

---

**ATOUT 2-25**

---

## **VOS GARANTIES**

**COOPERATIVE DES AMBULANCIERS DE LA  
MAURICIE**

**1<sup>er</sup> NOVEMBRE 2023**

**RÉGIME D'ASSURANCES  
COLLECTIVES POUR GROUPES  
DE 2 À 25 EMPLOYÉS**

**Un régime flexible  
qui répond à  
vos besoins**



**AGA**  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

Le présent livret donne les grandes lignes du régime collectif que vous offre votre employeur.

En cas de contradictions entre les dispositions des présentes et celles des polices, seules ces dernières prévaudront.

Ce livret contient des renseignements importants. Conservez-le dans un endroit sûr, connu des autres membres de votre famille.

**Le présent régime a été établi par Desjardins Assurances et est administré par**

**AGA Assurances collectives.**

## ACCÈS AUX DOCUMENTS

Sous réserve de certaines restrictions, vous avez le droit d'obtenir sur demande une copie de votre demande d'assurance, de toute déclaration écrite ou de tout autre document que vous avez fourni à l'assureur à titre de preuve d'assurabilité.

## ACTIONS EN JUSTICE

Toute action en justice ou procédure judiciaire contre un assureur pour le règlement des sommes payables aux termes d'un contrat d'assurance est strictement interdite, à moins qu'elle ne soit intentée durant le délai prescrit dans la loi sur les assurances ou dans toute autre loi applicable (p. ex., Loi de 2002 sur la prescription des actions de l'Ontario, Code civil du Québec).

## PROCÉDURE D'APPEL

Vous avez le droit d'appeler du refus de l'assureur d'accorder la totalité ou une partie de l'assurance ou des prestations décrites dans le contrat dans l'année suivant le refus initial. Vous devez alors faire appel par écrit en précisant les raisons pour lesquelles vous jugez le refus injustifié.

## SUSPENSION DES PRESTATIONS EN RAISON D'UN PAIEMENT EN TROP

Si des prestations qui n'auraient pas dû être versées aux termes de la police sont payées, vous êtes tenu de les rembourser dans les 30 jours suivant l'envoi par l'assureur d'un avis de paiement en trop ou à l'intérieur d'un délai plus long convenu par écrit avec l'assureur. Si vous ne respectez pas cette obligation, le versement des prestations au titre de la police sera interrompu jusqu'au remboursement du paiement en trop. Cette action ne limite aucunement le droit de recouvrer par d'autres moyens légaux les sommes versées en trop.

## PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Chez Desjardins Assurances, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la vie privée. Les renseignements personnels vous concernant sont conservés dans un dossier confidentiel dans les bureaux de l'assureur ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. L'assureur peut, pour ce faire, avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de l'assureur ou aux personnes autorisées par ce dernier qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Nous nous servons de ces renseignements personnels pour la gestion du régime collectif au titre duquel vous êtes couvert. Cela comprend notamment :

- La détermination de votre admissibilité à la protection;
- L'adhésion à la protection;
- L'évaluation de vos demandes de règlement et le versement des prestations;
- La gestion de vos demandes de règlement;
- La vérification et le contrôle de l'admissibilité et des demandes de règlement;
- La création et la conservation des documents relatifs à notre relation;
- La tarification, comme la détermination du coût du régime et l'analyse des options du régime;
- La production de rapports exigés aux fins de la réglementation, comme les feuillets d'impôt.

Lorsque cela est nécessaire pour gérer le régime, il se peut que nous communiquions vos renseignements personnels à vos fournisseurs de soins, au gestionnaire de votre régime, à d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, aux administrateurs de régimes offerts par l'État ou à d'autres régimes de garanties, à d'autres organisations ou aux fournisseurs de services qui travaillent avec nous.

À titre de participant au régime, vous êtes responsable des demandes de règlement que vous soumettez. Il se peut que nous vous communiquions, ainsi qu'à une personne agissant en votre nom, des renseignements personnels relatifs aux demandes de règlement lorsque cela est nécessaire pour confirmer l'admissibilité et pour gérer mutuellement les demandes de règlement.

