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada qui assure les garanties vie et mutilation par accident. Les obligations relatives aux médicaments, soins de santé complémentaires, soins dentaires et au voyage du contrat sont exclusivement celles de Medavie inc., sauf celles qui incombent au preneur. Les obligations relatives aux prestations vie et mutilation par accident sont exclusivement celles de La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, sauf celles qui incombent au preneur.

Afin de faciliter la lecture du présent contrat, Medavie inc. et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada sont ci-après appelés « Croix Bleue ».

Moyennant le paiement des primes par le preneur, Croix Bleue accepte de fournir les prestations décrites dans le présent contrat aux adhérents et à leurs personnes à charge, selon les conditions stipulées dans le présent contrat.

Signé par Croix Bleue le 14 juin 2017.



Eric Laberge
Président, Croix Bleue Medavie



John Diamond
Chef des services financiers, Medavie

Sections du groupe

Catégories d'adhérents

Un professeur au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par les conventions collectives et les protocoles intervenus entre l'employeur et :

- Le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval;
- L'Association des dentistes cliniciens enseignants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval;
- L'Association des médecins cliniciens enseignants de l'Université Laval;

Un responsable de formation pratique ou un chargé d'enseignement au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par une convention collective du Syndicat des responsables de formation pratique de l'Université Laval;

Les maîtres de français langue seconde de l'Université Laval intégrés à titre de chargés d'enseignement au Syndicat des chargées et chargés de cours tel qu'entendu dans la lettre d'entente entre le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université Laval, le Syndicat des maîtres de français langue seconde de l'Université Laval et l'Université Laval, signée à Québec le 20 février 2009;

Un administrateur, au sens de l'article 55 des Statuts de l'Université Laval, un adjoint au recteur ou à un vice-recteur ou un directeur adjoint à la Direction générale de la formation continue et qui avait le statut de professeur au sens de l'article 23 des Statuts de l'Université Laval au moment de sa nomination;

Un employé régulier d'un syndicat ou d'une association de professeurs de l'Université Laval.

Table des matières

Sommaire des garanties	S-1
Définitions	1
Modalités de la couverture.....	8
Conditions d'admissibilité.....	8
Adhésion	9
Prise d'effet de la couverture	10
Couverture durant une absence du travail.....	10
Prolongation de la Garantie Médicaments et de la Garantie Soins de santé complémentaires.....	12
Modification du montant de la garantie.....	12
Fin de la couverture	12
Droit de transformation en une police d'assurance individuelle	13
Exonération des primes	14
Objet de la garantie	14
Définition d'invalidité totale	14
Montant de couverture	14
Début de l'exonération des primes	14
Fin de l'exonération des primes.....	15
Récidive d'invalidité	15
Exonération des primes en vertu du contrat antérieur	16
Garantie Vie de l'adhérent.....	17
Objet de la garantie	17
Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale	17
Réduction de la prestation.....	17
Versement de la prestation	17
Exclusion	17
Exonération des primes durant l'invalidité totale	18
Fin de la garantie.....	18
Droit de transformation en une police d'assurance individuelle	18
Garantie Vie facultative	20
Objet de la garantie	20
Admissibilité.....	20
Montant de la garantie	20
Versement de la prestation	20
Exclusions et restrictions	20
Exonération des primes durant l'invalidité totale	20
Fin de la garantie.....	21
Droit de transformation en une police d'assurance individuelle	21

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent	23
Objet de la garantie	23
Définitions spécifiques	23
Protection	24
Ce qui est couvert	24
Garanties supplémentaires.....	25
Versement de la prestation	26
Exclusions et restrictions	26
Réduction de la prestation.....	27
Exonération des primes durant l'invalidité totale	27
Fin de la garantie.....	27
Garantie Mutilation par accident facultative.....	28
Objet de la garantie	28
Définitions spécifiques.....	28
Protection	29
Ce qui est couvert	29
Garanties supplémentaires.....	30
Versement de la prestation	31
Exclusions et restrictions	31
Exonération des primes durant l'invalidité totale	32
Fin de la garantie.....	32
Garantie Médicaments	33
Objet de la garantie	33
Définitions spécifiques.....	33
Ce qui est couvert	34
Demandes de règlement.....	35
Exclusions et restrictions	35
Fin de la garantie.....	36
Droit de transformation à une police d'assurance individuelle.....	36
Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec.....	37
Garantie Soins de santé complémentaires	39
Objet de la garantie	39
Définitions spécifiques.....	39
Ce qui est couvert	40
Hospitalisation (<i>régime de base et élargi</i>)	40
Fournitures et services médicaux (<i>régime de base et élargi</i>).....	40
Fournitures et services médicaux (<i>régime élargi seulement</i>).....	44
Soins de la vue (<i>régime élargi seulement</i>)	45
Demandes de règlement.....	45
Exclusions et restrictions	46
Fin de la garantie.....	47
Droit de transformation en une police d'assurance individuelle	47

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)	48
Objet de la garantie	48
Définition spécifique	48
Ce qui est couvert	48
Soins préventifs.....	49
Soins de base.....	50
Soins de restauration majeure.....	52
Soins orthodontiques.....	52
Demandes de règlement.....	52
Exclusions et restrictions	53
Couverture pour les personnes qui adhèrent au régime de soins dentaires en retard	54
Fin de la garantie.....	54
Garantie Voyage.....	55
Objet de la garantie	55
Définitions spécifiques	55
Ce qui est couvert	56
Garantie Médico-hospitalière d'urgence.....	57
Assistance voyage	59
Patients dirigés hors Canada.....	60
Garantie Annulation et interruption de voyage	61
Garantie Bagages	64
Demandes de règlement.....	65
Exclusions et restrictions	65
Exclusions et restrictions spécifiques	66
Fin de la garantie.....	68
Primes.....	69
Calcul de la prime.....	69
Paiement des primes	69
Demandes de règlement.....	71
Preuve de sinistre	71
Délais pour soumettre une preuve de sinistre	71
Droit d'audit.....	72
Trop-perçu	72
Suspension ou perte du droit à des prestations.....	72
Intérêt versé.....	72
Délai pour contester une décision de Croix Bleue.....	73
Coordination des prestations.....	73
Subrogation.....	74

Clauses administratives	75
Communication aux adhérents.....	75
Transmission de l'information par le preneur	75
Âge erroné	76
Erreurs d'écriture	76
Bénéficiaires.....	76
Généralités.....	77
Modifications contractuelles	77
Résiliation du contrat.....	77
Droits de l'adhérent à la résiliation du contrat ou lors de son remplacement	78
Exceptions contractuelles	78
Application des dispositions du contrat.....	78
Caractère non participatif du contrat	78
Cession ou gage	78
Monnaie légale	78
Conformité avec les lois existantes.....	78
Protection des renseignements personnels	78
Portée du contrat.....	79

Sommaire des garanties

Le Sommaire des garanties résume, sous une forme simplifiée, les dispositions du contrat et ne mentionne pas les exclusions et restrictions du contrat. Le Sommaire des garanties doit donc s'interpréter de pair avec les modalités décrites dans les différentes sections du contrat. En cas de conflit, ce sont les dispositions du texte du contrat qui prévaudront.

Sommaire des garanties

Modalités de la couverture

Catégories d'adhérents	Voir Sections du groupe
Conditions d'admissibilité	Un employé doit remplir toutes les autres conditions d'admissibilité décrites dans le présent contrat.*
Délai d'admission	Aucun
Participation	La participation en vertu du présent contrat est obligatoire pour tous les employés, à l'exception des garanties facultatives.
Désignations de bénéficiaire effectuées en vertu du contrat d'assurance collective antérieur	La désignation de bénéficiaire pour la garantie vie du contrat antérieur s'applique en vertu du présent contrat, sauf si l'adhérent soumet à l'administrateur du régime une demande écrite de modification de désignation de bénéficiaire.

*Tout professeur assuré en vertu des contrats antérieurs, mais en année d'étude et de recherche (AÉR) ou en période de dégage ment pour fin de perfectionnement au moment de l'entrée en vigueur du présent contrat, est présumé assuré selon la protection prévue en vertu du régime actuel qui correspond le mieux à celle qu'il détenait immédiatement avant l'entrée en vigueur du présent contrat.

Toutefois, celui-ci peut, lorsque l'année d'étude et de recherche (AÉR) ou la période de dégage ment pour fin de perfectionnement prend fin, modifier son assurance ou demander de l'assurance pour son conjoint ou ses enfants à charge à la condition d'en faire la demande à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de fin d'année d'étude et de recherche (AÉR) ou de la période de dégage ment pour fin de perfectionnement.

Sommaire des garanties

Modalités de la couverture

Catégorie d'adhérents	Toutes les catégories
Couverture durant une absence du travail	
Maladie – Accident	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : Pendant l'entière période d'absence ou jusqu'à la cessation d'emploi, sous réserve de la section Exonération des primes Versement des primes : Oui, jusqu'à ce que débute l'exonération des primes pour certaines garanties.
Congé de maternité – Congé de conjoint ou conjointe - Congé d'accueil d'un enfant adopté – Congé parental indemnisé – Congé parental sans traitement - Congé parental supplémentaire sans traitement	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 104 semaines Versement des primes : Oui
Congé de compassion et de proche aidant	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 104 semaines Versement des primes : Oui
Congé de convenance personnelle	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 104 semaines Versement des primes : Oui
Autres congés autorisés	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 12 mois* Versement des primes : Oui
Mise à pied temporaire (lorsque le lien d'emploi est conservé)	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 6 mois Versement des primes : Oui
Suspension disciplinaire	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 6 mois Versement des primes : Oui
Grève – Lockout	Continuité : Toutes les garanties Période maximale : 12 mois* Versement des primes : Oui

*Ladite période peut être prolongée si le preneur en fait la demande par écrit à Croix Bleue et s'il y a entente entre les deux parties.

Sommaire des garanties

Garantie Vie de l'adhérent

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents
Calcul de la prestation	2 fois le salaire annuel
Prestation maximale	2 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie facultative de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	1 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie facultative de l'adhérent
Prestation pour maladie en phase terminale	Incluse
Réduction de la prestation	
Âge :	Pourcentage de la prestation déterminée ci-dessus
46 ans	97 %
47 ans	94 %
48 ans	90 %
49 ans	87 %
50 ans	84 %
51 ans	80 %
52 ans	77 %
53 ans	74 %
54 ans	70 %
55 ans	67 %
56 ans	64 %
57 ans	60 %
58 ans	57 %
59 ans	54 %
60 ans	50 %
Fin de la garantie	71 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Vie facultative

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents
Calcul de la prestation	
Maximum pour l'adhérent	1 à 5 fois le salaire, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ de protection (maximum combiné avec le montant de la Garantie Vie de l'adhérent)
Maximum pour le conjoint	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 100 000 \$ de protection
Maximum par enfant	Multiples de 5 000 \$ Maximum de 25 000 \$ de protection
Maximum sans preuve d'assurabilité	
Adhérent	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 3 fois le salaire (2 fois le salaire en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent <i>plus</i> 1 fois le salaire, jusqu'à concurrence de 135 000 \$*, en vertu de la présente Garantie Vie facultative), jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ (combiné avec le montant de la Garantie Vie de l'adhérent).</p> <p>*à compter du 8 mai 2017, 138 152 \$ à compter du 5 juin 2017, 140 224 \$ à compter du 4 juin 2018, 142 678 \$ à compter du 3 juin 2019, 144 461 \$</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Conjoint	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 30 000 \$.</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Enfant	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 5 000 \$.</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p> <p>Toutefois, le nouvel enfant d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré automatiquement pour une somme de 5 000 \$ sans preuve d'assurabilité à la naissance ou à l'adoption sans égard au moment de la déclaration.</p> <p>Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder 1 tranche de 5 000 \$.</p>
Fin de la garantie	
Adhérent	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 71 ans ou à sa retraite.
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 71 ans ou à la retraite de l'adhérent.
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 71 ans ou à sa retraite.
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents
Calcul de la prestation	2 fois le salaire annuel
Prestation maximale	2 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Mutilation par accident facultative de l'adhérent
Maximum sans preuve d'assurabilité	1 000 000 \$, maximum combiné avec le montant de la Garantie Mutilation par accident facultative de l'adhérent
Réduction de la prestation	Même réduction que la Garantie Vie de l'adhérent
Fin de la garantie	71 ans ou retraite
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Mutilation par accident facultative (adhérent et personnes à charge)

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents
Calcul de la prestation	
Maximum pour l'adhérent	1 à 5 fois le salaire, jusqu'à concurrence de 2 000 000 \$ de protection (maximum combiné avec le montant de la Garantie Mutilation de l'adhérent)
Maximum pour le conjoint	Multiples de 10 000 \$ Maximum de 100 000 \$ de protection
Maximum par enfant	Multiples de 5 000 \$ Maximum de 25 000 \$ de protection
Maximum sans preuve d'assurabilité	
Adhérent	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 3 fois le salaire (2 fois le salaire en vertu de la Garantie Mutilation de l'adhérent <i>plus</i> 1 fois le salaire, jusqu'à concurrence de 135 000 \$*, en vertu de la présente Garantie Mutilation par accident facultative), jusqu'à concurrence de 1 000 000 \$ (combiné avec le montant de la garantie Mutilation par accident de l'adhérent).</p> <p>*à compter du 8 mai 2017, 138 152 \$ à compter du 5 juin 2017, 140 224 \$ à compter du 4 juin 2018, 142 678 \$ à compter du 3 juin 2019, 144 461 \$</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Conjoint	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 30 000 \$.</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p>
Enfant	<p>Pendant les 31 jours qui suivent l'admissibilité ou un événement de vie, 5 000 \$.</p> <p>À tout autre moment, une preuve d'assurabilité est requise pour tout montant de protection.</p> <p>Toutefois, le nouvel enfant d'un adhérent dont les enfants à charge sont déjà assurés devient assuré automatiquement pour une somme de 5 000 \$ sans preuve d'assurabilité à la naissance ou à l'adoption sans égard au moment de la déclaration. Dans tous les cas, le montant d'assurance sans preuve d'assurabilité ne peut excéder 1 tranche de 5 000 \$.</p>
Fin de la garantie	
Adhérent	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 71 ans ou à sa retraite.
Conjoint	Lorsque l'adhérent ou le conjoint atteint l'âge de 71 ans ou à la retraite de l'adhérent.
Enfant	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 71 ans ou à sa retraite.
Exonération des primes	Oui

Sommaire des garanties

Garantie Médicaments (régimes de base et élargi)

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents	
Franchise (combinée à la franchise de la Garantie Soins de santé complémentaires)	Régime de base	Régime élargi
Franchise individuelle	175 \$	50 \$
Franchise monoparentale	280 \$	80 \$
Francine familiale	420 \$	120 \$
Pourcentage de remboursement		
Médicaments de fertilité	Le pourcentage de remboursement appliqué par le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.	
Autres médicaments	80 %*	
Méthode de paiement	Paiement direct	
Couverture complémentaire offerte aux assurés inscrits au régime public de la RAMQ	Oui	
Liste de médicaments	Liste gelée	
Maximum		
Sérums contre les allergies	Inclus	
Injections sclérosantes	20 \$ par visite	
Traitement à l'aspirine (AAS) à faible dose	Inclus	
Clause de substitution par un médicament moins coûteux	Substitution obligatoire par un médicament générique	
Provision maximale	Provision de 100 jours (Une provision de 30 jours pourrait s'appliquer à certains médicaments.)	
Période minimale de participation au régime élargi	36 mois	
Changement de régime	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Non	
Prolongation	Oui (Voir les détails de la clause dans la section Modalités de la couverture.)	

*La contribution maximale applicable aux assurés du Québec répond aux exigences minimales de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires (régimes de base et élargi)

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents	
Franchise (combinée à la Garantie Médicaments)		
Hospitalisation	Aucune	
Soins de la vue	Aucune	
Certificat médical (absence ou invalidité)	Aucune	
Toutes les autres garanties		
	Régime de base	Régime élargi
Franchise individuelle	175 \$	50 \$
Franchise monoparentale	280 \$	80 \$
Franchise familiale	420 \$	120 \$
Pourcentage de remboursement et maximum		
Hospitalisation		
Hôpital	100 %	Chambre à deux lits
Soins de convalescence/Réadaptation physique (maximum combiné)	100 %	50 \$ par jour, jusqu'à concurrence de 120 jours par année civile
Fournitures et services médicaux		
Service ambulancier	80 %	Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Soins infirmiers	80 %	Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante
Pourcentage de remboursement et maximum		
Professionnels de la santé	Régime de base	Régime élargi
<i>Physiothérapeute</i>	80 %*	80 %*
<i>Psychologue/Psychanalyste**/ Psychothérapeute (frais de psychothérapie seulement) (maximum combiné)</i>	Sans objet	80 % des premiers 625 \$ et 50 % de l'excédent, jusqu'à concurrence de 60 \$ par jour par professionnel, maximum de 1 500 \$ par année civile
<i>Chiropraticien/Acupuncteur/ Diététiste Podiatre/Ergothérapeute (maximum combiné)</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 750 \$* par année civile
<i>Orthophoniste**</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$* par année civile
<i>Audiologiste**</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 500 \$* par année civile
<i>Radiographies (chiropraticien)</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 40 \$ par année civile

*Le remboursement des frais par visite se limite aux frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante.

**Lorsque prescrit par un médecin.

Sommaire des garanties

Garantie Soins de santé complémentaires (régimes de base et élargi)

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents	
Fournitures et services médicaux	Pourcentage de remboursement et maximum	
<i>Équipement médical</i>	80 %	1 par mois pour la location, 1 par 5 années civiles pour l'achat (Une autorisation préalable est requise pour l'achat.)
<i>Aides à la mobilité et appareils orthopédiques</i>	80 %	Voir le texte de la garantie
<i>Prothèses</i>	80 %	Voir le texte de la garantie
<i>Tests diagnostiques*</i>		
<i>Analyse de laboratoire</i>	80 %	200 \$ par année civile
<i>Services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomодensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM))</i>	50 %	Un maximum combiné de 375 \$ par année civile
<i>Autres fournitures et services médicaux</i>	80 %	Voir le texte de la garantie
<i>Soins dentaires à la suite d'un accident</i>	80 %	Évaluation préalable requise
<i>Chirurgie esthétique à la suite d'un accident</i>	80 %	5 000 \$ par accident
	Pourcentage de remboursement et maximum	
	Régime de base	Régime élargi
<i>Pompe à insuline</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par 60 mois consécutifs
<i>Autres appareils pour diabétiques</i>	Sans objet	80 %, 160 \$ par appareil, 1 appareil par 60 mois consécutifs
<i>Prothèses auditives</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 480 \$ par 36 mois consécutifs
<i>Chaussures orthopédiques fabriquées sur mesure et orthèses plantaires fabriquées sur mesure (maximum combiné)</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile
<i>Cure de désintoxication (adhérent seulement)</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 200 \$ par semaine, 4 semaines par thérapie et un maximum de 2 cures par période de 60 mois consécutifs
<i>Certificat médical pour justifier une invalidité de 180 jours ou plus (adhérent seulement)</i>	Sans objet	100 % (frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante)
Soins de la vue		
<i>Examen de la vue</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 32 \$ par 12 mois consécutifs
<i>Verres/Montures/Verres de contact/Chirurgie oculaire au laser (maximum combiné)</i>	Sans objet	80 %, jusqu'à concurrence de 100 \$ par 24 mois consécutifs
Période minimale de participation au régime élargi	36 mois	
Changement de régime	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Non	
Prolongation	Oui (Voir la clause dans la section Modalités de la couverture)	

*Les services d'imagerie diagnostique sont couverts pour les résidents du Québec seulement.

Sommaire des garanties

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents ayant le régime élargi	
Franchise		
Individuelle	50 \$	
Monoparentale	80 \$	
Familiale	120 \$	
Guide des tarifs	Année courante moins 2 ans / Province du fournisseur (Les honoraires des spécialistes sont remboursés jusqu'au tarif des généralistes.)	
	Pourcentage de remboursement et maximum	
Soins préventifs	80 %	3 000 \$ par année civile (combiné avec les soins de base et les soins de restauration majeure)
Examens et diagnostic		
<i>Examens de rappel</i>		1 par période de 6 mois consécutifs
Services préventifs		
<i>Polissage des dents</i>		1 par période de 6 mois consécutifs
<i>Traitement au fluorure</i>		1 par période de 6 mois consécutifs
<i>Détartrage</i>		1 par période de 6 mois consécutifs
Soins de base	80 %	3 000 \$ par année civile (combiné avec les soins préventifs et les soins de restauration majeure)
Endodontie		Incluse
Parodontie		Incluse
Surfaçage radiculaire		Inclus
Prothèses		1 par 5 années civiles
Soins de restauration majeure	50 %	3 000 \$ par année civile (combiné avec les soins de base et les soins préventifs)
Restauration		Voir le texte de la garantie.
Soins orthodontiques	50 %	3 000 \$ à vie
Application de la solution de rechange la moins coûteuse	Incrustations et couronnes Prothèses Ponts	
Période minimale de participation	36 mois	
Changement de régime	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle	
Fin de la garantie	Retraite de l'adhérent	
Exonération des primes	Non	

Sommaire des garanties

Garantie Voyage (régimes de base et élargi)

Catégorie d'adhérents	Tous les adhérents
Franchise	Aucune
Pourcentage de remboursement	100 %
Durée de la protection*	
Moins de 71 ans	Les 182 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
71 ans et plus	Les 60 premiers jours du voyage à l'extérieur de la province de résidence
Exigence de stabilité*	
Moins de 75 ans	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 90 jours précédant la date de départ.
75 ans et plus	La condition médicale de l'assuré doit être stable au cours des 180 jours précédant la date de départ.
	Maximum global
Garantie Médico-hospitalière d'urgence*	
Moins de 71 ans	2 000 000 \$ par assuré par événement**
71 ans et plus	1 000 000 \$ à vie
Assistance voyage	Oui
Patients dirigés hors Canada***	500 000 \$ par assuré, à vie
Garantie Annulation et interruption de voyage	5 000 \$ par assuré par voyage
Garantie Bagages	500 \$ par assuré par voyage
Changement de statut (individuel, monoparental ou familial)	Pendant la période d'adhésion ou dans les 31 jours d'un changement de situation personnelle
Fin de la garantie	Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 85 ans ou à sa retraite.
Exonération des primes	Non

*La durée de la protection, l'exigence de stabilité et le maximum global de la Garantie Médico-hospitalière d'urgence sont déterminées par rapport à l'âge de l'assuré à la date du départ.

**Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence

***Autorisation préalable requise

Définitions

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin comprend le féminin et le singulier implique le pluriel.

ACCAP : Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc.

Accident : Un événement soudain, fortuit et imprévisible qui :

- est de nature violente;
- est dû uniquement à une cause externe;
- cause, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles à un assuré; et
- est non intentionnel de la part de l'assuré.

La blessure corporelle doit être attestée par un médecin.

Activités de la vie quotidienne : Les 5 activités suivantes :

- Se nourrir : la capacité de porter de la nourriture préparée ou du liquide à sa bouche;
- S'habiller : la capacité de mettre et d'enlever les vêtements nécessaires et habituellement portés, y compris les attelles pour les jambes;
- Se laver : la capacité de nettoyer la totalité de son corps à l'aide d'eau et de savon, y compris manipuler le mécanisme du robinet et de la douche, entrer dans la baignoire ou la douche et en ressortir, ainsi que se sécher;
- Se déplacer : la capacité de se déplacer seul d'un endroit à un autre avec ou sans matériel d'aide à la mobilité; et
- Utiliser les toilettes (incluant la capacité à maîtriser les fonctions de défécation et de miction) : la capacité d'utiliser les toilettes, les chaises percées ou les urinoirs.

Adhérent : Un employé qui est admissible à la couverture et qui est accepté par Croix Bleue.

Administrateur du régime : Comité de gestion des assurances collectives (CGAC).

Assuré : L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge, qui sont couverts en vertu du présent contrat.

Assuré du Québec : Un adhérent ou une personne à charge est un assuré du Québec si :

- le preneur a une succursale au Québec;
- l'adhérent réside et travaille au Québec; et
- l'assuré est assujetti à la Loi sur l'assurance médicaments.

Définitions

Changement de situation personnelle :

- mariage ou tout autre type d'union formelle ou union de fait;
- changement de votre état civil;
- naissance ou adoption d'un enfant;
- divorce ou séparation légale;
- lorsque le conjoint acquiert ou perd le droit d'adhérer au régime d'assurance collective de son employeur;
- cessation de la couverture du conjoint;
- fin de l'admissibilité d'une personne à charge;
- décès d'une personne à charge.

Conjoint : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada; et
- répond à un des critères suivants :
 - est légalement mariée à l'adhérent;
 - est unie civilement à l'adhérent, tel que défini par le Code civil du Québec; ou
 - réside avec lui depuis au moins une année entière en tant que conjoint de fait. Toutefois, lorsque la législation provinciale l'exige, la période précitée n'est pas applicable si un enfant est né de cette union.

Le conjoint doit être désigné par l'adhérent sur son formulaire d'adhésion. En tout temps, une seule personne peut être couverte en tant que conjoint de l'adhérent.

Contrat antérieur : Tout contrat d'assurance collective ou toute autre entente qui a pris fin dans les 31 jours précédant la date d'entrée en vigueur du présent contrat et qui couvrait les employés qui sont admissibles en vertu du présent contrat. Ce terme s'applique de façon indépendante dans chacune des garanties.

Délai d'admission : La période continue pendant laquelle l'employé doit être effectivement au travail avant d'être admissible à la couverture. Le Délai d'admission est mentionné dans le Sommaire des garanties. Le délai d'admission s'applique à tous les employés à moins que le preneur demande, par écrit, que le délai ne s'applique pas, en tout ou en partie, pour un employé en particulier et que cette demande soit approuvée par Croix Bleue.

Effectivement au travail : Un employé est effectivement au travail pour un jour donné s'il se présente à son lieu habituel de travail et est capable d'exercer toutes les tâches habituelles reliées à son travail, selon son horaire de travail régulier.

Si l'employé n'a pas à se rendre au travail, pour un jour donné, en raison d'un jour férié, d'une variation d'horaire, d'une journée de vacances ou d'un jour de fin de semaine, il est considéré comme étant effectivement au travail si, ce jour-là, il pouvait se présenter à son lieu habituel de travail et accomplir les tâches habituelles reliées à son travail.

De plus, tout professeur absent de son lieu de travail habituel en raison d'une année d'étude et de recherche (AÉR) ou d'un dégageement pour fin de perfectionnement, est considéré comme effectivement au travail.

Définitions

Employé : Une personne qui est domiciliée au Canada dont le régime d'emploi est d'au moins 50 % et qui appartient à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

1. Un professeur au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par les conventions collectives et les protocoles intervenus entre l'employeur et
 - a. Le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval;
 - b. L'Association des dentistes cliniciens enseignants de la Faculté de médecine dentaire de l'Université Laval;
 - c. L'Association des médecins cliniciens enseignants de l'Université Laval;
2. Un responsable de formation pratique ou un chargé d'enseignement au service de l'employeur dont les conditions de travail sont régies par une convention collective du Syndicat des responsables de formation pratique de l'Université Laval;
3. Les maîtres de français langue seconde de l'Université Laval intégrés à titre de chargés d'enseignement au Syndicat des chargées et chargés de cours tel qu'entendu dans la lettre d'entente entre le Syndicat des chargées et chargés de cours de l'Université Laval, le Syndicat des maîtres de français langue seconde de l'Université Laval et l'Université Laval signée à Québec le 20 février 2009;
4. Un administrateur, au sens de l'article 55 des Statuts de l'Université Laval, un adjoint au recteur ou à un vice-recteur ou un directeur adjoint à la Direction générale de la formation continue et qui avait le statut de professeur ou de professeures au sens de l'article 23 des Statuts de l'Université Laval au moment de sa nomination;
5. Un employé régulier d'un syndicat ou d'une association de professeurs et professeures de l'Université Laval.

Employeur : Université Laval ou le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL).

Enfant : Une personne qui :

- est domiciliée au Canada;
- est un enfant naturel ou adopté de l'adhérent ou de son conjoint ou un enfant dont l'adhérent ou son conjoint est le tuteur légal avec autorité parentale;
- dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien et ses besoins;
- est célibataire; et
- répond à un des critères suivants :
 - a) est âgé de moins de 21 ans;
 - b) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein un établissement d'enseignement reconnu, un collège ou une université; ou
 - c) souffre d'une déficience physique ou mentale survenue alors qu'il était un enfant selon les critères a) ou b) ci-dessus et qu'il est demeuré continuellement déficient depuis ce temps.

Définitions

Pour les besoins de la présente définition, un enfant est considéré comme souffrant d'une déficience physique ou mentale s'il est incapable d'exercer une activité lucrative lui permettant de subvenir à ses propres besoins et s'il dépend financièrement de l'adhérent ou de son conjoint pour son soutien. Croix Bleue peut demander que des preuves écrites démontrant la déficience lui soient fournies par écrit, aussi souvent que raisonnablement nécessaire.

Expérimental ou aux fins de recherche : Traitement, procédure, équipement, établissement, médicament, utilisation d'un médicament, vitaminothérapie qui, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux :

- ne sont pas médicalement nécessaires; ou
- pour lesquels il manque des études publiées démontrant leur efficacité et leur sécurité pour le patient, pour une condition donnée.

Fournisseur approuvé : Un fournisseur de services ou de fournitures de soins de santé qui est approuvé par Croix Bleue afin de fournir des services ou des fournitures spécifiques faisant partie des frais admissibles.

Frais admissibles : Frais engagés par l'assuré pour des services ou des fournitures de soins de santé qui sont :

- médicalement nécessaires;
- usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante;
- préalablement recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré;
 - n'est pas un membre de sa famille; et
 - n'est pas son employeur ou un collègue de travail;
- rendus par un fournisseur approuvé qui :
 - ne réside pas habituellement avec l'assuré; et
 - n'est pas un membre de sa famille; et
- rendus alors que le présent contrat est en vigueur, sauf indication contraire.

Les services ou les fournitures de soins de santé ne sont pas des frais admissibles s'ils ont été fournis, prescrits ou recommandés par l'assuré lui-même.

Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures sont reçus par l'assuré. Les frais admissibles engagés à l'extérieur du Canada sont limités au montant qui aurait été remboursé si les frais admissibles avaient été engagés dans la province de résidence de l'assuré, sauf si la garantie est limitée aux frais admissibles engagés au Canada seulement.

Définitions

Lorsqu'un traitement différent ou plus d'une forme de traitement existent, Croix Bleue se réserve le droit de baser le remboursement des frais admissibles sur le prix du traitement le moins coûteux si, de l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, le traitement équivalent est approprié et conforme du point de vue professionnel.

Les frais admissibles sont sujets à un audit après-paiement, selon la clause Droit d'audit de la section Demandes de règlement du présent contrat.

Franchise : La partie des frais admissibles qui doit être payée par l'assuré avant que Croix Bleue n'effectue un paiement quelconque.

La Franchise s'applique par année civile, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties.

Garanties soins de santé : Les garanties soins de santé comprennent, s'il y a lieu :

- la Garantie Médicaments;
- la Garantie Soins de santé complémentaires;
- la Garantie Soins dentaires; et
- la Garantie Voyage.

Maladie : Une détérioration de la santé ou un désordre de l'organisme constatés par un médecin et qui nécessite des soins médicaux réguliers et continus.

Maximum sans preuve d'assurabilité : Le montant de couverture auquel l'assuré a droit sans devoir soumettre une preuve d'assurabilité. Le Maximum sans preuve d'assurabilité est mentionné dans le Sommaire des garanties. Lorsque la demande d'adhésion d'un assuré est présentée plus de 31 jours après la date de son admissibilité, son maximum sans preuve est de zéro dollar, sous réserve des conditions énoncées au Sommaire des garanties.

Médecin : Un docteur en médecine légalement licencié pour prescrire et administrer des traitements médicaux et des médicaments à l'endroit où les services sont prodigués.

Médicalement nécessaire : Les services ou fournitures qui, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux, sont fournis ou prescrits par un médecin ou sont fournis ou recommandés par un professionnel de la santé afin de traiter une blessure ou une maladie et qui :

- ne sont pas fournis, prescrits ou recommandés pour des raisons pratiques ou esthétiques;
- sont reconnus comme étant les plus adéquats, sécuritaires et efficaces en termes de coût, pour le traitement de la maladie ou de la blessure; et
- sont habituellement reconnus par la profession médicale comme étant adéquats pour le traitement de la maladie ou de la blessure.

Définitions

Membre de la famille : Un des membres de la famille de l'assuré :

- son conjoint;
- son père ou sa mère, ou leur conjoint ou conjoint de fait;
- ses enfants ou les enfants de son conjoint ou de son conjoint de fait;
- ses frères et sœurs;
- ses petits-enfants;
- ses grands-parents.

Obligatoire : La participation des employés au régime est une condition d'emploi et 100 % des employés doivent s'y inscrire.

Période d'adhésion : Le 1^{er} juin et le 1^{er} décembre de chaque année.

Période minimale de participation : La période minimale pendant laquelle l'adhérent doit demeurer couvert.

Personne à charge : Le conjoint ou l'enfant de l'adhérent.

Pourcentage de remboursement : Le pourcentage des frais admissibles que Croix Bleue verse pour les soins de santé, tel que mentionné dans le Sommaire des garanties.

Preneur : Le Syndicat des professeurs et professeures de l'Université Laval (SPUL).

Preuve d'assurabilité : Toute déclaration ou toute information médicale, au sujet de la santé d'un assuré, que Croix Bleue peut demander au besoin et aussi souvent qu'elle le juge nécessaire. Toute preuve d'assurabilité doit être soumise par le biais du formulaire prévu à cet effet et approuvée par Croix Bleue.

Professionnel de la santé : Un professionnel de la santé qui est un membre en règle de son ordre professionnel (s'il y a lieu) et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi. S'il n'a pas d'ordre professionnel, le professionnel doit :

- être membre en règle de son association;
- fournir des soins et des traitements dans les limites de sa discipline; et
- répondre à la définition de fournisseur approuvé de la présente section du contrat.

Régime de santé gouvernemental : Tout régime, programme ou entente, administré ou réglementé par tout gouvernement au Canada, qui est universel et disponible pour tous les résidents d'une province ou d'un territoire et qui offre, en tout ou en partie, une couverture élaborée de soins de santé.

Définitions

Revenu ou salaire : La rémunération habituelle de l'employé versée par l'employeur et déterminée par l'échelon qu'il occupe dans l'échelle des salaires ajustée selon le régime d'emploi. Sont exclus les montants versés en rémunération du temps supplémentaire fourni et les suppléments versés pour cours spéciaux, d'été, du soir ou autres de même nature ainsi que les différents bonis qui peuvent être accordés de temps à autre pour services occasionnels ou pour toute autre raison.

Dans le cas d'ajustements salariaux rétroactifs découlant de modifications apportées à une convention collective ou autres conditions collectives de travail, le nouveau salaire entre en vigueur à la date indiquée dans l'avis fourni par l'administrateur du régime à l'assureur, étant entendu qu'aucune prime ne sera perçue sur l'ajustement rétroactif de salaire et qu'aucun ajustement ne sera apporté aux prestations d'assurance vie déjà versées.

Tâches habituelles : Les activités reliées au travail qui sont jugées essentielles au rendement de l'employé pour une occupation ou un travail donné.

Traitement : Le plan de traitement d'un assuré afin d'améliorer la condition médicale ou de combattre une maladie, un désordre de l'organisme ou une blessure. Ce plan de traitement doit :

- être considéré comme approprié et être approuvé par Croix Bleue; et
- être prescrit, fourni ou prodigué par un médecin ou recommandé, fourni ou prodigué par un professionnel de la santé exerçant dans le domaine médical qui s'applique à la condition médicale précise de l'assuré.

Frais usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante :

- les frais demandés sont comparables aux frais exigés habituellement, par un professionnel de la santé ou un fournisseur approuvé, pour des services ou des fournitures similaires, dans la région où les frais sont engagés; et
- la fréquence et le nombre de services ou de fournitures reçus par l'assuré sont appropriés à l'état de santé de l'assuré, selon l'avis de Croix Bleue, en consultation avec ses experts médicaux.

Modalités de la couverture

Conditions d'admissibilité

Employés

Pour être admissible à la couverture du présent contrat, un employé doit :

- répondre à la définition d'employé;
- être effectivement au travail, selon la définition donnée dans la section Définitions; et
- être admissible, pour les garanties Soins de santé, au régime gouvernemental d'assurance maladie de sa province de résidence ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Personnes à charge

Afin d'être admissible à la couverture du présent contrat, une personne à charge doit :

- répondre à la définition de personne à charge; et
- être admissible au régime gouvernemental d'assurance maladie de sa province de résidence ou à une couverture similaire jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Preuve d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité doivent être fournies à Croix Bleue :

- a) lorsque le montant de la couverture demandée par un employé, pour lui-même ou pour une personne à charge, dépasse le Maximum sans preuve d'assurabilité mentionné dans le Sommaire des garanties;
- b) pour toute demande d'adhésion à la Garantie Vie facultative et à la Garantie Mutilation par accident facultative, sous réserve des conditions énoncées au Sommaire des garanties; ou
- c) lorsque la demande d'adhésion parvient à Croix Bleue plus de 31 jours après la date à laquelle ses personnes à charge sont devenues admissibles, à l'exception :
 - i. de la Garantie Soins dentaires, pour laquelle les personnes retardataires n'ont pas besoin de soumettre une preuve d'assurabilité (leur remboursement maximum est alors limité conformément à la clause Couverture pour les personnes qui adhèrent au régime de soins dentaires en retard de la Garantie Soins dentaires); et
 - ii. de la Garantie Médicaments, pour les assurés du Québec.

La preuve d'assurabilité requise est aux frais de :

- Croix Bleue pour les situations décrites aux points a) et b) ci-dessus; et
- l'employé dans la situation décrite au point c) ci-dessus.

Sauf si autrement exigé par toute législation provinciale, toutes les déclarations fournies par un assuré pour une demande d'adhésion à une garantie ou un changement ou une augmentation du montant de sa couverture, autre qu'une déclaration frauduleuse, une fausse déclaration ou une omission, seront incontestables, une fois que la couverture aura été en vigueur pendant 2 années consécutives au cours de la vie de l'assuré.