Vous pouvez demander à examiner ou à rectifier les renseignements personnels contenus dans votre dossier. Toute demande d'examen ou de rectification doit être présentée par écrit et envoyée à tout bureau de Desjardins Assurances ou à notre siège social.



## TABLE DES MATIÈRES

---

<u>SOMMAIRE DES GARANTIES</u> .....	7
<u>DATE D'EFFET ET EXPIRATION DE L'ASSURANCE</u> .....	13
<u>PERSONNES À CHARGE COUVERTES</u> .....	14
<u>PROTECTION AUX SURVIVANTS</u> .....	14
<u>DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE</u> .....	14
<u>ASSURANCE VIE DE BASE - SALARIÉS</u> .....	15
<u>ASSURANCE VIE DE BASE - PERSONNES À CHARGE</u> .....	15
<u>RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)</u> .....	16
<u>SOINS DE SANTÉ</u> .....	20
<u>SOINS DENTAIRES</u> .....	26
<u>COORDINATION DES PRESTATIONS</u> .....	31
<u>DÉLAIS POUR SOUMETTRE VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT/PRESTATIONS</u> .....	31
<u>REMARQUES</u> .....	32

## SOMMAIRE DES GARANTIES

---

**Le présent sommaire doit s'interpréter de pair avec les garanties décrites dans le présent livret.**

### ASSURANCE VIE DE BASE - SALARIÉS

Montant égal à 1 fois la rémunération annuelle

Maximum sans déclaration de santé : 175 000 \$

Maximum avec déclaration de santé : 185 000 \$

Réduction : le montant diminue de 50 % à l'âge de 65 ans.

Cessation : la garantie se termine à l'âge de 70 ans ou à la retraite, si antérieure.

Des montants d'assurance vie facultative sont disponibles. Veuillez communiquer avec le service à la clientèle d'AGA (info@aga.ca ou 1 800 363-6217) pour plus d'informations.

### ASSURANCE VIE DE BASE – PERSONNES À CHARGE

- Conjoint 5 000 \$
- Chaque enfant 2 500 \$ dès la naissance
- Cessation La garantie se termine lorsque l'adhérent atteint l'âge de 70 ans ou à la retraite, si antérieure, ou lorsque l'adhérent n'a plus de personnes à charge admissibles.

## RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Période d'attente : 179 jours

Période d'indemnisation maximale : jusqu'à 65 ans

Prestations :

66,67 % de la rémunération mensuelle brute avant invalidité avec une prestation maximale de 85,0 % de la rémunération nette avant invalidité.

Maximum sans déclaration de santé : 4 300 \$

Maximum avec déclaration de santé : 6 000 \$

Les prestations sont non imposables.

Âge de cessation : la garantie cesse à 65 ans ou à la retraite, si antérieure.

## SOINS DE SANTÉ

Les frais admissibles sont établis en fonction des frais usuels et raisonnables. La garantie se termine à la retraite.

Franchise individuelle	Aucune
Franchise familiale	Aucune
Frais d'hospitalisation et soins infirmiers à domicile	100 %
Tous les autres frais couverts	80 %
Ticket modérateur par prescription (médicaments seulement)	3 \$