Modalités de la couverture

Adhésion

Formulaire d'adhésion

Pour adhérer à la couverture, l'employé doit en faire la demande par écrit en remplissant et en soumettant, par l'intermédiaire de l'administrateur du régime, le formulaire d'adhésion dont le format a été approuvé par Croix Bleue et, s'il y a lieu, soumettre une preuve d'assurabilité.

Le formulaire d'adhésion rempli doit parvenir à Croix Bleue dans les 31 jours qui suivent la date d'admissibilité à la couverture de l'employé ou de la personne à charge. Si l'employé ne le fait pas au cours de ce délai ou s'il n'indique pas son choix de régime ou son statut, il sera automatiquement inscrit à la couverture Régime élargi (statut individuel). La période minimale de participation au Régime élargi (36 mois) s'appliquera.

Un assuré ou une assurée qui s'inscrit à la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, alors qu'il ou elle était admissible en vertu d'une assurance collective, devra rembourser à la Régie le montant des médicaments payés durant la période de non-admissibilité au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Par ailleurs, une personne qui ne respecte pas l'obligation d'être couverte par une assurance médicaments devra payer à Revenu Québec un montant équivalent à la prime du régime public pour tous les mois complets où elle n'avait aucune couverture. À noter que des vérifications sont régulièrement effectuées par la RAMQ, notamment avec la collaboration de Revenu Québec.

Étendue de la couverture

Un choix individuel de garanties n'est pas permis en vertu du présent contrat. L'employé qui adhère au régime doit également y inscrire ses personnes à charge, sous réserve des cas d'exception mentionnés ci-après :

- L'employé a le choix d'adhérer ou non aux garanties facultatives; et
- L'employé peut choisir de ne pas adhérer aux garanties Soins de santé (Garantie Médicaments, Garantie Soins de santé complémentaires, Garantie Soins dentaire et Garantie Voyage) pour lui-même ou ses personnes à charge si l'employé ou ses personnes à charge démontrent qu'ils ont une couverture similaire sous un autre contrat collectif. Dans une telle circonstance, l'employé ou ses personnes à charge redeviendront admissibles à ces garanties :
 - s'il y a un changement dans la situation familiale de l'employé; ou
 - si la couverture similaire de l'employé ou de ses personnes à charge se termine pour des raisons hors de leur contrôle et l'employé présente sa demande d'adhésion dans les 31 jours de la date à laquelle cette couverture s'est terminée.

Modalités de la couverture

Prise d'effet de la couverture

Employés

La couverture de l'employé prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date d'entrée en vigueur du contrat;
- la date à laquelle l'employé répond à toutes les conditions d'admissibilité; ou
- la date à laquelle Croix Bleue approuve la preuve d'assurabilité de l'employé, s'il y a lieu.

Si un employé n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle sa couverture doit prendre effet, celle-ci prend effet à la date à laquelle l'employé est de nouveau effectivement au travail, sous réserve de toutes les lois applicables et des lignes directrices de l'ACCAP ayant trait au remplacement de police.

Pour les assurés du Québec, la Garantie Médicaments prend effet à la date à laquelle Croix Bleue reçoit le formulaire d'adhésion.

Personnes à charge

La couverture d'une personne à charge prend effet à la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle l'adhérent devient admissible à la couverture;
- la date à laquelle la personne à charge répond à tous les critères d'admissibilité;
- la date à laquelle Croix Bleue approuve la preuve d'assurabilité à son égard, s'il y a lieu; ou
- le jour suivant la sortie de l'hôpital de la personne à charge, si cette dernière est hospitalisée à la date à laquelle elle serait admissible à la couverture, sauf si une personne à charge est couverte en vertu du contrat antérieur. Elle est alors couverte à la date d'entrée en vigueur du présent contrat.

Couverture durant une absence du travail

Maladie – Accident

Si un adhérent s'absente du travail en raison d'une invalidité reconnue par Croix Bleue ou d'une invalidité relevant d'une commission de la santé et de la sécurité du travail ou de la loi sur l'assurance automobile :

- l'adhérent reste admissible à la couverture pendant la Période maximale mentionnée dans le Sommaire des garanties; et
- les primes doivent continuer à être versées pour toutes les garanties qui ne sont pas sujettes à la section Exonération des primes du présent contrat.

Modalités de la couverture

Congé de maternité – Congé de conjoint ou conjointe - Congé d'accueil d'un enfant adopté – Congé parental indemnisé – Congé parental sans traitement - Congé parental supplémentaire sans traitement

Un adhérent, qui s'absente du travail en raison d'un congé mentionné ci-dessus, doit maintenir sa couverture pendant la période maximale prévue en vertu de toute loi provinciale ou fédérale qui est applicable et, s'il y a lieu, toute période subséquente qui a fait l'objet d'une entente entre l'adhérent et l'employeur. La Période maximale de couverture est mentionnée dans le Sommaire des garanties et les primes doivent continuer à être versées pour toute la durée de l'absence.

Mise à pied temporaire – Congé de compassion et de proche aidant – Congé de convenance personnelle – Autres congés autorisés– Suspension disciplinaire

Si un adhérent s'absente du travail en raison d'une mise à pied temporaire (le lien d'emploi est conservé), d'un congé autorisé, d'un congé de compassion et de proche aidant, d'un congé de convenance personnelle, d'un autre congé autorisé (autre que congé de maternité, congé de conjoint ou conjointe, congé d'accueil d'un enfant adopté, congé parental indemnisé, congé parental sans traitement, congé parental supplémentaire sans traitement) ou d'une suspension disciplinaire, l'adhérent doit maintenir sa couverture. La Période maximale de couverture est mentionnée dans le Sommaire des garanties et les primes doivent continuer à être versées pour toute la durée de l'absence.

Grève – Lockout

Si un adhérent s'absente du travail en raison d'une grève ou lockout, l'adhérent doit demeurer couvert. La Période maximale de couverture est mentionnée dans le Sommaire des garanties et les primes doivent continuer à être versées pour toute la durée de l'absence.

Remise en vigueur de la couverture

Lorsque des garanties sont interrompues pendant une absence du travail mentionnée ci-dessus, elles sont remises en vigueur lorsque l'adhérent retourne au travail pourvu que le preneur (par le biais de l'administrateur du régime) en informe Croix Bleue dans les 31 jours du retour de l'adhérent. Si un tel avis n'est pas fourni durant cette période de 31 jours, l'adhérent doit fournir une preuve d'assurabilité pour que ses garanties soient remises en vigueur.

Un adhérent dont la couverture s'est terminée en raison de la cessation de son lien d'emploi n'a pas à remplir de nouveau un formulaire d'adhésion, s'il est réembauché dans les 12 mois qui suivent la cessation de son lien d'emploi. Les garanties interrompues pendant la mise à pied permanente (cessation du lien d'emploi), sont remises en vigueur lorsque l'adhérent retourne au travail pourvu que le preneur (par le biais de l'administrateur du régime) en informe Croix Bleue dans les 31 jours du retour de l'adhérent.

Modalités de la couverture

Prolongation de la Garantie Médicaments et de la Garantie Soins de santé complémentaires

Si la **Garantie Médicaments et la Garantie Soins de santé complémentaires** se terminent parce que l'adhérent cesse d'être un employé de l'Université Laval pour une autre raison que la retraite ou lorsque l'assurance d'une personne à charge se termine parce qu'elle ne répond plus aux critères d'admissibilité, et que l'adhérent ou la personne à charge soit totalement invalide au moment de la cessation, le versement des prestations continuera, pour ce qui est des frais admissibles engagés par suite de ladite invalidité totale.

Totalement invalide signifie l'incapacité de la personne couverte, s'il s'agit d'un employé, uniquement par suite de maladie, d'exercer toute occupation lucrative ou, s'il s'agit d'une personne à charge, son incapacité, uniquement par suite de maladie, d'exercer toutes les fonctions habituelles d'une personne en bonne santé, du même âge et du même sexe.

La prolongation se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat collectif se termine;
- la date à laquelle une période de 12 mois est atteinte;
- la date de la fin de la période qui représente le nombre de mois durant lesquels l'assuré qui est totalement invalide a été couvert en vertu du présent régime d'assurance collective; ou
- la date à laquelle l'adhérent ou sa personne à charge adhère à une couverture similaire en vertu d'un autre régime.

Modification du montant de la garantie

Le preneur peut demander une modification du montant d'une garantie en raison d'un changement de catégorie d'employés, de l'ajout d'une garantie ou d'une modification à une garantie existante.

La modification prend effet à la date du changement, sauf si la modification entraîne une augmentation de la couverture, pour laquelle les exceptions suivantes s'appliquent :

- si une preuve d'assurabilité est requise, l'augmentation de la couverture prend effet à la date d'acceptation par Croix Bleue de la preuve d'assurabilité;
- si un adhérent n'est pas effectivement au travail à la date à laquelle la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci ne prend effet qu'à la date où l'adhérent est de nouveau effectivement au travail pendant au moins 1 jour entier; et
- si une personne à charge est hospitalisée à la date à laquelle la modification à son égard aurait pris effet, celle-ci prend effet le jour suivant sa sortie de l'hôpital.

Fin de la couverture

Sous réserve de toute législation applicable et des lignes directrices de l'ACCAP, la couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le présent contrat se termine;
- la date à laquelle l'assuré ne répond plus à un ou à plusieurs critères d'admissibilité;
- la date de cessation du lien d'emploi de l'adhérent;
- la date à laquelle l'adhérent (ou son conjoint, s'il y a lieu) atteint l'âge de cessation ou la date de cessation, s'il y a lieu, mentionnée dans le Sommaire des garanties;

Modalités de la couverture

- la date à laquelle l'adhérent prend sa retraite auprès de l'employeur, sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties;
- la date du décès de l'adhérent;
- le jour où l'assuré commet un acte frauduleux à l'égard de Croix Bleue; ou
- la date à laquelle le preneur est en défaut de paiement des primes.*

La couverture des personnes à charge cesse à la date à laquelle la couverture de l'adhérent se termine.

*Pour les assurés du Québec, la Garantie Médicaments est maintenue en vigueur pendant 30 jours après l'envoi au preneur d'un avis de cessation de couverture pour non-paiement de primes.

Aucune garantie ne s'applique à un assuré lorsqu'il exerce ses fonctions en tant que membre actif des forces armées de n'importe quel pays, sauf si autrement exigé par toute législation provinciale qui serait applicable.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Lorsqu'il est spécifié dans une garantie du contrat qu'un assuré a le droit de souscrire auprès de Croix Bleue une police d'assurance individuelle lors de la fin de sa couverture en vertu du contrat, les conditions suivantes s'appliquent :

- l'assuré doit, dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle sa couverture collective prend fin :
 - remettre à Croix Bleue le formulaire à cet effet, dûment rempli; et
 - verser à Croix Bleue la totalité de la prime initiale requise pour l'assurance individuelle, selon la méthode de versement indiquée par Croix Bleue;
- l'assurance individuelle est émise sans qu'une preuve d'assurabilité ne soit requise;
- la prime de cette assurance individuelle est établie selon les taux de police d'assurance individuelle en vigueur chez Croix Bleue à la date de l'adhésion, en tenant compte du sexe de l'assuré et de son âge;
- l'assurance individuelle est assujettie aux montants minimaux et maximaux, ainsi qu'à toute autre condition mentionnée dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la garantie concernée.

Exonération des primes

Objet de la garantie

Si l'adhérent devient totalement invalide avant son 65^e anniversaire de naissance alors que sa couverture est en vigueur, les primes à son égard sont exonérées pour certaines garanties. Le Sommaire des garanties indique si l'Exonération des primes s'applique à une garantie en particulier.

Une preuve de l'invalidité totale doit parvenir à Croix Bleue dans les 12 mois suivant le début de l'invalidité totale et alors que l'invalidité totale persiste.

Définition d'invalidité totale

Invalidité totale (ou totalement invalide) : Durant les 30 premiers mois de l'invalidité totale, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à son propre emploi, en raison d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse ou d'un avortement thérapeutique.

Par la suite, l'adhérent est totalement invalide si, de manière totale et continue, il est incapable d'accomplir les tâches habituelles rattachées à toute occupation qu'il est raisonnablement apte à exercer, ou pourrait le devenir, en raison de sa formation, de son éducation ou de son expérience. L'adhérent peut être appelé à fournir, sur demande de l'assureur, la preuve de son invalidité totale et de la continuation de son invalidité totale.

La perte d'un permis, d'une licence ou d'une certification professionnelle ne constitue pas en soi une invalidité totale.

La disponibilité du travail n'est pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'adhérent.

Montant de couverture

Le montant de couverture sujet à l'Exonération des primes est égal au montant en vigueur à la date du début de l'invalidité totale.

Début de l'exonération des primes

Les primes sont exonérées dès la date de paiement des primes coïncidant avec ou suivant la date d'expiration d'une période de 6 mois consécutifs d'invalidité totale.

Exonération des primes

Fin de l'exonération des primes

En tenant compte des exceptions mentionnées dans la présente clause, l'exonération des primes cesse à la première des éventualités ou des dates suivantes :

- lorsque la durée maximale de l'exonération des primes est atteinte, si une telle durée est mentionnée dans le Sommaire des garanties pour une garantie spécifique;
- lorsque l'adhérent ne satisfait plus à la définition d'invalidité totale;
- lorsque l'adhérent exerce un travail lucratif ou un emploi rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de réadaptation (Croix Bleue devra en être avisé par l'administrateur du régime);
- lorsque l'adhérent refuse de produire les preuves d'invalidité totale à Croix Bleue;
- au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent;
- la date normale de la retraite de l'adhérent;
- la date de cessation du lien d'emploi de l'adhérent;
- la date de résiliation de la catégorie à laquelle appartient l'adhérent invalide;
- la date à laquelle la garantie ou le contrat se termine; ou
- la date du décès de l'adhérent.

Si, alors qu'un adhérent est totalement invalide et exonéré de ses primes,

- son lien d'emploi cesse; ou
- la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient est annulée, ou la couverture de tous les employés se termine.

La Garantie Vie de l'adhérent et la Garantie Vie facultative de l'adhérent sont maintenues en vigueur et sont sujettes à l'exonération jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent au-delà de la date de cessation indiquée ci-dessus.

Récidive d'invalidité

Si l'adhérent, qui était totalement invalide et dont les primes étaient exonérées, devient de nouveau totalement invalide après être retourné au travail, l'exonération des primes recommence à compter du premier jour du mois qui coïncide ou qui suit le début de la récurrence d'invalidité, telle que décrite ci-dessous. Les montants de couverture sont ceux en vigueur à la date de l'invalidité initiale, sous réserve des Exclusions et restrictions du présent contrat.

La récurrence d'invalidité est définie de la façon suivante :

- une période subséquente d'invalidité totale qui :
 - est attribuable à la même cause ou à des causes connexes à l'invalidité précédente qui a donné lieu à l'exonération des primes; et
 - qui se produit pendant la période de 180 jours qui suit la fin de l'exonération des primes.

Exonération des primes

Exonération des primes en vertu du contrat antérieur

Le preneur, par le biais de l'administrateur du régime, doit informer Croix Bleue lorsqu'un adhérent devient exonéré des primes auprès de l'assureur précédent et lui transmettre la date du début de l'exonération, ainsi que la liste des garanties auxquelles elle s'applique.

Garantie Vie de l'adhérent

Objet de la garantie

Si un adhérent décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue verse à son bénéficiaire le montant mentionné dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale

Une prestation de décès anticipée peut être versée à l'adhérent si :

- l'adhérent en fait la demande écrite à Croix Bleue;
- le médecin traitant de l'adhérent a présenté à Croix Bleue un certificat médical jugé satisfaisant par cette dernière, selon lequel l'adhérent souffre d'une condition susceptible d'entraîner son décès dans les 12 mois suivant la date de la demande de paiement anticipé; et
- l'adhérent est âgé de moins de 65 ans.

Une prestation de décès anticipée ne peut être supérieure à 50 % de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de la demande de paiement anticipé ou 50 000 \$, selon le plus petit de ces montants. Cette prestation est versée en une somme globale qui est déduite du montant de la prestation de la Garantie Vie de l'adhérent. Le reste de la prestation est versé au bénéficiaire au décès de l'adhérent.

L'adhérent est admissible à une seule prestation de décès anticipée, à vie.

Réduction de la prestation

Les réductions de la prestation sont mentionnées dans le Sommaire des garanties.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée à son bénéficiaire. Dans le cas du Paiement anticipé en cas de maladie en phase terminale, la prestation est versée directement à l'adhérent.

Arrondissement de la prestation

Si la prestation de l'adhérent n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$, elle est alors arrondie au 1 000 \$ supérieur.

Exclusion

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque le décès survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que le décès est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Garantie Vie de l'adhérent

Exonération des primes durant l'invalidité totale

La présente garantie est sujette à la section Exonération des primes du présent contrat.

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie de l'adhérent prend fin à ou avant l'âge de 65 ans, en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Ce droit de transformation s'applique également aux réductions prévues ou à la fin des garanties à un âge spécifique, sans excéder l'âge de 65 ans.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;
- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle est le moindre des montants suivants :
 - le montant de la Garantie Vie de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la garantie ou, selon le cas, le montant de toute réduction prévue à la Garantie Vie de l'adhérent;

Garantie Vie de l'adhérent

- le montant de la réduction de la protection en raison d'une police de remplacement souscrite par l'adhérent dans les 31 jours de la date de fin de couverture collective;
- 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec.

Garantie Vie facultative

Objet de la garantie

La présente garantie offre des montants d'assurance vie supplémentaires à ceux offerts en vertu de la Garantie Vie de l'adhérent.

Si un adhérent ou l'une de ses personnes à charge décède pendant que la présente garantie est en vigueur à son égard, Croix Bleue paie le montant de la Garantie Vie facultative en vigueur pour l'assuré au moment du décès, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Admissibilité

Pour être admissibles à la présente garantie, l'adhérent et ses personnes à charge doivent présenter une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue, sous réserve des conditions énoncées au Sommaire des garanties.

Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant de la Garantie Vie facultative choisi par l'adhérent ou la personne à charge, jusqu'à concurrence du montant maximum mentionné dans le Sommaire des garanties.

Un adhérent peut demander, à tout moment, une modification du montant de sa garantie ou de celui de ses personnes à charge. Cependant, une telle augmentation de la protection ne sera accordée que sur présentation d'une preuve d'assurabilité jugée satisfaisante par Croix Bleue.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

Dans le cas où l'adhérent perd la vie, la prestation est versée directement à son bénéficiaire. Dans le cas où une personne à charge décède, la prestation est versée à l'adhérent.

Exclusions et restrictions

Si le décès de l'adhérent ou d'une personne à charge résulte d'un suicide et qu'un montant de Garantie Vie facultative était en vigueur depuis moins de 24 mois consécutifs, ce montant n'est pas payable et se limite au remboursement des primes perçues.

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque le décès survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que le décès est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Exonération des primes durant l'invalidité totale

La présente garantie est sujette à la section Exonération des primes du présent contrat.

Garantie Vie facultative

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Admissibilité à la transformation

Si la Garantie Vie facultative de l'adhérent prend fin à ou avant l'âge de 65 ans en raison de son départ à la retraite, la fin de son emploi ou la cessation de la couverture collective ou de la catégorie d'adhérents à laquelle il appartient, l'adhérent a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue.

Un conjoint résidant dans toute province, ou un enfant s'il réside au Québec, a le droit de souscrire une police d'assurance vie individuelle auprès de Croix Bleue si la Garantie Vie facultative des personnes à charge prend fin pour l'une des raisons suivantes :

- le décès de l'adhérent;
- la fin de la Garantie Vie de l'adhérent ou Garantie Vie facultative de l'adhérent pour une raison lui donnant droit de transformer cette garantie en une police d'assurance individuelle; ou
- le conjoint ou l'enfant n'est plus admissible à la protection en tant que personne à charge.

Modalités de la police individuelle

La police individuelle émise en vertu de ce droit de transformation est assujettie aux conditions mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Cette police est également assujettie aux modalités spécifiques suivantes :

- pendant la période de 31 jours au cours de laquelle le droit de transformation peut être exercé, le montant de la protection disponible en vertu de ce droit de transformation est en vigueur, sans frais;
- la protection en vertu de la police individuelle entre en vigueur 31 jours après la date de fin de la couverture collective;
- la police individuelle ne comprend aucune garantie invalidité, ni aucune autre garantie supplémentaire;
- la police individuelle est une police d'assurance vie temporaire de 1 an pouvant être remplacée, avant sa date d'échéance, par un des 2 types de police d'assurance vie suivants :
 - une police d'assurance vie temporaire à capital constant, non transformable, offrant une protection jusqu'à l'âge de 65 ans; ou
 - une police d'assurance vie temporaire 100 ans offrant une protection à vie, sans option de non-déchéance;

Garantie Vie facultative

- le montant maximum de protection offert en vertu de la police d'assurance individuelle émise à l'adhérent est le moindre des montants suivants :
 - la somme du montant de la Garantie Vie de l'adhérent et du montant Vie facultative de l'adhérent en vigueur à la date de fin de la Garantie Vie facultative de l'adhérent; ou
 - 400 000 \$ pour les résidents du Québec, ou 200 000 \$ pour les résidents hors Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle émise à l'adhérent ne peut être inférieur :
 - au montant minimum normalement émis par Croix Bleue pour le type de police choisi; ou
 - à 10 000 \$ pour les résidents du Québec;
- le montant de la protection de la police individuelle émise aux personnes à charge ne peut être :
 - supérieur au montant de la Garantie Vie facultative des personnes à charge; et
 - inférieur à 5 000 \$ dans le cas des résidents du Québec.

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Objet de la garantie

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant spécifié dans le Sommaire des garanties, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Définitions du présent contrat.

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent est couvert en vertu de la présente garantie; et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Ce qui est couvert

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties, et tel que décrit dans le tableau ci-dessous :

Tableau des prestations

Perte	Pourcentage de la protection
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémiplégié	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de la protection mentionné dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit survenir dans les 30 jours suivant l'accident et il doit persister sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent est dans le coma, ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition

Si un adhérent est inévitablement exposé aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à un adhérent en raison d'une perte, Croix Bleue paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident; et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie; ou
 - afin de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si un adhérent est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma; ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours.

Croix Bleue paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent est hospitalisé.

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport; ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

La prestation est versée à l'adhérent.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident, ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

Croix Bleue verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Arrondissement de la prestation

Si la prestation de l'adhérent n'est pas déjà un multiple de 1 000 \$, elle est alors arrondie au 1 000 \$ supérieur.

Preuve de sinistre

Toute perte ou tout coma doivent être attestés par un médecin. Croix Bleue peut exiger que l'adhérent se soumette à un examen médical.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent s'inflige ou contracte volontairement;
- absorption volontaire de poison ou de drogue;
- inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;
- accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;

Garantie Mutilation par accident de l'adhérent

- blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque la perte ou le coma survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que la perte ou le coma est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Réduction de la prestation

La réduction de la prestation, s'il y a lieu, est mentionnée dans le Sommaire des garanties.

Exonération des primes durant l'invalidité totale

La présente garantie est sujette à la section Exonération des primes du présent contrat.

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Garantie Mutilation par accident facultative

Objet de la garantie

Si, à la suite d'un accident, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge tombe dans le coma ou subit une autre perte définie dans la présente garantie, Croix Bleue verse un pourcentage du montant de protection en vigueur pour l'assuré au moment où se produit l'événement, sous réserve des conditions énoncées ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Définitions du présent contrat.

Coma ou état comateux : État d'inconscience avec absence de réaction à des stimuli externes ou de réponse aux besoins internes et qui persiste pendant une période continue d'au moins 30 jours.

Hémiplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un côté du corps.

Perte : Une perte mentionnée dans le tableau des prestations.

Perte d'un bras : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du coude.

Perte d'un doigt : Perte complète de deux phalanges entières.

Perte d'un pied : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation de la cheville, mais sous l'articulation du genou.

Perte d'une main : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du poignet, mais sous l'articulation du coude.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole : Perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole, attestée par un médecin.

Perte d'une jambe : Sectionnement complet au-dessus ou à l'articulation du genou.

Perte d'un pouce : Perte complète d'une phalange entière du pouce.

Perte d'un orteil : Perte complète d'une phalange entière du gros orteil ou de toutes les phalanges de tout autre orteil.

Perte de l'usage : Perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre pour une période d'au moins 12 mois.

Quadriplégie : Paralysie totale et irrémédiable des membres supérieurs et des membres inférieurs du corps.

Paraplégie : Paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs du corps.

Garantie Mutilation par accident facultative

Protection

Pour être couverte en vertu de la présente garantie, une perte doit :

- résulter d'un accident qui se produit pendant que l'adhérent ou une personne à charge est couvert en vertu de la présente garantie; et
- se produire dans les 365 jours suivant la date de cet accident.

Ce qui est couvert

Dans le cas d'une perte, Croix Bleue verse un montant équivalant au pourcentage applicable du montant de protection en vigueur pour l'assuré au moment où se produit l'événement, conformément au tableau ci-dessous :

Tableau des prestations

Perte	Pourcentage de la protection
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
de la vue d'un œil et d'une main	100 %
de la vue d'un œil et d'un pied	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %
de la vue d'un œil	66 2/3 %
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	50 %
du pouce et de l'index d'une main	33 1/3 %
d'au moins quatre doigts d'une même main	33 1/3 %
de l'ouïe d'une oreille	16 2/3 %
de tous les orteils d'un même pied	12 1/2 %
Paralysie	
quadriplégie	200 %
hémiplégie	200 %
paraplégie	200 %
Perte de l'usage	
des deux bras ou des deux jambes	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras et d'une jambe	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	66 2/3 %

Garantie Mutilation par accident facultative

Garanties supplémentaires

Croix Bleue couvre également les garanties supplémentaires suivantes :

Indemnité en cas de coma

Si l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge tombe dans le coma en raison d'un accident, Croix Bleue verse une prestation mensuelle équivalant à 1 % du montant de protection, en vigueur pour l'assuré, mentionné dans le Sommaire des garanties.

Pour que les prestations soient payables, le coma doit être survenu dans les 30 jours suivant l'accident et il doit avoir persisté sans interruption pendant au moins 30 jours. Les prestations sont alors payables tant que l'adhérent ou la personne à charge est dans le coma, ou jusqu'à ce que le montant de protection soit payé en entier, selon la première éventualité.

Exposition

Si un adhérent ou une personne à charge est inévitablement exposé aux éléments et qu'en raison de cette exposition et dans les 365 jours suivant l'exposition, il subit une perte, cette perte est considérée comme résultant d'un accident.

Indemnité en cas de réadaptation

Si des prestations sont payables à l'adhérent en raison d'une perte, Croix Bleue paie aussi les frais jugés raisonnables et nécessaires engagés par l'adhérent pour un programme de formation spécifique, à condition que :

- ces frais soient engagés dans les 3 ans suivant la date de l'accident; et
- la réadaptation soit requise :
 - en raison de la perte subie; ou
 - afin de permettre à l'adhérent de faire un travail pour lequel il n'était pas qualifié avant la perte.

Le maximum de frais payables par Croix Bleue, en vertu de cette clause, est de 10 000 \$.

Exclusion : les frais de déplacement, d'habillement ou pour subvenir aux besoins de la vie courante.

Indemnité de voyage pour la famille

Si l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge est confiné dans un hôpital situé à plus de 150 kilomètres de son lieu de résidence habituel, en raison :

- d'une perte ou d'un coma; ou
- d'une maladie ou d'une blessure non mentionnée dans le tableau des prestations, mais qui requiert une hospitalisation d'au moins 4 jours,

Croix Bleue paie les frais raisonnables et nécessaires pour le déplacement et l'hébergement de 1 ou plusieurs membres de la famille à l'endroit où l'adhérent ou la personne à charge est hospitalisé.

Garantie Mutilation par accident facultative

Le maximum payable en vertu de cette clause est le moindre parmi les montants suivants :

- les frais réellement engagés pour l'hébergement et le transport; ou
- 3 000 \$.

Si un véhicule personnel est utilisé au lieu d'un moyen de transport public, un tarif de 0,35 \$ du kilomètre est alors applicable.

Versement de la prestation

Bénéficiaire

La prestation est versée à l'adhérent.

Si une personne à charge subit une perte ou tombe dans le coma, les prestations sont versées à l'adhérent.

Maximum payable

Le montant total payable pour une ou plusieurs pertes ou en cas de coma, qui résultent du même accident, ne peut dépasser 100 % du montant de protection mentionné dans le Sommaire des garanties, sauf en cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie qui sont payables à 200 %.

Croix Bleue verse un seul montant, le plus élevé qui s'applique, pour des blessures à un même membre et qui résultent du même accident.

Si l'adhérent est également couvert en vertu de la Garantie Mutilation par accident de l'adhérent, le montant maximum global payable en vertu de la présente garantie et de la Garantie Mutilation par accident de l'adhérent se limite aux montants suivants :

- Indemnité en cas de réadaptation – prestation totale de 10 000 \$;
- Indemnité de voyage pour la famille – prestation totale de 3 000 \$.

Preuve de sinistre

Toute perte ou coma doivent être attestés par un médecin. Croix Bleue peut exiger que l'adhérent ou la personne à charge se soumette à un examen médical.

Exclusions et restrictions

Croix Bleue ne verse aucune prestation en cas de perte ou de coma résultant directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :

- a) traitement médical ou chirurgical, ou maladie ou affection de toute sorte, autre qu'une infection septicémique causée par une blessure résultant d'un accident;
- b) tentative de suicide ou blessure ou maladie que l'adhérent ou la personne à charge s'inflige ou contracte volontairement;
- c) absorption volontaire de poison ou de drogue;
- d) inhalation de gaz, sauf si une commission de la santé et de la sécurité du travail juge que l'inhalation est accidentelle;

Garantie Mutilation par accident facultative

- e) accident ou blessure survenus lors de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- f) insurrection, guerre (déclarée ou non), hostilité des forces armées de tout pays ou participation à une émeute ou à un affrontement public;
- g) blessure subie lors de l'envolée ou de la tentative d'envolée d'un avion ou de tout autre type d'aéronef si l'adhérent ou la personne à charge est membre de l'équipage ou s'il exerce une fonction quelconque liée au vol; ou
- h) accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident.

Croix Bleue ne verse aucune prestation lorsque la perte ou le coma survient pendant ou à la suite d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis un avertissement aux voyageurs d'éviter tout voyage et que la perte ou le coma est attribuable aux conditions ayant conduit audit avertissement.

Exonération des primes durant l'invalidité totale

La présente garantie est sujette à la section Exonération des primes du présent contrat.

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Garantie Médicaments

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Définitions du présent contrat.

Médicament admissible : Un médicament :

- approuvé par Santé Canada;
- ayant un numéro d'identification du médicament (DIN) ou un numéro de produit naturel (NPN) au Canada;
- essentiel au maintien de la vie, selon Croix Bleue, ou un médicament qui nécessite une ordonnance selon la loi;
- prescrit par un médecin ou par un professionnel de la santé autorisé à prescrire des médicaments en vertu de la législation provinciale pertinente;
- reconnu par Croix Bleue comme faisant partie des frais admissibles; et
- dispensé par un fournisseur approuvé, c'est-à-dire une pharmacie de détail autorisée ou un autre fournisseur approuvé par Croix Bleue.

Croix Bleue peut, en tout temps, modifier, ajouter ou supprimer des éléments de sa liste de médicaments admissibles.

Médicament interchangeable : un médicament admissible qui peut être substitué par un autre médicament admissible, parce que les deux médicaments :

- sont considérés comme des équivalents pharmaceutiques par Santé Canada;
- contiennent les mêmes ingrédients actifs; et
- ont la même voie d'administration.

Médicament essentiel au maintien de la vie : Un médicament admissible qui ne requiert pas une ordonnance en vertu de la loi, mais que Croix Bleue détermine comme essentiel à la survie de l'assuré. Une ordonnance d'un médecin ou d'un professionnel de la santé est tout de même requise afin que le médicament soit remboursable.

Groupe consultatif sur les médicaments : Le groupe de professionnels de la santé et de divers autres professionnels de l'industrie nommés par Croix Bleue pour évaluer les nouveaux médicaments et décider quels médicaments Croix Bleue doit inclure dans ses listes.

Garantie Médicaments

Autorisation spéciale : Les médicaments admissibles que Croix Bleue détermine comme nécessitant une autorisation préalable ou une autorisation sur une base régulière de la part de Croix Bleue afin d'être admissibles à un remboursement. Les critères à respecter afin d'obtenir une autorisation spéciale sont établis par Croix Bleue et peuvent inclure la participation de l'assuré à un programme de soutien aux patients.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité au Pourcentage de remboursement et aux Maximums mentionnés dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- Croix Bleue peut établir que certains médicaments admissibles sont assujettis à :
 - des montants maximums, des quantités et des fréquences maximales;
 - une autorisation spéciale; ou
 - une coordination avec des programmes d'aide aux patients;
- le paiement des ordonnances pour des médicaments interchangeables se fait conformément à la Clause de substitution par un médicament moins coûteux de la présente section; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais décrits ci-dessous, à condition qu'ils répondent également à la définition de Frais admissibles de la section Définitions du présent contrat :

- les fournitures pour diabétiques, y compris les bâtonnets réactifs, les lancettes, les aiguilles, les seringues, les capteurs pour la surveillance du glucose en continu (SGC);
- les fournitures pour pompe à insuline (***régime élargi seulement***);
- les injections de viscosuppléance;
- les préparations et les composés, si leur ingrédient principal est un médicament admissible; et
- les médicaments admissibles prescrits qui apparaissent sur la liste suivante de médicaments :
 - **Liste gelée :** Cette liste est établie à une date précise et, après cette date, seuls les médicaments approuvés par le Groupe consultatif sur les médicaments seront ajoutés à cette liste.

Garantie Médicaments

Clause de substitution par un médicament moins coûteux

S'il est mentionné dans le Sommaire des garanties que la Clause de substitution par un médicament moins coûteux s'applique, Croix Bleue rembourse le coût du médicament interchangeable dont le coût des ingrédients actifs est le plus bas, quel que soit le médicament interchangeable qui a été prescrit.

L'assuré peut se procurer un médicament interchangeable de coût plus élevé et alors payer la différence de coût.

Croix Bleue applique la Clause de substitution par un médicament moins coûteux même si le médecin indique que le médicament interchangeable ne peut être substitué.

Si l'assuré ne tolère pas le médicament interchangeable dont le coût des ingrédients actifs est le plus bas, Croix Bleue peut accepter de rembourser le coût d'un autre médicament interchangeable, au cas par cas, par le biais du processus de l'autorisation spéciale.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Le Sommaire des garanties mentionne la Méthode de paiement qui s'applique à l'assuré en vertu du présent contrat.

Paiement direct : Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré afin de vérifier son admissibilité. L'assuré paie alors au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse directement au fournisseur approuvé la portion couverte de la demande de règlement.

Par contre, si l'assuré soumet à Croix Bleue un reçu pour une ordonnance de médicaments qu'il a payée en totalité au fournisseur approuvé, malgré la méthode de paiement direct offerte, Croix Bleue rembourse seulement le montant qui aurait été payé au fournisseur approuvé si la demande de règlement avait été soumise électroniquement.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, les frais pour les éléments suivants ne sont pas admissibles à un remboursement :

- a) antihistaminiques;
- b) auxiliaires antitabagiques;
- c) vaccins;
- d) vitamines;
- e) médicaments reliés aux cures d'amaigrissement;
- f) produits de santé naturels, produits homéopathiques et naturopathiques, plantes médicinales et remèdes traditionnels, suppléments nutritionnels et alimentaires;
- g) médicaments de fertilité;
- h) médicaments pour traiter le dysfonctionnement érectile;

Garantie Médicaments

- i) stimulants pour la pousse des cheveux;
- j) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. ont une indication relative à des fins expérimentales ou de recherche;
- k) procédures en lien avec des médicaments administrés par un professionnel de la santé dans une clinique privée;
- l) médicaments qui, de l'avis de Croix Bleue, sont destinés à être administrés à l'hôpital, en raison de leur voie d'administration et de la condition pour laquelle le médicament est utilisé;
- m) frais payables par tout régime de santé gouvernemental ou en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- n) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- o) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture; et
- p) médicaments qui sont admissibles en vertu de la Garantie Voyage du présent contrat, le cas échéant.

De façon exceptionnelle, Croix Bleue se réserve toutefois le droit de rembourser des frais reliés à l'une des catégories de médicaments mentionnées ci-dessus dans les Exclusions et restrictions.

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Droit de transformation à une police d'assurance individuelle

Un adhérent qui n'est pas un assuré du Québec et qui n'est plus admissible à la Garantie Médicaments peut transformer sa couverture collective de médicaments en un régime individuel similaire offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Les assurés du Québec qui ne sont plus admissibles à la Garantie Médicaments ne peuvent pas transformer leur couverture collective de médicaments en une assurance individuelle. S'ils ne sont pas admissibles à un autre régime d'assurance collective, ils doivent alors communiquer avec la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

Garantie Médicaments

Exigences minimales de la couverture médicaments au Québec

La présente clause s'applique aux assurés du Québec.

Loi sur l'assurance médicaments

Le présent contrat doit être administré conformément à la Loi sur l'assurance médicaments (« la Loi ») à l'égard des assurés du Québec, incluant les conditions de la Loi en ce qui concerne la coassurance maximale, les déboursés maximums, les médicaments admissibles, les médicaments d'exception et les services pharmaceutiques admissibles.

La clause Exclusions et restrictions de la présente garantie ne peut en aucun cas, à l'égard des assurés du Québec, rendre la couverture des médicaments moins généreuse que celle prévue par le régime général d'assurance médicaments établi par la Loi.

Déboursé maximum par année civile

Si au cours d'une année civile, l'**adhérent** dépense, pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, **pour lui-même ou pour ses enfants à charge**, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour l'adhérent et ses enfants à charge.

Si au cours d'une année civile, le **conjoint** dépense pour des médicaments admissibles, un montant de frais supérieur au montant de la contribution maximale fixée par la RAMQ, pour lui-même, les montants admissibles qui excèdent cette contribution sont remboursés à 100 % par Croix Bleue, jusqu'à la fin de cette année civile. Le montant de la contribution comprend la franchise et la coassurance, s'il y a lieu, pour le conjoint.