Montants maximums remboursables - Soins de base	
Frais d'hospitalisation	Chambre à deux lits
Infirmières licenciées (100% coassurance)	5 000 \$ par année civile (excluant soins des pieds)
Frais de médicaments	Substitution générique obligatoire (incluant les biosimilaires) Nécessitant une ordonnance
Anti-tabagisme	Selon la RAMQ
Médicaments pour infertilité	Selon la RAMQ
Vaccins préventifs	300 \$ par année civile
Allergisants injectables	Couvert
Anti-obésité	Couvert, avec approbation préalable
Appareils auditifs	500 \$ par 36 mois
Chaussures orthopédiques ajustées sur mesure	150 \$ par année civile
Orthèses podiatriques faites sur mesure	400 \$ par 3 années civiles
Orthèses autres que podiatriques	400 \$ par 3 années civiles
Bas de soutien/contention	400 \$ par année civile
Moniteur d'apnée CPAP, incluant masque	3 000 \$ par 60 mois
Neurostimulateur percutané (TENS)	500 \$ viager
Glucomètre – réflectomètre	300 \$ par 36 mois
Système de glucose en continu*	4 000 \$ par année civile
Appareils thérapeutiques	10 000 \$ viager
Prothèses manmaires	200 \$ par 24 mois
Soutien-gorges post-opératoires	2 par 24 mois
Prothèses capillaires	200 \$ viager
Radiographies diagnostiques et analyses de laboratoire**	1 000 \$ par année civile
Blessure accidentelle aux dents	5 000 \$ par accident

\*Incluant les capteurs, lecteurs et transmetteurs (autres que RAM Q)

\*\*Types de radiographies diagnostiques : électrocardiogramme, tomographie (scanner), résonnance magnétique, échographie (incluant de grossesse et Prenatest), ou coloscopie virtuelle.

## Montants maximums remboursables - Soins de la vue sans franchise à 100 %

Examens de la vue	1 examen par 24 mois
-------------------	----------------------

## Montants maximums remboursables - Soins paramédicaux

Soins donnés par un chiropraticien	300 \$ par année civile
------------------------------------	-------------------------

Soins donnés par un diététicien (diététiste)	300 \$ par année civile
--	-------------------------

Soins donnés par un physiothérapeute*	300 \$ par année civile
---------------------------------------	-------------------------

Soins donnés par un podiatre ou un podologue	300 \$ par année civile
--	-------------------------

Soins donnés par un psychologue ou un travailleur social	600 \$ par année civile
--	-------------------------

Soins donnés par un orthophoniste	300 \$ par année civile
-----------------------------------	-------------------------

Soins donnés par un audiologiste	300 \$ par année civile
----------------------------------	-------------------------

Soins donnés par un acupuncteur	300 \$ par année civile
---------------------------------	-------------------------

Soins donnés par un massothérapeute	300 \$ par année civile
-------------------------------------	-------------------------

Soins donnés par un naturopathe ou un naturothérapeute	300 \$ par année civile
--	-------------------------

Soins donnés par un ostéopathe	300 \$ par année civile
--------------------------------	-------------------------

Radiographies paramédicales recommandées par un chiropraticien, podiatre/podologue ou ostéopathe seulement et incluses dans le maximum du spécialiste	50 \$ par année civile par professionnel
---	--

\*Inclut le thérapeute du sport et le technicien en réadaptation physique.

## Prolongation aux survivants

Prolongation aux survivants	24 mois, sans prime
-----------------------------	---------------------

## MÉDICAMENTS – CONTRIBUTION MAXIMALE DES RÉSIDENTS DU QUÉBEC

Si vous résidez au Québec, une contribution maximale est prévue relativement aux frais engagés dans la province pour des médicaments qui figurent sur la liste de médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec (liste de médicaments couverts par l'État). Si la somme des montants non remboursables que vous êtes tenu de verser pour des médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État (pour vous et vos enfants à charge ou pour votre conjoint) atteint, dans une année civile la contribution maximale établie par la loi, le montant remboursable pour les frais de médicaments qui figurent sur la liste de médicaments couverts par l'État engagés pour ces mêmes personnes pendant le reste de l'année civile est rajusté comme suit :

1. le remboursement est versé à 100 %;
2. aucune autre contribution ne s'applique.

La contribution maximale ci-dessus ne tient pas compte des frais de médicaments engagés à l'extérieur du Québec.

## SOINS DENTAIRES

Les frais admissibles sont établis en fonction des frais usuels et raisonnables. La garantie se termine à la retraite.