Assurés du Québec âgés de 65 ans et plus

À l'âge de 65 ans, un assuré du Québec est automatiquement inscrit comme bénéficiaire du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ. Par conséquent, lorsqu'un tel assuré atteint l'âge de 65 ans, il doit décider :

- d'annuler son inscription automatique au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ afin de continuer sa couverture en vertu de la présente garantie; ou
- d'accepter la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ.

La décision d'accepter la couverture du régime public est irrévocable.

Garantie Médicaments

Les assurés du Québec qui choisissent la couverture du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ ne sont plus admissibles à la couverture en vertu de la présente garantie. Cependant, les frais suivants sont admissibles :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties; et
- le remboursement de tout médicament admissible qui n'est pas inclus dans le régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, mais qui est couvert en vertu de la présente garantie, sous réserve de la Franchise et du Pourcentage de remboursement mentionnés dans le Sommaire des garanties.

Si l'adhérent choisit de s'inscrire au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ, ses personnes à charge doivent aussi s'inscrire auprès de la RAMQ.

Si un assuré du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie, Croix Bleue se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout assuré du Québec âgé de 65 ans et plus.

Garantie Soins de santé complémentaires

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Définitions du présent contrat.

Soins actifs : Traitement de courte durée nécessaire pour :

- prévenir l'aggravation d'une blessure sévère, d'un épisode d'une maladie ou d'une condition médicale urgente;
- favoriser le rétablissement après une intervention chirurgicale; ou
- offrir des soins palliatifs pour les patients ayant un diagnostic de maladie en phase terminale et ayant une espérance de vie de moins de 3 mois.

Maison de convalescence : Un établissement public offrant des soins de convalescence aux patients qui sont en tout temps sous les soins directs d'un médecin. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié et offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24.

Exclusion : les maisons de repos, les maisons de santé, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme ou les établissements prévus pour les soins de garde.

Hôpital : Un établissement de soins actifs qui offre des traitements à des patients hospitalisés, à l'exception de toute partie d'un tel établissement qui est conçu pour des soins de longue durée. L'établissement doit :

- avoir des installations à des fins de diagnostic et d'interventions chirurgicales majeures;
- être inscrit en vertu de la loi provinciale sur l'hospitalisation et être admissible aux paiements en vertu de cette loi;
- être exploité conformément à la loi applicable;
- offrir des soins infirmiers 24 heures sur 24; et
- exiger que chaque patient soit sous les soins directs d'un médecin.

Exclusion : les maisons de convalescence, les établissements de réadaptation physique ou psychiatrique, les maisons de maternité, les centres d'accueil, les maisons de repos, les maisons de retraite, les résidences pour personnes âgées, aveugles, sourdes ou malades chroniques ou psychiatriques, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les résidences pour personnes semi-autonomes ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme. La définition d'hôpital exclut également toute section ou tout lit d'hôpital aménagés pour tous les types de soins indiqués dans le présent paragraphe.

Garantie Soins de santé complémentaires

Établissement de réadaptation physique : Un établissement public offrant des soins de réadaptation physique aux patients qui ont des déficiences et des incapacités physiques, qui ne nécessitent pas de soins actifs, mais qui ont besoin d'une supervision médicale continue dans le but de recouvrer une certaine capacité fonctionnelle et une qualité de vie. L'établissement doit être enregistré auprès de l'organisme gouvernemental approprié.

Exclusion : les maisons de repos, les centres d'accueil, les maisons de retraite, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les établissements prévus pour les soins de garde ou les centres pour le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties; et
- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Définitions du présent contrat. De façon exceptionnelle, Croix Bleue se réserve toutefois le droit de rembourser des frais non mentionnés dans ces catégories, à condition que ces frais appartiennent à l'une des catégories mentionnées ci-dessous.

Hospitalisation (*régime de base et élargi*)

Hôpital : L'occupation d'une chambre lorsque l'assuré est admis dans un hôpital en tant que patient hospitalisé pour des soins actifs. Le type de chambre admissible est mentionné dans le Sommaire des garanties.

Soins de convalescence / Réadaptation physique : L'occupation d'une chambre lorsqu'un assuré est admis dans une maison de convalescence ou un établissement de réadaptation physique dans les 14 jours suivant son congé de l'hôpital où il recevait des soins actifs.

La protection en vertu de l'Hospitalisation se limite à la chambre et à la pension.

Exclusion : les frais administratifs et secondaires (par exemple : télévision, téléphone et stationnement).

Fournitures et services médicaux (*régime de base et élargi*)

Service ambulancier : En cas d'urgence, les frais pour le transport en ambulance d'un patient sur civière, en provenance ou en direction de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins d'urgence dont l'assuré a besoin, incluant le transport aérien ou ferroviaire.

Exclusion : les frais pour le transport entre hôpitaux.

Garantie Soins de santé complémentaires

Soins infirmiers : Les frais pour les services d'un infirmier autorisé ou d'un infirmier auxiliaire lorsque ces services sont rendus au domicile de l'assuré et ne sont pas principalement des soins de garde ou des soins d'une sage-femme.

Les soins infirmiers peuvent nécessiter une approbation préalable de Croix Bleue pour être remboursés en tout ou en partie. Les montants de remboursement pour les soins infirmiers sont basés sur le barème de paiement établi par Croix Bleue pour chacune des provinces.

Les frais pour les services d'un aide-soignant au domicile peuvent également être admissibles si l'assuré est sous les soins professionnels d'un infirmier ou nécessite des soins à domicile pour son rétablissement après son congé de l'hôpital. Les aides-soignants offrent des services essentiels en lien avec les 5 Activités de la vie quotidienne.

Exclusion : les frais pour les soins de garde, l'aide familiale, le magasinage, le transport, les soins de relève et les services non reliés aux Activités de la vie quotidienne.

Professionnels de la santé : Les frais admissibles pour un traitement reçu de tout Professionnel de la santé mentionné dans le Sommaire des garanties. La protection se limite à :

- des traitements dispensés par un professionnel de la santé dans les limites de sa compétence; et
- 1 traitement par jour par professionnel.

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, une prescription médicale n'est pas requise pour que le traitement soit admissible à la protection.

Exclusions :

- produits fournis par un professionnel de la santé (sauf s'ils sont considérés comme couverts en vertu du présent contrat);
- bilans de santé complets;
- frais pour des services obtenus dans un hôpital; et
- sessions de traitement en groupe.

Équipement médical : Les frais de location de l'équipement médical suivant :

- fauteuil roulant manuel ou électrique, incluant les coussins et les insertions;
- lit d'hôpital manuel ou électrique, incluant le matelas et les côtés de lit de sécurité;
- équipement pour l'administration d'oxygène, perceuse, pompe à succion et respirateur;
- matériel de traction et pompe de compression; et
- lève-personne.

L'achat d'équipement médical nécessite une approbation préalable de Croix Bleue, à défaut de quoi cet achat peut ne pas être admissible en tout ou en partie à un remboursement.

Garantie Soins de santé complémentaires

Si, en raison d'une longue maladie ou d'une invalidité prolongée, l'équipement médical est l'objet d'une utilisation à long terme, Croix Bleue peut, à sa discrétion, approuver l'achat de cet équipement. Si un tel achat est approuvé, la location ou l'achat d'une deuxième pièce d'un équipement semblable est limité à une fois par période de 5 années civiles.

Deux pièces d'équipement sont semblables si elles remplissent une même fonction (par exemple, faciliter la respiration; assurer la mobilité; administrer de l'insuline).

Exclusion : les frais pour les matelas spéciaux et les appareils de climatisation ou les purificateurs d'air.

Aides à la mobilité et appareils orthopédiques : Les frais d'achat ou de location de béquilles, de cannes et de marchettes, de plâtre, d'attelles, de bandages herniaires, d'appareils de soutien et de collets cervicaux.

Prothèses : Les frais pour les prothèses suivantes :

- membres artificiels standards ou membres myoélectriques, jusqu'à concurrence de 1 par membre à vie. Un maximum de 10 000 \$ s'applique pour les membres myoélectriques;
- yeux artificiels, jusqu'à concurrence de 1 par œil, à vie;
- nez artificiel, sous réserve d'un seul à vie;
- prothèses mammaires requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence de 1 prothèse par sein par 2 années civiles; et
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux est causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, jusqu'à concurrence de 300 \$ à vie.

La réparation ou les ajustements des prothèses admissibles sont remboursés jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile.

Exclusions :

- genoux à microprocesseurs;
- prothèses capillaires lorsque la perte des cheveux n'est pas causée par une pathologie sous-jacente ou son traitement, traitement de remplacement des cheveux et autres traitements pour la perte physiologique des cheveux (par exemple, calvitie masculine); et
- remplacement des prothèses, sauf si requis en raison d'un changement pathologique ou physiologique.

Tests diagnostiques : Les frais pour les tests diagnostiques suivants lorsque fournis par un laboratoire approuvé par Croix Bleue :

- analyses de laboratoire; et
- pour les résidents du Québec, services d'imagerie diagnostique (échographies, électrocardiogrammes, tomodensitogrammes (CT scans), radiographies et imagerie par résonance magnétique (IRM)). Les dépenses doivent être engagées au Canada.

Exclusion : les frais pour les services diagnostiques à des fins de dépistage, ainsi que les tests diagnostiques lorsque le régime de santé gouvernemental de l'assuré en interdit le remboursement.

Garantie Soins de santé complémentaires

Autres fournitures et services médicaux : Les frais pour les fournitures et services médicaux suivants :

- matériel pour les tests d'allergies, jusqu'à concurrence de 50 \$ par année civile;
- achat d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 1 à vie;
- réparation d'un larynx artificiel, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année civile;
- vêtements compressifs pour brûlures majeures, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année civile;
- vêtements de compression graduée (y compris les bas), jusqu'à concurrence de 200 \$ par année civile;
- stérilet, jusqu'à concurrence de 75 \$ par 2 années civiles;
- fournitures pour personnes stomisées, cathéters et fournitures de cathétérisation;
- oxygène;
- tube d'espacement, jusqu'à concurrence de 1 par année civile;
- aides orthophoniques pour les personnes n'ayant pas une capacité normale de communication verbale, jusqu'à concurrence de 500 \$ à vie;
- manchons pour lymphœdème, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- soutiens-gorge postopératoires, jusqu'à concurrence de 2 par année civile;
- neurostimulateurs transcutanés (TENS), jusqu'à concurrence de 300 \$ par 5 années civiles; et
- entraînement visuel et exercices correctifs de la vue prodigués par un ophtalmologiste ou un optométriste, jusqu'à concurrence de 150 \$ à vie.

Soins dentaires à la suite d'un accident : Les frais pour un traitement dentaire, lorsque requis pour réparer ou remplacer des dents naturelles saines. Une dent est considérée comme saine si, avant l'accident :

- elle n'avait aucune blessure, maladie ou défaut;
- elle ne nécessitait pas de restaurations supplémentaires pour rester intacte ou en place; et
- elle ne présentait pas de dégradation, ni de perte d'os ou de racine.

Pour être admissible à la protection, le traitement doit :

- être requis en raison d'un coup accidentel et direct à la bouche ou en raison d'une mâchoire fracturée ou disloquée nécessitant d'être remise en place;
- être requis en raison d'un accident subi alors que cette couverture était offerte par l'employeur;
- débuter dans les 180 jours suivant l'accident ou la dislocation, ou comprendre un plan de traitement détaillé satisfaisant pour Croix Bleue, lequel doit être soumis pour approbation à l'intérieur de cette période; et
- avoir été reçu dans les 24 mois suivant la date de l'accident ou de la dislocation, sauf si Croix Bleue a approuvé un traitement différé pour l'assuré en raison de son âge.

Garantie Soins de santé complémentaires

Les montants couverts sont déterminés en fonction du guide des tarifs des dentistes généralistes applicable dans la province où les soins sont rendus, édition de l'année durant laquelle les frais ont été engagés.

Exclusion : les dommages accidentels aux dents qui surviennent en mangeant.

Chirurgie esthétique à la suite d'un accident : Les frais de chirurgie esthétique à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée, à la condition que les soins débutent dans les 12 mois suivant la date de l'accident et se terminent dans les 36 mois de cette date.

Fournitures et services médicaux (*régime élargi seulement*)

Pompe à insuline : Les frais pour une pompe à insuline pour le traitement du diabète de type 1.

Appareils pour diabétiques : Les frais pour un glucomètre, un injecteur d'insuline à pression, un moniteur de mesure du glucose en continu ou un système de dosage de l'insuline, ou tout autre équipement approuvé par Croix Bleue qui a des fonctions similaires. L'équipement doit être utilisé pour le traitement et le contrôle du diabète.

Prothèses auditives : Les frais d'achat et de réparation de prothèses auditives, lorsque prescrites par un otorhinolaryngologiste ou un otologiste, ou recommandées par un audiologiste, jusqu'au maximum global prévu pour les deux oreilles.

Exclusion : les frais pour les piles et les examens de l'audition.

Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires fabriquées sur mesure : Les frais pour :

- l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques faites sur mesure ou de chaussures orthopédiques préfabriquées qui ont été personnalisées au moyen de modifications permanentes pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition que :
 - les chaussures soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre;
 - l'assuré fournisse une copie de l'évaluation biomécanique ou de l'analyse de la démarche faite par le professionnel de la santé qui a prescrit les chaussures; et
 - les chaussures soient fournies par un fournisseur approuvé de chaussures orthopédiques.
- les orthèses plantaires faites sur mesure pour accommoder, soulager ou corriger un défaut mécanique ou une anomalie du pied, à condition :
 - qu'elles soient prescrites par le médecin traitant, un chirurgien orthopédiste, un physiatre, un rhumatologue ou un podologue ou podiatre; et
 - qu'elles soient fournies par un fournisseur approuvé d'orthèses plantaires faites sur mesure.

Exclusion : l'achat et la réparation de chaussures orthopédiques préfabriquées sans modifications permanentes et de chaussures profondes.

Garantie Soins de santé complémentaires

Cure de désintoxication (pour l'adhérent seulement) : Les frais pour un séjour dans une clinique spécialisée de désintoxication, d'alcoolisme et de toxicomanie, sous le contrôle d'un médecin licencié et sous la surveillance d'un infirmier diplômé.

Certificat médical (pour l'adhérent seulement) : Les frais pour l'obtention d'un certificat médical produit pour justifier une invalidité (d'une période de 180 jours ou plus). L'invalidité doit au préalable être confirmée à l'assureur par l'administrateur du régime.

Soins de la vue (*régime élargi seulement*)

Examen de la vue : Les frais engagés auprès d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste pour un examen de la vue.

Verres, montures, verres de contact et chirurgie oculaire au laser : Si mentionné dans le Sommaire des garanties, les frais pour les produits et les services suivants sont admissibles lorsque prescrits par un ophtalmologiste ou un optométriste :

- les lunettes (montures et verres) et les verres de contact correcteurs;
- la chirurgie oculaire au laser; et
- les lentilles intraoculaires implantées lors d'une chirurgie de la cataracte.

Exclusion : les frais pour des lunettes de soleil non correctrices ou des lunettes protectrices.

Verres de contact requis à la suite de certaines maladies oculaires : Les frais pour verres de contact requis à la suite d'une kératite ulcéreuse, d'une cicatrisation sévère de la cornée, d'un kératocône, d'une aphakie ou d'une dégénérescence marginale de la cornée, jusqu'à concurrence de 300 \$ par 24 mois consécutifs. Les verres de contact doivent restaurer l'acuité visuelle à au moins 20/40 alors que cette amélioration ne serait pas possible avec des lunettes correctrices.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

L'assuré paie au fournisseur approuvé le coût total des frais au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite les frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Certains fournisseurs approuvés peuvent offrir le paiement direct. Dans ce cas, le fournisseur approuvé soumet électroniquement à Croix Bleue la demande de règlement de l'assuré pour vérifier l'admissibilité au moment de l'achat. L'assuré paie seulement au fournisseur approuvé la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie. Croix Bleue rembourse la portion restante de la demande de règlement directement au fournisseur approuvé.

Garantie Soins de santé complémentaires

Exclusions et restrictions

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) soins médicaux couverts en vertu de tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) services, traitements ou fournitures qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iii. sont facultatifs; ou
 - iv. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- g) services reliés à la planification des naissances (à l'exception des frais de stérilets), y compris l'insémination artificielle et les frais de laboratoire ou autres reliés aux traitements de fertilité, que l'infertilité soit considérée comme une maladie ou non;
- h) frais pour les services admissibles en vertu de la Garantie Voyage du présent contrat, le cas échéant;
- i) services ou fournitures normalement destinés aux loisirs ou aux sports;
- j) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts;
- k) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires (à l'exception, en vertu du régime élargi, des frais de certificats médicaux pour justifier une absence du travail ou une invalidité de l'adhérent);
- l) examens médicaux ou bilans de santé;
- m) frais de kilométrage ou de livraison en provenance ou en direction d'un hôpital ou vers un professionnel de la santé; ou
- n) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu.

Garantie Soins de santé complémentaires

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Droit de transformation en une police d'assurance individuelle

Un assuré qui n'est plus admissible à la protection en vertu de la présente garantie peut transformer sa couverture collective en un régime individuel similaire de soins de santé complémentaires offert par Croix Bleue.

Les régimes individuels émis en vertu du présent droit de transformation sont sujets aux modalités mentionnées dans la clause Droit de transformation en une police d'assurance individuelle de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définition spécifique

La définition qui suit s'applique à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Définitions du présent contrat.

Unité : Une unité de temps correspond à un intervalle de 15 minutes ou à toute portion d'un intervalle de 15 minutes. Cependant, lorsque la couverture est décrite en termes d'unités de temps, mais que les frais ne sont pas décrits en termes d'unités de temps dans le guide des tarifs mentionné dans le présent régime, chaque service donné est alors considéré comme 1 unité de temps, peu importe sa durée.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais admissibles, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement de tous les frais admissibles est limité aux Pourcentages de remboursement et aux Maximums mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'adhérent doit payer le montant de la Franchise, s'il y a lieu, mentionné dans le Sommaire des garanties;
- le montant des frais admissibles auquel le Pourcentage de remboursement s'applique est le moindre :
 - des frais effectivement engagés par l'adhérent; ou
 - des tarifs mentionnés dans le guide des tarifs dentaires approuvés par Croix Bleue (le guide applicable et son année d'édition sont mentionnés dans le Sommaire des garanties);
- les dépenses admissibles de frais de laboratoire sont limitées à 50 % du montant indiqué dans le guide des tarifs pour le service fourni;
- lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le paiement est limité au coût du traitement le moins cher répondant aux besoins dentaires de base de l'assuré. La présente clause s'applique aux services mentionnés dans l'Application de la solution de rechange la moins coûteuse prévue dans le Sommaire des garanties;
- les frais admissibles doivent avoir été engagés auprès :
 - d'un dentiste;
 - d'un denturologiste, lorsque les services sont dans les limites de sa compétence; ou
 - d'un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste ou travaillant de façon autonome lorsque la législation provinciale le permet; et

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

- les prestations sont sujettes à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie.

La présente garantie couvre les frais figurant explicitement dans les catégories suivantes, à condition qu'ils répondent également à la définition de frais admissibles de la section Définitions du présent contrat. De façon exceptionnelle, Croix Bleue se réserve toutefois le droit de rembourser des frais non mentionnés dans ces catégories, à condition que ces frais appartiennent à l'une des catégories mentionnées ci-dessous.

Soins préventifs

Examens et diagnostic : Frais engagés pour les services suivants :

- examen buccal complet ou général, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- examen de rappel, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs;
- examen buccal, pour les enfants à charge de moins de 10 ans, qui n'est pas remboursable par la RAMQ, jusqu'à concurrence de 1 par période de 12 mois consécutifs;
- examen buccal d'urgence; et
- examen limité ou d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence de 1 par année civile.

Radiographies : Frais engagés pour les services suivants :

- série complète, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- pellicule panoramique, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- intra-orales :
 - périapicales; et
 - occlusales et interproximales, jusqu'à concurrence de 1 procédure par année civile;
- sialographies; et
- substances radio-opaques.

Tests et examens de laboratoire : Frais engagés pour les services suivants :

- culture microbiologique;
- biopsie des tissus buccaux mous;
- biopsie des tissus buccaux durs; et
- examen cytologique.

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Services préventifs : Frais engagés pour les services suivants :

- polissage des dents, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs;
- traitement au fluorure, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs;
- instruction d'hygiène buccale, jusqu'à concurrence de 1 unité à vie;
- scellants des puits et des fissures (pour les assurés de moins de 18 ans seulement); et
- détartrage, jusqu'à concurrence de 1 par période de 6 mois consécutifs.

Appareils de maintien : pour les assurés de moins de 18 ans seulement.

Soins de base

Services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- restaurations en amalgame, en acrylique, en silicate ou en composite des dents antérieures et postérieures;
- tenons de rétention;
- restaurations préfabriquées en acier inoxydable ou en polycarbonate; et
- coiffage de pulpe.

Endodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- pulpotomie;
- pulpectomie;
- traitement de canal;
- chirurgie endodontique;
- blanchiment (sur dents devitalisées seulement); et
- apexification.

Parodontie : Frais engagés pour les services suivants :

- chirurgie parodontale;
- jumelage provisoire;
- soins des infections aiguës;
- désensibilisants, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- curetage;
- surfaçage radiculaire;
- équilibrage de l'occlusion, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile;
- appareils parodontaux, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles;
- ajustements aux appareils, jusqu'à concurrence de 3 unités par année civile; et
- autres services parodontaux complémentaires.

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Prothèses dentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- prothèses amovibles complètes et partielles, jusqu'à concurrence de 1 par 5 années civiles;
- pont, jusqu'à concurrence de 1 par dent par 5 années civiles;
- construction et insertion d'une prothèse initiale permanente ou d'un pont initial si nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
- remplacement d'une prothèse ou d'un pont en place par une prothèse ou un pont permanent, pourvu que :
 - la prothèse ou le pont soit nécessaire en raison de l'extraction d'au moins 1 dent naturelle alors que l'assuré est couvert en vertu de la présente garantie; et
 - la prothèse à changer soit en place depuis au moins 5 ans.

Ajustement de prothèses amovibles : Frais engagés pour les services suivants :

- réparations;
- ajustements;
- rebasage ou regarnissage, jusqu'à concurrence de 1 par 2 années civiles; et
- nettoyage et polissage.

Chirurgie buccale : Frais engagés pour les services suivants :

- ablation de dents et de racines;
- exposition et déplacement chirurgical de dents;
- incision, ablation et drainage des tumeurs ou des kystes;
- frénectomie (modification chirurgicale du frein);
- ablation, réduction ou correction de tissu osseux et gingival; et
- soins post-chirurgicaux.

Services généraux complémentaires : Frais engagés pour les services suivants :

- anesthésie;
- pansement temporaire pour le soulagement d'urgence de la douleur; et
- finition des obturations.

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Soins de restauration majeure

Restaurations complexes : Frais engagés pour les services suivants :

- incrustations;
- incrustations avec recouvrement de cuspidés; et
- couronnes : pour dents endommagées en raison de caries ou d'une blessure traumatique (autre que les restaurations préfabriquées).

Un seul des services mentionnés ci-dessus est admissible par dent, par 5 années civiles.

Autres services de restauration : Frais engagés pour les services suivants :

- corps coulé;
- pivot préfabriqué;
- recimentation d'incrustation ou de couronne; et
- ablation d'incrustation ou de couronne.

Soins orthodontiques

Frais engagés pour les services suivants :

- examens orthodontiques;
- modèles de diagnostic orthodontiques non montés;
- appareils amovibles pour repositionner les dents;
- appareils fixes ou cimentés (appareils orthodontiques);
- appareils de contrôle des habitudes buccales;
- appareils de rétention; et
- traitement complet majeur.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Au moment de l'achat, le fournisseur approuvé soumet la demande de règlement directement à Croix Bleue ou remet à l'assuré un formulaire de demande de règlement rempli, ainsi qu'un reçu, lesquels doivent alors être soumis à l'assureur par l'assuré. Ce dernier doit alors, selon le cas :

- payer la portion de la demande de règlement qui n'est pas couverte par la présente garantie et Croix Bleue rembourse directement la portion restante au fournisseur approuvé; ou
- payer le montant total facturé par le fournisseur approuvé et être ensuite remboursé par Croix Bleue pour toute portion admissible.

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

Évaluation préalable pour les demandes de règlement de plus de 500 \$

Lorsque le coût total de tout traitement est estimé à plus de 500 \$, l'adhérent doit soumettre à Croix Bleue, avant le début du traitement, un plan de traitement détaillé précisant le type de traitement qui doit être fait, ainsi que le prix demandé.

Croix Bleue avise ensuite l'adhérent du montant admissible à un remboursement. Le traitement doit être rendu par le dentiste qui a préparé le plan de traitement, à défaut de quoi un nouveau plan de traitement doit être soumis à Croix Bleue pour une réévaluation.

Date du traitement

Les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les soins ou les fournitures ont été donnés. Pour les procédures nécessitant plus de 1 séance, les frais admissibles sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle la procédure complète s'est terminée ou à laquelle l'appareil a été mis en place.

Remboursement pour les soins orthodontiques

Les soins orthodontiques sont remboursés de la façon suivante :

- au moment où l'assuré effectue son paiement pour les soins orthodontiques, Croix Bleue rembourse le moindre entre :
 - le paiement initial effectué par l'assuré; ou
 - la moitié du montant total des frais admissibles en lien avec le traitement; et
- le solde du montant total des frais admissibles est divisé par le nombre de mois de traitement restant et est alors remboursé en versements mensuels égaux pour la durée du traitement.

Exclusions et restrictions

Sauf indication contraire dans le Sommaire des garanties, aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) pour les éléments suivants :

- a) services, traitements, articles ou fournitures qui n'entrent pas dans les catégories de frais admissibles figurant dans la présente garantie;
- b) services, traitements ou fournitures couverts par tout régime de santé gouvernemental ou frais payables en vertu de toute commission de la santé et de la sécurité du travail, de toute société de l'assurance automobile ou d'autres lois ou régimes semblables;
- c) soins dentaires qui étaient couverts en vertu des régimes mentionnés en b) à la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur, mais qui ont cessé de l'être ou à l'égard desquels ces régimes ont été modifiés;
- d) services, traitements ou fournitures que l'assuré a reçus gratuitement;
- e) frais qui n'auraient pas été engagés à défaut de couverture;
- f) dispositif anti-ronflement et appareil buccal pour l'apnée du sommeil;
- g) soins donnés par un hygiéniste dentaire, mais qui ne sont pas administrés sous la surveillance d'un dentiste, sauf dans les provinces où une telle supervision n'est pas légalement requise;

Garantie Soins dentaires (régime élargi seulement)

- h) services, traitements ou fournitures qui :
 - i. ne sont pas médicalement nécessaires (sauf pour les soins préventifs);
 - ii. sont donnés à de seules fins esthétiques; ou
 - iii. sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- i) services ou frais engagés en raison :
 - i. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public; ou
 - ii. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
- j) dépenses engagées après la date de fin de la couverture de l'assuré, même si un plan de traitement détaillé a été soumis et approuvé par Croix Bleue avant cette date;
- k) soins dentaires admissibles en vertu de la Garantie Soins de santé complémentaires du présent contrat, le cas échéant;
- l) jumelage pour des raisons de parodontie, lorsque des couronnes, des incrustations ou des recouvrements de cuspides sont utilisés à cette fin;
- m) traitement ou appareil, directement ou indirectement relié à la restauration complète de la bouche, dans le but de corriger la dimension verticale ou toute dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou dysfonction myofaciale;
- n) facettes;
- o) implants et services qui y sont reliés;
- p) fournitures supplémentaires, telles que les pièces de rechange et les substituts; ou
- q) frais pour les rendez-vous manqués ou pour remplir des formulaires.

Couverture pour les personnes qui adhèrent au régime de soins dentaires en retard

Pour les assurés dont la couverture entre en vigueur plus de 31 jours après leur date d'admissibilité, le montant maximal remboursé en vertu de la présente garantie est de 250 \$ pour les 12 premiers mois consécutifs de la couverture.

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Garantie Voyage

Objet de la garantie

Croix Bleue rembourse les frais admissibles décrits dans la présente garantie, sous réserve des modalités définies ci-dessous.

Définitions spécifiques

Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente garantie, en plus de celles prévues dans la section Définitions du présent contrat.

Urgence ou situation d'urgence : Une situation qui nécessite un traitement médical immédiat en lien avec :

- une blessure qui résulte d'un accident;
- une nouvelle condition médicale qui débute au cours du voyage; ou
- une condition médicale que l'assuré avait avant son voyage (ou avant de réserver son voyage), mais qui est stable.

Une condition médicale est stable si, au cours des 90 jours (180 jours pour les assurés de 75 ans et plus) **précédant la date de départ** ou dans les 90 jours (180 jours pour les assurés de 75 ans et plus) **précédant la date de réservation** dans le cas de la Garantie Annulation et interruption de voyage, l'assuré n'a pas :

- été traité ou évalué pour de nouveaux symptômes qui sont reliés à cette condition ou à une condition connexe;
- éprouvé de symptômes qui ont augmenté en fréquence ou en sévérité, ou reçu des résultats d'examen indiquant la détérioration de la condition;
- reçu de prescription pour un nouveau traitement ou un changement de traitement relativement à cette condition (généralement, une réduction de la médication en raison de l'amélioration de la condition ou un changement régulier dans la médication dans le cadre d'un plan de traitement établi ne sont pas considérés comme étant un changement de traitement);
- été admis ou traité dans un hôpital en raison de cette condition; ou
- été en attente de nouveaux traitements ou de tests concernant cette condition (autres que des tests de routine).

Les critères ci-dessus sont considérés globalement par rapport à la condition médicale dans son ensemble.

Hôpital : Un établissement qui :

- est enregistré en tant qu'hôpital accrédité à l'extérieur de la province de résidence de l'assuré;
- offre des soins et des traitements à des patients internes ou externes;
- offre les services d'un infirmier diplômé 24 heures par jour;

Garantie Voyage

- dispose d'un laboratoire; et
- a une salle d'opération où des interventions chirurgicales sont pratiquées par un chirurgien légalement accrédité.

Exclusion : tout établissement utilisé principalement comme clinique, établissement ou partie d'établissement pour les soins prolongés, maison de convalescence, maison de repos, établissement thermal ou centre pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, sauf si Croix Bleue l'a spécialement autorisé.

Membre de la famille immédiate : Les parents, le conjoint, les enfants, ainsi que les frères et sœurs de l'assuré.

Événement : Une occurrence isolée de cas d'urgence.

Compagnon de voyage : Les personnes qui partagent des arrangements de voyage payés à l'avance avec l'assuré, sous réserve d'un maximum de 3 compagnons de voyage, pour un voyage donné.

Voyage : Déplacement de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence.

Ce qui est couvert

Croix Bleue rembourse les frais figurant dans les catégories ci-dessous, sous réserve des modalités suivantes :

- le remboursement des frais est limité au Pourcentage de remboursement, aux Maximums et à la Durée de la protection mentionnés ci-dessous ou dans le Sommaire des garanties;
- l'assuré doit obtenir l'autorisation préalable de Croix Bleue avant d'engager des frais admissibles;
- les frais doivent être usuels, raisonnables et conformes à la pratique courante, c'est-à-dire que :
 - le montant facturé est conforme au montant généralement facturé par les professionnels de la santé pour des produits et des services semblables dans le lieu géographique où le service ou la fourniture ont été obtenus; et
 - la fréquence et la quantité d'achat des services et des fournitures sont, de l'avis de Croix Bleue en consultation avec ses consultants médicaux, conformes à la fréquence et à la quantité généralement prescrites ou nécessaires pour la condition de l'assuré;
- les remboursements sont limités conformément à la clause Exclusions et restrictions de la présente garantie;
- les remboursements pour la présente garantie sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime. Lorsque le tribunal détermine qu'une couverture primaire est offerte en vertu du contrat et de tout autre régime, la présente garantie sera coordonnée avec l'autre régime; et
- le remboursement est sujet à la vérification après remboursement conformément à la clause Droit d'audit du présent contrat.

Garantie Voyage

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- ceux-ci sont engagés en raison d'une urgence;
- l'assuré était couvert par un régime de santé gouvernemental lorsque l'urgence est survenue; et
- Croix Bleue est d'avis que la dépense est nécessaire pour stabiliser la condition médicale de l'assuré.

Hospitalisation : Les frais pour une chambre dans un hôpital (une seule chambre) et les services médicalement nécessaires pour les patients internes et externes.

Honoraires de médecins : Les honoraires pour les services d'un médecin ou d'un chirurgien.

Appareils médicaux : Le coût de plâtres, de béquilles, de cannes, d'écharpes, d'attelles, de bandages herniaires et d'appareils de soutien, ainsi que le coût de location temporaire d'un fauteuil roulant, d'un triporteur ou d'un quadriporteur, lorsque prescrits par le médecin traitant.

Soins infirmiers : Sur ordonnance du médecin traitant, les honoraires pour des soins infirmiers privés dispensés par un infirmier ou un infirmier auxiliaire qui n'a aucun lien de parenté avec l'assuré et qui n'est pas un employé de l'hôpital.

Exclusion : les honoraires d'infirmiers pour des soins de garde.

Frais de diagnostic : Les frais d'analyses de laboratoire, de radiographies et d'imagerie diagnostique, lorsque prescrites par le médecin traitant.

Médicaments : Le coût de médicaments obtenus sur ordonnance d'un médecin, sous réserve de la quantité suffisante pour traiter la condition pendant la période du voyage. L'assuré doit fournir une preuve d'achat satisfaisante de ces médicaments, indiquant :

- le nom de l'assuré;
- la date d'achat;
- le nom du médicament;
- le numéro d'identification du médicament, si disponible;
- la quantité;
- la posologie et le dosage du médicament; et
- le coût total.

Services paramédicaux : Les honoraires pour les services de chiropraticiens, d'ostéopathes, de podologues ou podiatres et de physiothérapeutes.

Exclusion : les frais pour les radiographies.

Garantie Voyage

Soins dentaires à la suite d'un accident et autres urgences dentaires : Les honoraires pour les services d'un dentiste pour un traitement :

- a) relatif à l'endommagement de dents naturelles résultant d'un coup direct accidentel à la bouche;
- b) nécessaire pour réparer une fracture ou une dislocation de la mâchoire résultant d'un accident; ou
- c) nécessaire pour soulager une douleur dentaire urgente, autre que les cas figurant en a) ou en b).

Pour un traitement des catégories a) ou b) :

- le traitement doit débiter alors que l'assuré est couvert par la présente garantie et se terminer dans les 6 mois suivant l'accident, sauf si un traitement différé est approuvé par Croix Bleue en raison de l'âge du patient; et
- le remboursement maximal par événement est de 2 000 \$.

Pour les traitements de la catégorie c), le remboursement maximal par événement est de 200 \$.

Service ambulancier : Les frais de transport terrestre ou aérien en ambulance pour conduire un patient en civière jusqu'à l'établissement médical adéquat le plus proche. Les frais de transport entre hôpitaux sont inclus si le médecin traitant et Croix Bleue déterminent que les installations existantes ne sont pas appropriées pour le traitement ou la stabilisation de l'assuré.

Rapatriement dans la province de résidence : Les frais pour le rapatriement de l'assuré dans sa province de résidence pour recevoir des soins médicaux immédiats, ainsi que les frais de rapatriement simultané d'un compagnon de voyage ou des membres de sa famille qui l'accompagnent et qui sont couverts en vertu du contrat. Est également admissible le coût d'un préposé médical qui l'accompagne.

Si le retour se fait sur un vol commercial, la couverture inclut :

- le transport en classe économique pour l'assuré et son compagnon de voyage ou un préposé médical jusqu'à la ville de résidence de l'assuré au Canada; et
- s'il s'agit d'un préposé médical, le transport de retour en classe économique.

Sauf si le rapatriement ou le transfert de l'assuré est impossible pour des raisons médicales jugées satisfaisantes par Croix Bleue, cette dernière peut demander le rapatriement de tout assuré ou son transfert vers un autre établissement hospitalier. Si l'assuré refuse le rapatriement ou le transfert, tous ses droits aux prestations prennent fin relativement à l'événement en cause.

Transport pour visiter l'assuré : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de la famille immédiate de l'assuré, jusqu'à l'hôpital où ce dernier a été admis depuis 7 jours ou plus, si le médecin traitant atteste par écrit la nécessité d'une telle visite. Croix Bleue peut toutefois renoncer à appliquer le critère de 7 jours si elle le juge pertinent.

Garantie Voyage

Advenant le décès de l'assuré, les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour le transport aller-retour en classe économique d'un membre de sa famille immédiate, aux fins d'identification de son corps.

Retour du véhicule : Les frais engagés par une agence commerciale pour le retour du véhicule de l'assuré, personnel ou loué, jusqu'à sa résidence ou jusqu'à l'agence de location appropriée la plus proche, lorsque l'assuré est incapable de conduire en raison d'une urgence. Un certificat médical du médecin traitant confirmant l'incapacité médicale de l'assuré à conduire le véhicule est requis. La prestation versée est sujette à un maximum de 1 000 \$ par voyage.

Retour de la dépouille : Les frais pour la préparation et le retour de la dépouille de l'assuré jusqu'à son point de départ dans sa province de résidence, jusqu'à un maximum de 5 000 \$.

Repas et hébergement : Les frais pour l'hébergement et les repas dans un établissement commercial lorsque le voyage de l'assuré est retardé en raison d'une situation d'urgence subie par l'assuré ou son compagnon de voyage. Le médecin traitant doit documenter la raison médicale qui a entraîné le délai.

Le remboursement maximal équivaut à 150 \$ par jour et maximum de 20 jours (jusqu'à un montant maximum global de 3 000 \$ par événement).

Tous les frais doivent être appuyés par des reçus d'établissements commerciaux.

Assistance voyage

Par l'intermédiaire de son fournisseur d'assistance voyage, Croix Bleue fournit une ligne d'urgence sans frais, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, pour les assurés qui ont besoin d'assistance médicale ou générale au cours d'un voyage.