Le remboursement des soins dentaires sera limité aux tarifs du guide du généraliste en vigueur dans votre province de résidence à la date des soins.

Franchises	
Franchise individuelle	Aucune
Franchise familiale	Aucune

Pourcentage de remboursement	
Soins de base	90 %
Soins majeurs	50 %

Prolongation aux survivants	
Prolongation aux survivants	24 mois, sans prime

Montants maximums remboursables	
Tous les autres frais couverts	1 500 \$ par année civile
Examen de rappel	6 mois

## DATE D'EFFET ET EXPIRATION DE L'ASSURANCE

---

Vous êtes admissible au régime après 0 mois de service actif continu. Vous êtes considéré comme étant en service continu seulement si vous êtes en service actif à temps plein, soit un minimum de 20 heures par semaine durant toute la période d'attente aux fins de l'admissibilité.

- Vous devez vous inscrire au régime dans les 31 jours suivant la date de votre admissibilité. Après ce délai, vous serez tenu de présenter une preuve d'assurabilité pour vous et vos personnes à charge.
- L'assurance ne prend effet que si vous êtes un employé actif. Si vous êtes absent du travail le jour où votre assurance est censée entrer en vigueur, celle-ci ne prendra effet qu'à la date de votre retour au travail.
- Toute augmentation du montant de l'assurance et tout ajout de nouvelles garanties ne prennent effet que si vous êtes un employé actif.
- Le salarié qui occupe un emploi temporaire, saisonnier ou à temps partiel ne peut participer au régime.

Votre assurance prend fin lorsque vous n'êtes plus considéré comme un employé actif, lorsque vous n'y êtes plus admissible ou lorsque vous cessez de payer les primes exigibles ou encore lorsque la police expire, selon la première éventualité.

- L'assurance des personnes à charge expire lorsque votre assurance prend fin ou lorsque votre personne à charge n'y est plus admissible, selon la première éventualité.
- Dans certains cas, le versement des prestations peut se poursuivre après l'expiration de l'assurance. Votre employeur vous renseignera à ce sujet.

## PERSONNES À CHARGE COUVERTES

---

Par « personne à charge », on entend les personnes ci-dessous :

- Votre conjoint légitime ou votre conjoint de fait. Le conjoint de fait est admissible après 12 mois de cohabitation.
- Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

Les enfants de moins de 21 ans ne sont pas couverts s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, à moins qu'ils ne soient étudiants à temps plein.

Les enfants qui sont incapables de subvenir à leurs besoins en raison d'un handicap physique ou mental sont couverts peu importe leur âge si l'incapacité a commencé avant l'âge de 21 ans, ou avant l'âge de 26 ans alors qu'ils étudiaient à temps plein, et si elle se poursuit de façon continue depuis.

## PROTECTION AUX SURVIVANTS

---

Si vous décédez alors que votre protection est encore en vigueur, la protection aux termes des garanties Soins de santé et Soins dentaires, à l'égard de vos personnes à charge, se poursuit pendant une période de 24 mois jusqu'à ce qu'elles cessent d'être admissibles, selon la première éventualité et ce, sans paiement de primes.

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

---

Vous pouvez effectuer, modifier ou révoquer une désignation de bénéficiaire dans la mesure permise par la loi. Vous devriez revoir votre désignation de bénéficiaire de temps à autre afin de vous assurer qu'elle corresponde bien à vos intentions actuelles. Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment en remplissant un formulaire que vous pouvez obtenir auprès de votre employeur.

## ASSURANCE VIE DE BASE - SALARIÉS

---

À votre décès, l'assureur versera à votre bénéficiaire désigné le montant de l'assurance vie prévu sous la présente garantie. Si vous n'avez désigné aucun bénéficiaire ou en l'absence de bénéficiaire survivant au moment de votre décès, le capital-décès sera versé à votre succession. Votre employeur se chargera d'expliquer les modalités de règlement à votre bénéficiaire.