Assistance médicale

Lorsque l'assuré a besoin d'être hospitalisé ou de consulter un médecin en raison d'une urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit les services de soutien suivants :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital appropriés;
- confirmer la couverture de l'assuré auprès du fournisseur de service;
- assurer le suivi du dossier médical et communiquer avec le médecin de famille de l'assuré;
- coordonner le retour à la maison d'un enfant si l'assuré est hospitalisé;
- rapatrier l'assuré dans sa province de résidence si l'assuré répond aux critères requis pour le rapatriement;
- organiser le transport d'un membre de la famille immédiate jusqu'au chevet de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour une telle visite; et
- coordonner le retour du véhicule de l'assuré si ce dernier répond aux critères requis pour un tel retour.

Garantie Voyage

Assistance générale

Dans les situations d'urgence, le fournisseur d'assistance voyage de Croix Bleue fournit également les services suivants à l'assuré :

- transmission de messages urgents;
- coordination des demandes de règlement;
- service d'un interprète lors d'appels d'urgence;
- référence à un avocat dans le cas d'un accident grave;
- règlement des formalités en cas de décès;
- assistance en cas de perte ou de vol de papiers d'identité; et
- informations sur les ambassades et les consulats.

Des conseils avant le voyage en ce qui concerne les visas et les vaccins sont également offerts.

Croix Bleue et son fournisseur d'assistance voyage ne sont pas responsables de la qualité des soins médicaux et hospitaliers reçus par l'assuré, ni de l'accessibilité de ces soins ou de l'impossibilité de les obtenir.

Patients dirigés hors Canada

Lorsqu'un médecin traitant dirige un assuré à l'extérieur du Canada pour des soins médicaux non offerts au Canada, Croix Bleue rembourse la portion des frais figurant ci-dessous qui excède le montant remboursé par le régime de santé gouvernemental de l'assuré.

Services hospitaliers : Les frais pour :

- la chambre d'hôpital;
- la chambre de soins intensifs;
- les services infirmiers;
- les services donnés dans la salle d'opération et la salle de réveil;
- les services de laboratoire et de diagnostic, y compris les radiographies;
- l'oxygène et le sang;
- les médicaments sur ordonnance, y compris les solutions intraveineuses; et
- la physiothérapie.

Médecins et chirurgiens : Les honoraires professionnels demandés par un médecin ou un chirurgien.

Garantie Voyage

Service ambulancier et accompagnateur : Les frais pour les services ambulanciers requis pour le transport d'un patient sur civière en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près pouvant offrir les soins actifs, y compris tous frais pour le voyage d'un infirmier accompagnateur ou d'un préposé médical, sans aucun lien de parenté avec le patient.

Pour être admissibles à la protection, les frais doivent être approuvés au préalable par Croix Bleue, et le régime de santé gouvernemental de l'assuré doit accepter de couvrir une portion des frais.

Garantie Annulation et interruption de voyage

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section si :

- les frais ont été engagés en raison de la réalisation d'un risque admissible figurant dans la présente section;
- le risque admissible s'est produit en raison d'une situation d'urgence ou d'une situation hors du contrôle de l'assuré;
- l'assuré avertit Croix Bleue de la réalisation du risque admissible dans le délai indiqué dans la présente section;
- l'assuré n'était pas au courant, au moment où les arrangements de voyage ont été faits, de tout événement qui aurait raisonnablement pu l'empêcher d'effectuer le voyage comme prévu; et
- l'assuré présente une preuve de sinistre qui répond aux critères de la présente section.

Les montants payables sont limités à la portion des frais admissibles qui ne peut être créditée ou remboursée en espèces au moment où le risque s'est réalisé.

Risques admissibles

L'assuré est admissible à un remboursement si son voyage est annulé, interrompu ou prolongé en raison d'un des éléments suivants :

- a) hospitalisation ou décès de l'assuré, d'un membre de sa famille immédiate ou d'un compagnon de voyage, d'un membre de la famille immédiate du compagnon de voyage, ou décès d'un associé d'affaires, d'un employé-clé ou de la personne qui prend soin de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- b) maladie ou blessure de l'assuré ou de son compagnon de voyage ou d'un membre de leur famille immédiate, ou d'un associé d'affaires, d'un employé-clé, ou de la personne qui prend soin de l'assuré ou de son compagnon de voyage, si la condition est suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage de l'assuré;
- c) grossesse de l'assurée ou de la compagne de voyage si :
 - i. la grossesse débute après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou après la date à laquelle le billet a été acheté; et
 - ii. la date de départ ou de retour se situe dans les 8 semaines qui précèdent ou qui suivent la date prévue de l'accouchement;

Garantie Voyage

- d) convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme juré ou leur assignation à comparaître comme témoin dans un procès dont la tenue est prévue pendant le voyage, à l'exception des officiers responsables de l'application de la Loi;
- e) mise en quarantaine ou détournement d'avion subis par l'assuré, son compagnon de voyage ou un membre de leur famille immédiate;
- f) sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- g) mutation de l'assuré, de son compagnon de voyage ou de leur conjoint, qui provoque le déménagement de la résidence principale de l'assuré ou de son compagnon de voyage;
- h) appel en service de l'assuré ou de son compagnon de voyage, dans le cas d'un officier responsable de l'application de la Loi, d'un pompier, d'un réserviste ou d'un membre des Forces armées;
- i) vol ou correspondance manqués en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, une défaillance mécanique, un accident, un barrage routier dirigé par la police ou du retard d'une automobile causé par un accident de la route;
- j) décès ou hospitalisation de l'hôte de l'assuré à la destination du voyage;
- k) perte involontaire de l'emploi permanent de l'assuré ou de son compagnon de voyage, qu'il occupait depuis au moins une année complète et qui entraîne l'annulation du voyage;
- l) événement dans le pays ou la région constituant la destination qui amène le gouvernement du Canada à émettre un avis aux voyageurs d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel dans ce pays ou cette région si l'avis aux voyageurs :
 - i. s'applique pour une période de temps qui inclut le voyage prévu; et
 - ii. est émis après la date à laquelle un dépôt non remboursable pour le voyage a été fait ou un billet a été acheté;
- m) annulation d'une réunion d'affaires, avant le départ, pour des raisons hors du contrôle de l'assuré, de son compagnon de voyage ou de leur employeur;
- n) annulation d'un voyage en raison du refus d'une demande de visa de l'assuré ou de son compagnon de voyage pour voyager ou pour séjourner dans le pays constituant la destination si les critères suivants sont remplis :
 - i. ils sont autrement admissibles à un tel visa;
 - ii. le refus n'est pas causé par une demande tardive ou une demande faite à la suite d'un premier refus; et
 - iii. le refus de la demande de visa est motivé par des raisons indépendantes de la volonté de l'assuré ou de son compagnon de voyage; ou
- o) adoption légale d'un enfant par l'assuré ou son compagnon de voyage si la date de l'adoption se situe pendant la période prévue du voyage.

Garantie Voyage

Frais admissibles

Portion non utilisée des frais de voyage :

- **Avant le départ** : Les coûts de voyage payés à l'avance et non remboursables si l'assuré doit annuler son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.
- **Après le départ** : Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ, ainsi que la portion non remboursable des autres arrangements de voyage payés à l'avance (autre que le billet de retour acheté initialement), si l'assuré doit interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Vol ou correspondance manqués :

- Les frais supplémentaires exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de destination du voyage si, en raison du retard d'un transporteur (ligne aérienne, autobus, ou train) causé par des conditions météorologiques, d'une défaillance mécanique, d'un accident, d'un barrage routier opéré par la police ou du retard de l'automobile en raison d'un accident de la route, l'assuré manque son vol ou sa correspondance et ne peut plus poursuivre son voyage tel que planifié, à condition qu'il ait prévu arriver au point de transfert au moins 2 heures avant l'heure de départ prévu.

Les frais d'annulation en raison d'un risque admissible relié aux conditions météorologiques sont remboursés seulement si les conditions météorologiques défavorables entraînent une interruption du voyage d'au moins 30 % de la durée totale du séjour initialement prévu.

Frais pour rejoindre une excursion ou un groupe : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique afin de rejoindre une excursion ou un groupe si l'assuré manque une partie du voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible.

Nouveaux tarifs d'occupation : Les frais supplémentaires pour de nouveaux tarifs d'occupation lorsque l'assuré décide de poursuivre son voyage alors que son compagnon de voyage doit annuler ou interrompre son voyage en raison de la réalisation d'un risque admissible. Les frais supplémentaires sont remboursés jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage annule son voyage.

Retour retardé : Les frais exigés par un transporteur (ligne aérienne, autobus ou train) pour un aller simple en classe économique jusqu'au point de départ lorsque l'assuré doit reporter son retour en raison d'une maladie contractée ou d'une blessure subie par lui-même, un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage. La preuve de sinistre doit démontrer que la maladie ou la blessure est suffisamment grave pour empêcher le retour tel qu'il était prévu.

Avis à donner lors d'une annulation de voyage

Lorsqu'un risque admissible se produit avant la date de départ, l'assuré doit, pour annuler son voyage, communiquer avec son agent de voyages ou son transporteur, de même qu'avec Croix Bleue, dans les 48 heures après la réalisation du risque admissible.

Garantie Voyage

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement en vertu de la présente clause doivent avoir été approuvées par Croix Bleue et être accompagnées, s'il y a lieu, par :

- la preuve des frais admissibles engagés, incluant les billets de transport non utilisés, les reçus officiels pour le transport alternatif et les crédits-voyage;
- une preuve documentée jugée satisfaisante par Croix Bleue, démontrant que le risque admissible est la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage; et
- les éléments suivants :
 - pour un retard causé par un accident de la route, un rapport de police peut être nécessaire;
 - dans le cas de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage en raison d'une situation d'urgence, le médecin traitant doit fournir un certificat médical confirmant le diagnostic et démontrant que la situation d'urgence était suffisamment grave pour entraîner l'annulation, l'interruption ou la prolongation du voyage.

Garantie Bagages

Croix Bleue rembourse les frais admissibles figurant dans cette section, sous réserve des modalités suivantes et du remboursement maximum global de la Garantie Bagages mentionné dans le Sommaire des garanties :

- l'assuré doit prendre toutes les précautions raisonnables pour protéger, sauvegarder ou recouvrer les biens;
- en cas de perte, l'assuré doit avertir Croix Bleue aussi rapidement que possible; et
- Croix Bleue est second payeur par rapport à toute autre assurance responsabilité applicable.

Perte ou endommagement des bagages : Lorsque les bagages de l'assuré sont perdus ou endommagés au cours d'un voyage, Croix Bleue, à sa discrétion :

- rembourse à l'assuré la valeur des bagages et de leur contenu au moment de la perte ou de l'endommagement; ou
- répare ou remplace tout bagage endommagé ou perdu et leur contenu par des biens de même qualité ou de même valeur.

En cas de perte ou d'endommagement d'un article des bagages faisant partie d'un ensemble, la perte est évaluée relativement à la part raisonnable et juste de cet article dans la valeur totale de l'ensemble, en tenant compte de l'importance de cet article et du fait que l'ensemble n'est pas une perte totale.

Retard des bagages : Lorsque les bagages enregistrés sont retardés par le transporteur pendant plus de 12 heures et avant le retour au point de départ, Croix Bleue rembourse jusqu'à concurrence de 250 \$ pour les frais relatifs à des articles de toilette et à des vêtements.

Garantie Voyage

Perte ou vol de documents : Croix Bleue couvre les frais de remplacement d'un passeport, d'un permis de conduire, d'un certificat de naissance ou d'un visa de voyage, en cas de perte ou de vol, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par incident.

Preuve de sinistre

Les demandes de règlement pour la perte, l'endommagement ou le retard des bagages, ou la perte ou le vol de documents sont soumises à l'approbation préalable de Croix Bleue et doivent être accompagnées de la documentation suivante :

- pour la perte de bagages ou de documents, une confirmation écrite du directeur de l'hôtel, du guide touristique ou du transporteur;
- pour le vol de bagages ou de documents, une preuve du rapport fait à la police, ainsi qu'une confirmation écrite relativement aux détails de la perte; et
- pour le retard des bagages, une preuve du retard émise par le transporteur et les reçus pour les articles achetés.

La preuve de la perte ou des dommages ainsi que le montant du sinistre doivent être reçus par Croix Bleue dans les 90 jours suivant la perte ou les dommages, à défaut de quoi la demande de règlement n'est pas admissible à un remboursement.

Demandes de règlement

Comment s'effectue le remboursement

Croix Bleue peut payer directement le fournisseur de service. Dans certaines circonstances, l'assuré paie le total de tous frais admissibles au moment de l'achat. Croix Bleue rembourse ensuite tous frais admissibles à la réception de la preuve de paiement.

Exclusions et restrictions

Exclusions générales de la Garantie Voyage

Aucune prestation n'est payable (ou les prestations sont réduites) dans les cas suivants :

- a) les dépenses ont été engagées au cours d'un voyage dans un pays (ou une région spécifique d'un pays) pour lequel le gouvernement du Canada a émis, avant la date de départ, un des avertissements aux voyageurs suivants :
 - i. éviter tout voyage non essentiel; ou
 - ii. éviter tout voyage.

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

Exception pour les adhérents de moins de 71 ans : L'adhérent qui doit entreprendre un voyage à des fins professionnelles dans le cadre des fonctions liées à son emploi à l'Université Laval n'est pas visé par le point i. ci-dessus. Cependant, **il doit informer Croix Bleue de son voyage avant son départ et s'inscrire auprès du service Inscription des Canadiens à l'étranger du gouvernement du Canada.**

Garantie Voyage

- b) l'assuré ne communique pas avec Croix Bleue en cas d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation à la suite d'une blessure ou d'une maladie;
- c) les dépenses sont engagées après la Durée de la protection mentionnée dans le Sommaire des garanties;
- d) le but du voyage est essentiellement ou accessoirement d'obtenir un avis médical ou un traitement, même si ce voyage est entrepris sur la recommandation d'un médecin, sauf pour les Patients dirigés hors Canada;
- e) les dépenses ont déjà été payées ou sont admissibles à un remboursement de la part d'une tierce partie; ou
- f) les dépenses ont été engagées en raison :
 - i. de la participation à un acte criminel ou de la tentative de commettre un acte criminel, même si aucune accusation n'a été portée ou aucun verdict de culpabilité n'a été rendu;
 - ii. de tout accident ou blessure survenus lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence de toute substance intoxicante ou avec une alcoolémie excédant la limite légale qui s'applique à l'endroit où a eu lieu l'accident;
 - iii. d'une blessure ou d'une maladie résultant du fait que l'assuré ne s'est pas conformé au traitement médical ou à la thérapie qui ont été prescrits;
 - iv. d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une blessure ou maladie que l'assuré s'inflige ou contracte volontairement; ou
 - v. d'une insurrection, d'une guerre (déclarée ou non), de l'hostilité des forces armées de tout pays ou de la participation à une émeute ou à un affrontement public.

Exclusions et restrictions spécifiques

Garantie Médico-hospitalière d'urgence

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) frais pour tout soin, traitement, chirurgie, produit ou service qui :
 - i. ne sont pas engagés à la suite d'une situation d'urgence;
 - ii. ne sont pas médicalement nécessaires;
 - iii. sont donnés à de seules fins esthétiques;
 - iv. ne sont pas nécessaires pour le soulagement immédiat d'une douleur ou d'une souffrance aiguës; ou
 - v. peuvent être retardés jusqu'au retour de l'assuré au Canada;
- b) les frais engagés en raison d'une grossesse ou des complications d'une grossesse dans les 8 semaines précédant la date prévue de l'accouchement; ou
- c) les frais engagés en raison d'une situation d'urgence qui survient pendant la participation à :
 - i. un sport contre rémunération;
 - ii. une compétition de véhicules moteurs ou une épreuve de vitesse de tout genre; ou

Garantie Voyage

- iii. un sport extrême, c'est-à-dire une activité avec un haut niveau de danger inhérent et qui implique souvent de la vitesse, de la hauteur, un haut degré d'effort physique, du matériel hautement spécialisé ou des cascades spectaculaires.

Patients dirigés hors Canada

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) services offerts au Canada;
- b) services de santé ou traitements qui ne sont pas disponibles au Canada en raison de listes d'attente;
- c) services de santé ou traitements que les médecins au Canada ont refusé de donner;
- d) services, traitements ou fournitures qui sont expérimentaux ou aux fins de recherche;
- e) services fournis alors que l'assuré ne suit pas un traitement auprès d'un médecin; et
- f) tous frais reliés à toute **condition préexistante**, telle que définie ci-dessous.

Condition préexistante : Une maladie :

- qui commence dans les 12 mois suivant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré; et
- pour laquelle, dans les 12 mois précédant la date à laquelle la présente garantie est entrée en vigueur à l'égard de l'assuré, ce dernier :
 - a eu une consultation médicale;
 - s'est vu prescrire ou a pris des médicaments; ou
 - a reçu un traitement, y compris des tests diagnostiques.

Garantie Annulation et interruption de voyage

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) le voyage a été entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès de cette personne constitue la cause de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation du voyage; ou
- b) le voyage est annulé ou interrompu en raison de difficultés financières, de l'incapacité d'obtenir le logement désiré ou de l'aversion pour le voyage et le transport aérien.

Garantie Voyage

Garantie Bagages

Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :

- a) la perte ou l'endommagement sont causés par :
 - i. la confiscation ou l'endommagement par ordre d'un gouvernement ou d'un organisme public;
 - ii. le transport ou le commerce illégaux;
 - iii. l'usure, la détérioration graduelle, les mites ou la vermine;
 - iv. un vol commis dans une voiture, une roulotte ou un autre véhicule laissés sans surveillance, sauf si le véhicule était verrouillé ou s'il était muni d'un compartiment verrouillé, et que le vol s'est produit avec effraction (dont les traces sont visibles); ou
 - v. une omission ou un acte d'imprudence de la part de l'assuré;
- b) la perte ou l'endommagement survient alors que le bagage est en cours de réparation; ou
- c) la perte est relative à un bien qui ne peut être localisé et dont les circonstances de la disparition ne permettent pas de conclure raisonnablement qu'un vol a été commis.

Fin de la garantie

La Fin de la garantie est mentionnée dans le Sommaire des garanties. De plus, la garantie peut prendre fin à une date antérieure, telle que spécifiée dans la clause Fin de la couverture de la section Modalités de la couverture du présent contrat.

Primes

Calcul de la prime

Montant payable

La prime mensuelle payable à Croix Bleue par le preneur correspond à la somme des primes de chacun des adhérents, calculée selon les taux en vigueur.

Les taux en vigueur à la date d'effet du présent contrat ont été communiqués au preneur dans un document séparé du contrat et ont été acceptés par celui-ci.

Ajustement des taux

Les taux du présent contrat sont renouvelés sur une base annuelle, à moins d'avis contraire dans le contrat. Croix Bleue peut modifier les taux si elle en avise le preneur par écrit au moins 180 jours à l'avance. La modification des taux prendra effet à la date de renouvellement.

Croix Bleue peut toutefois modifier les taux en tout temps, pour les raisons suivantes :

- lorsque les garanties ou les catégories d'employés admissibles à l'assurance sont modifiées;
- lorsqu'il y a une variation d'au moins 25 % du nombre d'adhérents depuis la date d'entrée en vigueur du contrat ou depuis la dernière date de renouvellement du contrat, selon le cas;
- lorsqu'il y a un changement dans la nature du risque couvert;
- lorsqu'il y a une modification à tout régime gouvernemental ou à tout autre programme pouvant influencer les prestations payables en vertu de différentes garanties du présent contrat. Si tel est le cas, les prestations sont versées comme s'il n'y avait eu aucune modification, et ce, jusqu'à la date d'entrée en vigueur des nouveaux taux acceptés par le preneur; ou
- lorsqu'une modification législative, incluant une modification du régime fiscal, entraîne une modification des coûts assumés par Croix Bleue en vertu du présent contrat.

Païement des primes

Méthode de paiement

Le preneur doit verser les primes en une seule somme et selon les dispositions du présent contrat.

Croix Bleue n'est pas responsable du contrôle de l'encaissement, par le preneur, des primes des adhérents, s'il y a lieu, ni de son utilisation pour le versement des primes.

Croix Bleue peut différer le versement des prestations aussi longtemps qu'une prime demeure impayée.

Date d'échéance de la prime

Le preneur doit verser la prime initiale au plus tard à la date d'entrée en vigueur du contrat. Les primes subséquentes sont payables le premier jour de chaque mois.

Primes

Délai de grâce

Le contrat demeure en vigueur jusqu'au dernier jour du mois pour lequel la prime est versée, tout en tenant compte des règles suivantes :

- si la prime initiale n'est pas versée par le preneur au plus tard à la prise d'effet du contrat, aucune couverture ne prendra effet en vertu du présent contrat; et
- si une prime, autre que la prime initiale, n'est pas versée à la date d'échéance ou avant celle-ci, Croix Bleue maintient le contrat en vigueur pendant un délai de grâce de 31 jours, à compter de la date d'échéance de la prime, sauf si le contrat est résilié pendant ce délai pour une raison autre que le non-paiement d'une prime. Si la prime n'est pas versée durant ce délai, le contrat devient nul et sans effet dès que le délai est écoulé. Le preneur doit néanmoins verser toute prime impayée, incluant celle couvrant la période du délai de grâce.

Demandes de règlement

Preuve de sinistre

Renseignements requis

Croix Bleue doit recevoir une preuve écrite du sinistre, sous une forme jugée satisfaisante.

Comme condition préalable à l'octroi des prestations prévues en vertu du présent contrat, Croix Bleue se réserve le droit :

- d'obtenir tous les renseignements nécessaires aux fins du traitement de la demande de règlement;
- d'exiger que l'assuré fournisse des preuves ou des renseignements supplémentaires appuyant sa demande de règlement; et
- de faire examiner l'assuré, aussi souvent que Croix Bleue le juge nécessaire, par un médecin ou un professionnel de la santé de son choix.

Croix Bleue se réserve le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement tant que les preuves ou renseignements supplémentaires demandés ne lui sont pas soumis.

L'assuré est responsable de tous les frais reliés à la soumission de la preuve de sinistre.

Délais pour soumettre une preuve de sinistre

Garanties vie et Garanties Mutilation par accident : La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dès que raisonnablement possible et au plus tard 12 mois après la perte.

Garanties soins de santé : En tenant compte des particularités qui s'appliquent à la Garantie Voyage, la preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Les frais admissibles sont considérés comme étant engagés à la date à laquelle les services ou les fournitures ont été reçus par l'assuré.

Garantie Médico-hospitalière d'urgence et Patients dirigés hors Canada : Afin d'être admissible au remboursement maximal de la garantie, l'assuré doit faire parvenir sa preuve de sinistre à Croix Bleue dans les 4 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Croix Bleue accepte tout de même les demandes de règlement qui sont soumises après le 4^e mois, sans excéder les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés. Cependant, ces demandes de règlement peuvent être réduites de tout montant qui aurait pu être coordonné avec le régime de santé gouvernemental de l'assuré si la demande avait été soumise pendant la période de 4 mois précitée.

Garantie Annulation et interruption de voyage et Garantie Bagages : La preuve de sinistre doit parvenir à Croix Bleue dans les 90 jours suivant l'annulation ou l'interruption de voyage ou la perte des bagages.

Demandes de règlement

Soumission des demandes de règlement après la résiliation du contrat

À la résiliation du présent contrat, les preuves de sinistre doivent parvenir à Croix Bleue :

- pour la Garantie Mutilation par accident ou pour les soins relatifs aux accidents dentaires, dans les 6 mois suivant la résiliation du présent contrat; ou
- pour toutes les autres garanties, dans les 90 jours suivant la date de résiliation du présent contrat.

Droit d'audit

En tout temps, Croix Bleue se réserve le droit d'examiner ou de vérifier, en lien avec une demande de règlement, le dossier médical ou le dossier de demandes de règlement d'un assuré. Ce droit d'examen ou d'audit s'applique aux dossiers de Croix Bleue et à ceux des fournisseurs approuvés, et peut être exercé par Croix Bleue ou par un tiers, au nom de Croix Bleue.

Trop-perçu

Croix Bleue a le droit de recouvrer :

- tout montant versé par erreur à un assuré;
- tout montant versé à l'assuré à la suite d'une demande de règlement impliquant des moyens frauduleux ou de fausses déclarations; ou
- toute somme payée à l'assuré et constituant un trop-perçu.

Si le trop-perçu ne peut être recouvré, Croix Bleue se réserve le droit de réduire les prestations futures de l'assuré, jusqu'à ce que le trop-perçu soit recouvré en totalité.

Suspension ou perte du droit à des prestations

Croix Bleue peut, sans donner un avis préalable, suspendre ou terminer le droit à des prestations d'un assuré, dans les cas suivants :

- Croix Bleue constate des irrégularités dans une demande de règlement ou entame une enquête relative à de l'abus; ou
- Croix Bleue engage des poursuites criminelles ou civiles contre l'assuré.

Croix Bleue a également le droit de suspendre ou de refuser le paiement d'une demande de règlement pour tout service ou fourniture prescrits ou dispensés par un fournisseur qui fait l'objet d'une enquête de la part d'un organisme de réglementation ou de la part de Croix Bleue ou qui est accusé d'infraction relativement à sa conduite ou à l'exercice de sa profession.

Intérêt versé

À l'exception des prestations d'assurance vie, s'il y a lieu, aucune somme payable ne portera intérêt en vertu du présent contrat.

Demandes de règlement

Délai pour contester une décision de Croix Bleue

Lorsque Croix Bleue détermine qu'aucune prestation n'est payable, l'assuré a le droit d'en appeler de la décision, en soumettant une demande par écrit à Croix Bleue dans les 30 jours suivant la date écrite sur l'avis de refus.

Le délai alloué pour poursuivre Croix Bleue, en vertu du présent contrat, débute à la date du refus initial écrit par Croix Bleue et se prolonge jusqu'à la date d'expiration établie par la législation provinciale applicable.

Chaque procédure ou demande en justice contre un assureur, pour recouvrer des montants d'assurance payables en vertu du présent contrat, est absolument exclue, à moins que la procédure ou la demande ne débute pendant le délai prescrit par la Loi de l'assurance ou toute autre loi applicable.

Coordination des prestations

Le paiement des prestations, en vertu du présent contrat, est coordonné avec tous les régimes de soins de santé lorsqu'une couverture similaire est disponible, à l'exception de la garantie Voyage. Les remboursements en vertu de la garantie Voyage du présent contrat sont limités aux frais admissibles en excédent de ceux couverts en vertu de tout autre régime, tel que spécifié à la section Ce qui est couvert dans les dispositions de la garantie Voyage du présent contrat.

Les types de régime pouvant être assujettis à la coordination des prestations comprennent toute forme de régime d'assurance collective, d'assurance familiale, d'assurance des débiteurs ou des épargnants qui prévoient des prestations pour soins, services ou fournitures médicales, ainsi que tout régime gouvernemental de soins de santé.

Couverture complémentaire aux régimes gouvernementaux de soins de santé

À moins d'obtenir l'accord de Croix Bleue, aucun paiement n'est effectué pour des fournitures, des services ou des soins de santé qui sont remboursables ou disponibles en vertu d'un régime de santé gouvernemental ou qui sont administrés par des hôpitaux, des fournisseurs ou des organismes publics.

Croix Bleue rembourse les frais admissibles en excédent des prestations allouées par le régime de santé gouvernemental, et ce, seulement lorsqu'un tel remboursement est permis par la législation provinciale.

Coordination des prestations avec tout autre régime

Si un assuré est admissible à recevoir simultanément des prestations en vertu des garanties soins de santé du présent contrat et d'un autre régime similaire, les prestations payables en vertu du présent contrat sont coordonnées avec celles de l'autre régime, selon les lignes directrices de l'ACCAP. La coordination est effectuée afin que l'assuré ne reçoive jamais plus que 100 % des frais engagés.

Subrogation

Garanties Soins de santé

Si la blessure d'un assuré est causée par les agissements d'un tiers :

- Croix Bleue :
 - verse toutes les prestations des Garanties Soins de santé auxquelles l'assuré a droit en vertu du présent contrat; et
 - est subrogée à l'assuré dans ses droits de recouvrement contre le tiers en ce qui concerne ces Garanties Soins de santé, incluant le droit d'intenter, au nom de l'assuré, des poursuites judiciaires contre ce tiers; et
- l'assuré :
 - doit signer toute documentation requise afin que Croix Bleue puisse exercer son droit de subrogation; et
 - ne doit pas libérer le tiers de ses responsabilités sans le consentement préalable écrit de Croix Bleue, ni poser un geste qui puisse porter atteinte au droit de subrogation de Croix Bleue. Toute libération signée par l'assuré ne lie pas Croix Bleue, sauf si l'assuré a reçu un consentement préalable écrit de Croix Bleue à cet effet.

Si le montant recouvré, par l'assuré ou Croix Bleue, ne suffit pas à indemniser pleinement l'assuré, le montant recouvré (moins les dépenses engagées pour le recouvrement) est partagé entre l'assuré et Croix Bleue, proportionnellement à la perte subie par chacun d'eux.

Si l'assuré reçoit, d'une source quelconque, un remboursement pour des montants versés par Croix Bleue, il doit remettre ces montants à Croix Bleue.

Croix Bleue peut exiger que l'assuré signe un document de reconnaissance attestant qu'il est lié par la présente disposition.

Clauses administratives

Communication aux adhérents

Le preneur a la responsabilité d'informer les adhérents de leurs droits et obligations en vertu du présent contrat, incluant toute modification ou fin de garanties.

Le preneur doit remettre aux adhérents les documents approuvés par Croix Bleue, tels que les formulaires de demande d'adhésion, les formulaires de demande de règlement, ainsi que des livrets à jour décrivant le régime.

Transmission de l'information par le preneur

Le preneur doit, dans un format accepté par les deux parties, fournir à Croix Bleue tout renseignement qui lui est nécessaire dans l'administration du présent contrat, relativement aux éléments suivants :

- les demandes d'adhésion dûment remplies et signées par les adhérents;
- les désignations de bénéficiaire des adhérents et tout changement de bénéficiaire subséquent;
- toute information nécessaire pour établir la prime et les montants de garantie applicables à chaque adhérent;
- la confirmation de toute augmentation de salaire de l'adhérent, dans les 30 jours suivant l'augmentation;
- le nom des adhérents dont l'emploi a pris fin, ainsi que la date de leur cessation d'emploi; et
- le nom de tout assuré qui ne répond plus aux critères d'admissibilité. Cette information doit être fournie avant que l'assuré ne soit plus admissible.

Le preneur doit s'assurer que toute information fournie à Croix Bleue soit exacte, complète et reçue dans les délais prescrits. Croix Bleue n'est pas responsable de tout paiement effectué en raison d'information inexacte, incomplète ou reçue en dehors des délais prescrits. Croix Bleue peut recouvrer du preneur tout paiement effectué sur cette base.

Si le preneur omet d'avertir Croix Bleue qu'un assuré n'est plus admissible à la couverture, la couverture n'est pas maintenue en vigueur, pour cet assuré, après la date où son admissibilité a pris fin, et ce, même si les primes ont été versées pour cet assuré. Croix Bleue rembourse les primes versées en trop, jusqu'à concurrence de 3 mois.

Croix Bleue peut demander au preneur d'examiner ses registres de salaires et autres dossiers pertinents, aux fins de vérification de la participation et afin de déterminer les montants de couverture qu'il doit accorder et d'établir la prime exigible.

Clauses administratives

Âge erroné

Les prestations et les primes sont basées sur l'âge réel de l'assuré au moment de l'événement qui justifie la demande de règlement. Si Croix Bleue découvre que l'âge de l'assuré utilisé est erroné, les primes et les prestations seront rajustées en fonction de l'âge réel de l'assuré. Si l'assuré n'est plus admissible à la couverture en raison de son âge, la couverture est annulée et un rajustement équitable des primes est fait entre l'assureur et le preneur, pour tenir compte de la période durant laquelle la couverture basée sur l'âge erroné a été en vigueur.

Erreurs d'écriture

Une erreur d'écriture ou technique ne peut porter préjudice aux droits de Croix Bleue ou de toute autre personne possédant un intérêt dans la couverture prévue en vertu du présent contrat. Si une telle erreur est découverte :

- le montant de la couverture est celui qui aurait été en vigueur, n'eût été l'erreur; et
- un rajustement équitable des primes, entre Croix Bleue et le preneur, est alors effectué.

Bénéficiaires

Toutes les prestations sont payables à l'adhérent, à moins qu'un bénéficiaire autre que l'adhérent n'ait été désigné.

Prestations de décès

Lors du décès d'un adhérent, la prestation de décès est versée au dernier bénéficiaire désigné par l'adhérent.

Sous réserve des dispositions de la loi, le bénéficiaire est celui désigné par l'adhérent sur sa demande d'adhésion. Pour changer le bénéficiaire, l'adhérent doit soumettre une demande écrite signée à Croix Bleue par l'intermédiaire de l'administrateur du régime.

Si la désignation comporte plus d'un bénéficiaire (autre qu'un bénéficiaire subrogé), mais que la part qui doit être attribuée à chacun d'eux n'est pas spécifiée, la prestation payable sera distribuée entre les bénéficiaires, à parts égales.

Si un bénéficiaire précède l'adhérent, celui-ci doit désigner un autre bénéficiaire. Si l'adhérent décède avant d'avoir désigné un nouveau bénéficiaire, la part du bénéficiaire décédé est payable :

- au bénéficiaire survivant ou, s'il y a lieu, en parts égales aux bénéficiaires survivants; ou
- au représentant successoral de l'adhérent, s'il n'y a pas de bénéficiaire survivant.

Si l'adhérent décède et qu'il n'a pas désigné par écrit un bénéficiaire, la prestation de décès est payable aux ayants droit de l'adhérent.

Contrat d'assurance collective antérieur

Les désignations de bénéficiaires pour la garantie vie du contrat antérieur sont transférées dans le présent contrat.

Généralités

Modifications contractuelles

Le présent contrat peut être modifié :

- en tout temps, à la suite d'une entente écrite entre Croix Bleue et le preneur; ou
- par une décision unilatérale de Croix Bleue :
 - à toute date de renouvellement du contrat, sur préavis écrit de 180 jours au preneur; ou
 - lorsqu'une modification législative ou une modification à un régime gouvernemental entraînent un changement dans les prestations payables en vertu du présent contrat.

Tout avenant proposé par Croix Bleue est considéré comme ayant été accepté par le preneur, s'il est signé par un signataire autorisé du preneur ou s'il y a versement de primes dans les 60 jours suivant la date de réception de l'avenant par le preneur.

Résiliation du contrat

Résiliation par le preneur

Le preneur peut résilier le contrat en tout temps en transmettant un avis écrit à Croix Bleue à cet effet. Le contrat prend alors fin le dernier jour du mois durant lequel Croix Bleue reçoit cet avis, ou à toute date ultérieure indiquée sur l'avis, le cas échéant.

Résiliation par Croix Bleue

Croix Bleue peut résilier le contrat :

- à toute date de renouvellement, sur préavis écrit au preneur au moins 180 jours avant cette date, le contrat prenant alors fin à minuit une minute le jour du renouvellement; ou
- en tout temps, sur un préavis écrit de 31 jours, si le preneur omet de remplir les obligations qui lui incombent dans le présent contrat, incluant les exigences mentionnées quant à la participation des employés.

Exigences quant à la participation

Croix Bleue peut résilier le contrat en tout temps, sur préavis écrit de 31 jours, si la participation des employés admissibles n'atteint pas le pourcentage requis, tel qu'indiqué dans le Sommaire des garanties.

Lors du calcul du pourcentage de participation, les employés s'étant prévalus du droit d'exemption pour les Garanties Soins de santé en raison d'une couverture similaire en vertu d'un autre contrat d'assurance collective, sont considérés comme participant au régime.

Généralités

Droits de l'adhérent à la résiliation du contrat ou lors de son remplacement

Le présent contrat est administré selon toutes les lois applicables et selon les lignes directrices de l'ACCAP en ce qui a trait à la prolongation de la couverture lors de la résiliation du présent contrat et au remplacement de la couverture collective.

Exceptions contractuelles

Même si Croix Bleue a omis, à un moment donné et à titre exceptionnel, de faire valoir ses droits en vertu du contrat, une telle exception ne doit pas être interprétée comme une renonciation à de tels droits dans le futur.

Application des dispositions du contrat

Les dispositions apparaissant dans les sections du contrat intitulées Définitions, Modalités de la couverture, Exonération des primes, Primes, Demandes de règlement, Clauses administratives, ainsi que Généralités s'appliquent à chacune des garanties du présent contrat, à moins que la signification d'un terme ou d'une clause décrits dans ces sections soit incompatible avec la définition attribuée à un même terme ou à une même clause dans une garantie donnée. Lorsqu'il y a une telle incompatibilité, c'est la signification donnée aux termes de la garantie concernée qui prévaut.

Caractère non participatif du contrat

Le présent contrat n'accorde aucune participation aux bénéficiaires ou aux profits de Croix Bleue.

Cession ou gage

L'assuré ou son bénéficiaire ne peuvent aucunement céder ou mettre en gage leur intérêt pour la couverture ou les prestations payables en vertu du présent contrat. Dans certaines situations toutefois, il est possible que Croix Bleue permette la cession à un fournisseur approuvé.

Monnaie légale

Les montants et les prestations dont il est fait référence dans le contrat sont exprimés en monnaie légale du Canada.

Conformité avec les lois existantes

Toute disposition du présent contrat entrant en conflit avec une loi fédérale ou provinciale en vigueur dans la province de résidence de l'adhérent est, par la présente, modifiée pour être conforme aux exigences minimales de telle loi.

Protection des renseignements personnels

Le preneur et Croix Bleue conviennent que la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels effectuées aux fins de la gestion du contrat seront conformes aux dispositions de toute loi applicable portant sur la protection des renseignements personnels.

Généralités

Portée du contrat

Le présent contrat est émis sur la foi de l'information fournie dans la proposition d'assurance signée par le preneur et dans les demandes d'adhésion des employés, s'il y a lieu.

Le présent contrat est complet et remplace toutes les ententes ou tous les accords antérieurs concernant le contrat entre les parties, qu'ils soient oraux ou par écrit. Toute modification au présent contrat doit se faire par écrit et conformément à la clause Modifications contractuelles de la section Généralités du présent contrat.