- Votre assurance vie expire lorsque vous atteignez l'âge indiqué au **Sommaire des garanties**.
- Si vous devenez invalide avant l'âge de 65 ans et si cette invalidité dure au moins 179 jours, votre assurance vie peut, dans certains cas, rester en vigueur jusqu'à votre 65<sup>e</sup> anniversaire, et ce, sans autre paiement de prime. L'assureur déterminera si vous avez droit à l'exonération des primes. Si vous croyez y avoir droit, obtenez les formulaires de demande appropriés auprès de votre employeur. Pour connaître le délai pour présenter votre demande, veuillez vous référer à la section *Délais* pour soumettre vos demandes de remboursement/prestations.
- Si une partie ou la totalité de votre assurance vie prend fin à votre 65<sup>e</sup> anniversaire ou avant, vous pouvez, dans certains cas, souscrire une police d'assurance individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous devez présenter votre demande en ce sens et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de votre assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.
- La transformation est applicable seulement si la garantie complète est terminée.

## ASSURANCE VIE DE BASE - PERSONNES À CHARGE

---

Si une personne à votre charge décède pendant qu'elle est assurée, l'assureur vous versera le montant d'assurance vie prévu sous la présente garantie. Votre employeur se chargera de vous expliquer les modalités de règlement.

- L'assurance vie de vos personnes à charge expire lorsque vous atteignez l'âge indiqué au **Sommaire des garanties** ou lorsque vous n'avez plus de personnes à charge admissibles, selon la première éventualité.
- Si vous êtes considéré invalide et que vous avez droit à l'exonération des primes de votre assurance vie, l'assurance vie de vos personnes à charge se poursuivra également, sans autre paiement de prime, et ce, jusqu'à l'expiration de votre assurance vie aux termes du présent régime ou jusqu'à la date à laquelle vos personnes à charge cessent d'être admissibles.
- Si l'assurance de votre conjoint prend fin à son 65<sup>e</sup> anniversaire ou avant, il ou elle peut avoir droit à une police d'assurance individuelle conformément au droit de transformation, et ce, sans justification d'assurabilité. Vous ou votre conjoint devez présenter une demande de police d'assurance individuelle et acquitter la première prime exigible dans les 31 jours qui suivent l'expiration de l'assurance collective. Communiquez avec votre employeur pour obtenir tous les détails à ce sujet.

## RENTE D'INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE (ILD)

---

Si vous rencontrez les critères d'admissibilité, le régime vous offre un revenu régulier en cas de perte de salaire consécutive à une longue invalidité pour cause de maladie ou de blessure, sur approbation de l'assureur. La rente est versée dès l'expiration de la période d'attente, et ce, jusqu'à la fin de votre invalidité (**conformément à la définition donnée pour ce terme dans la police**) ou jusqu'à votre 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, selon la première éventualité. Consultez le **Sommaire des garanties** pour connaître le montant de la rente et la période d'attente.

- Dans le cas où l'invalidité ne se poursuit pas de façon continue pendant toute la durée de la période d'attente, il y a cumul du nombre de jours pendant lesquels vous êtes jugé invalide jusqu'à concurrence du nombre de jours de la période d'attente, à condition qu'il n'y ait pas plus de deux semaines d'intervalle entre les périodes d'invalidité et que l'invalidité soit attribuable à la même maladie ou à la même blessure.
- La rente ILD est versée durant les 24 premiers mois qui suivent la période d'attente lorsque, par suite d'une blessure ou d'une maladie, vous êtes incapable de vous acquitter des tâches essentielles de votre profession habituelle et que vous n'occupez pas un emploi vous procurant un revenu égal ou supérieur à la rente d'invalidité de longue durée prévue par le présent régime, telle qu'elle figure au **Sommaire des garanties**, sauf s'il s'agit d'un emploi exercé dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.
- Après 24 mois, la rente ILD continue d'être versée seulement si votre invalidité vous empêche d'exercer une activité lucrative. Par *activité lucrative*, on entend tout emploi que votre état de santé vous permet d'exercer et pour lequel vous possédez la qualification minimum nécessaire.
- La perte de tout permis requis dans le cadre de l'emploi ne sera pas prise en considération dans l'évaluation de l'invalidité.
- Après la période d'attente, les périodes successives d'invalidité attribuable à la même maladie ou à la même blessure sont réputées faire partie d'une seule et même période d'invalidité, à moins qu'elles ne soient séparées par un intervalle d'au moins 6 mois.
- La terminaison de votre assurance ILD est spécifiée au **Sommaire des garanties**.

## REVENUS D'AUTRES SOURCES

Votre rente ILD est diminuée des revenus provenant d'autres sources auxquels vous avez droit au cours de votre période d'invalidité. Votre rente est d'abord diminuée des montants indiqués ci-dessous :

- Prestations d'invalidité ou de retraite auxquelles vous avez droit, à titre personnel, en vertu du Régime de pensions du Canada ou du Régime de rentes du Québec.
- Prestations versées en vertu d'une loi sur les accidents du travail ou de toute autre loi semblable.
- Prestations d'indemnité hebdomadaire versées au titre d'un régime parrainé par l'employeur ou prestations de maladie de l'employeur.
- Indemnités pour perte de revenu prévues par une assurance automobile, lorsque la loi le permet.
- Montant correspondant à 50 % de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé.

Votre rente ILD est encore réduite si la somme des revenus indiqués ci-dessous est supérieure à 85 % de la rémunération mensuelle nette ou brute que vous receviez avant le début de votre invalidité. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant 85 % de la rémunération mensuelle nette ou brute.

- Rente payable au titre du présent régime.
- Prestations auxquelles vous ou un membre de votre famille avez droit, conformément à la loi en vigueur, pour perte de revenu consécutive à votre invalidité (exception faite des prestations d'assurance emploi et des indemnités prévues par une assurance automobile).
- Portion de toute indemnité versée aux victimes d'actes criminels visant à remplacer le revenu.
- Prestations d'invalidité versées au titre d'une assurance offerte aux membres d'une association.
- Rémunération, prestations d'invalidité ou prestations de retraite provenant d'un emploi, exception faite de la rémunération reçue dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, des prestations d'indemnités hebdomadaires versées au titre d'un régime parrainé par l'employeur ou des prestations de maladie de l'employeur (les indemnités de cessation d'emploi, les indemnités de départ et toute autre indemnité similaire versée en cas de cessation d'emploi, y compris toute indemnité tenant lieu de préavis, constituent un revenu d'emploi selon la présente disposition).

Votre rente ILD n'est pas diminuée du reste de la rémunération que vous recevez dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé, sauf si la somme du reste de la rémunération provenant d'un tel plan, de la rente prévue par le présent régime et des revenus des diverses sources énumérées ci-dessus est supérieure à la rémunération mensuelle nette que vous receviez avant le début de votre invalidité, après indexation. Dans ce cas, la rente d'invalidité est diminuée du montant excédant la rémunération mensuelle nette.

Les augmentations attribuables à la hausse du coût de la vie qui s'appliquent aux revenus d'autres sources énumérées ci-dessus (exception faite du revenu reçu dans le cadre d'un plan de réadaptation autorisé) et qui prennent effet au cours d'une période d'indemnisation ne sont pas prises en compte.

## RÉADAPTATION PROFESSIONNELLE

La notion de réadaptation professionnelle englobe toute activité liée au travail ou tout programme de formation visant à vous aider à reprendre votre emploi ou à exercer une autre activité lucrative et ayant été recommandé ou approuvé par l'assureur. Au moment de déterminer s'il recommande ou approuve un plan de réadaptation, l'assureur tient compte de facteurs tels que la durée prévue de l'invalidité et le niveau d'activité requis pour faciliter un retour au travail dans les meilleurs délais.

## RESTRICTIONS

Aucune prestation n'est payable dans les cas ci-dessous. Cette liste n'est pas exhaustive et l'ensemble des exclusions se retrouvent au contrat émis par l'assureur.

- Invalidité attribuable à une maladie ou à un accident pour lequel vous avez reçu des soins médicaux antérieurement à la prise d'effet de votre assurance. Cette restriction ne s'applique pas si vous devenez invalide après avoir été assuré de façon continue pendant un an, ou après une période continue de 90 jours se terminant au plus tôt à la date d'effet de votre assurance et pendant laquelle vous n'avez reçu aucuns soins médicaux relativement à la maladie ou à la blessure dont vous souffrez.
- Période pendant laquelle vous refusez de vous soumettre au programme de traitement recommandé pour l'affection dont vous souffrez ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi. Compte tenu de la gravité de votre état, il se pourrait que vous soyez tenu de vous faire évaluer par un spécialiste.

Si votre invalidité est attribuable en partie à une toxicomanie, le traitement doit comprendre une cure de désintoxication dans le cadre d'un programme reconnu.

- Période pendant laquelle vous ne faites pas le nécessaire pour demander d'autres prestations d'invalidité ou le maintien du versement de ces prestations, ou pour appeler d'une décision prise à l'égard de ces prestations, lorsque l'assureur le juge approprié.

- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un plan de réadaptation approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période pendant laquelle vous refusez de participer à un programme de coordination des soins médicaux approuvé ou pendant laquelle vous n'y participez pas de bonne foi.
- Période pendant laquelle vous omettez de vous livrer à une évaluation médicale ou professionnelle, ou de vous y soumettre de bonne foi.
- Durée prévue d'un congé autorisé.

La présente restriction ne s'applique pas à toute période d'un congé de maternité au cours de laquelle vous êtes jugée invalide en raison de votre grossesse.

- Période pendant laquelle vous êtes en vacances ou que vous recevez une paie de vacances de votre employeur.
- Période pendant laquelle vous êtes à l'extérieur du Canada. Cette restriction ne s'applique pas pendant les 30 premiers jours d'absence ou si l'assureur a autorisé l'absence avant votre départ.
- Période pendant laquelle vous êtes incarcéré, détenu ou emprisonné par autorité de justice.
- Invalidité attribuable à la guerre, à une insurrection ou encore à la participation volontaire à une émeute.

## SOINS DE SANTÉ

Vous pourrez avoir à payer une franchise avant d'obtenir le remboursement de vos frais médicaux. Tous les frais sont remboursés selon les pourcentages de remboursement indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation au titre du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais usuels engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous. Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par la profession médicale canadienne, s'il est reconnu comme efficace, et si sa nature, son intensité, sa fréquence et sa durée sont essentielles au diagnostic ou au contrôle d'une maladie ou d'une blessure donnée.

### Frais couverts

Le transport par ambulance jusqu'au centre de traitement le plus proche en mesure de donner les soins voulus.

Soins hospitaliers - Frais de séjour à l'hôpital en chambre à deux lits au Canada ou, dans une maison de soins infirmiers, jusqu'à concurrence de la partie des frais de séjour autorisée par l'État lorsque les soins sont reçus au Canada et qu'il s'agit de soins de courte durée ou de soins de convalescence.

On entend par « soins de courte durée » les soins actifs qui s'imposent en vue de diagnostiquer ou de contrôler une affection qui risquerait autrement de s'aggraver.

On entend par « soins de convalescence » tous les soins actifs ou tout traitement de réadaptation qui permettent une amélioration sensible de l'état du malade et qui suivent une période d'hospitalisation de trois jours ou plus au cours de laquelle le malade a reçu des soins de courte durée (180 jours par année civile).

Les frais de séjour à l'hôpital en chambre à deux lits à l'extérieur de la province sont couverts si les soins reçus sont des soins de courte durée ou des soins de convalescence. Dans le cas d'un séjour à l'hôpital à l'extérieur de la province, le régime couvre également la différence entre les frais de séjour en salle commune et l'indemnité prévue au titre du régime gouvernemental en vigueur dans la province de résidence du malade.

Les frais de séjour dans une résidence destinée principalement aux personnes âgées ou qui procure des soins personnels plutôt que des soins médicaux ne sont pas couverts.

Soins prodigués à domicile par un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé lorsqu'ils sont donnés au Canada. Aucune prestation n'est payable lorsque les soins sont donnés par un membre de votre famille ou lorsque les soins ne nécessitent pas les compétences spéciales d'un infirmier auxiliaire autorisé.

## Frais couverts (suite)

Remboursement des médicaments.

Le remboursement des médicaments sera limité au coût des médicaments génériques ou au coût d'un médicament d'équivalence moins cher.

En ce qui concerne les médicaments couverts par le régime d'assurance médicaments en vigueur dans votre province, le remboursement au titre du présent régime se limite à votre franchise et à votre coassurance prévues aux termes du régime provincial.

Radiographies diagnostiques et analyses de laboratoire, lorsqu'ils ne sont pas couverts par le régime de votre province et lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

Location, ou au choix de l'assureur, achat de certaines fournitures et de certains appareils et prothèses prescrites par un médecin.

Orthèses podiatriques, support plantaire et chaussures orthopédiques sur mesure, incluant les modifications admissibles apportées aux chaussures orthopédiques, lorsqu'elles sont prescrites par un médecin (radiographie, diagnostic, examen biomécanique, analyse de la démarche, questionnaires ou autres informations pourraient être exigées)

Appareils auditifs, y compris les piles, les raccords et les embouts auriculaires obtenus à l'achat, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin.

Orthèses autres que podiatriques, lorsque prescrites par un médecin, sur approbation de l'assureur.

Prothèses mammaires et soutien-gorges post-opératoires, à la suite d'une mastectomie radicale.

Prothèses capillaires, à la suite d'une chimiothérapie.

Prothèses artificielles: achat et frais de réparation pour yeux et membres artificiels (1 prothèse par membre viager sauf en cas de croissance ou de changement de pathologie).

Moniteurs d'apnée lorsque prescrit par un médecin et sur diagnostic, incluant masque. Location 3 mois avant achat et document du médecin requis attestant l'efficacité et la tolérance au traitement après la période d'essai de 3 mois.

Autres frais couverts suivants, lorsque prescrit par un médecin :

- Bas de soutien / contention
- Neurostimulateur percutané (TENS)
- Glucomètre – réflectomètre
- Système de glucose en continu
- Béquilles et bandages herniaires

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un chiropraticien pour traiter des troubles musculaires ou osseux.

## Frais couverts (suite)

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un diététicien (diététiste) pour traiter les troubles alimentaires.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un physiothérapeute pour corriger les troubles de la motricité, incluant les thérapeutes du sport et les techniciens en réadaptation physique.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un podiatre ou un podologue pour traiter les affections du pied.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un psychologue ou un travailleur social.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un orthophoniste pour soigner les troubles de l'élocution.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un audiologiste.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un ostéopathe.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un naturopathe ou un naturothérapeute.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un massothérapeute.

Soins donnés hors du milieu hospitalier par un acupuncteur.

Radiographies paramédicales lorsque demandées par un chiropraticien, un podiatre, un podologue ou un ostéopathe.

## Soins de la vue

Examens de la vue, y compris la réfraction de l'œil, lorsqu'ils sont effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste et ne sont pas couverts par le régime de votre province.

## FRAIS NON COUVERTS

L'assureur peut refuser une demande de règlement pour des soins, des services ou des fournitures obtenus auprès d'un fournisseur qui n'est pas approuvé par l'assureur.

L'assureur peut limiter le remboursement des frais couverts au coût des soins, des services ou des fournitures les moins chers qui constituent un traitement raisonnable.

Les frais suivants ne sont pas remboursables, sauf disposition contraire prévue par la loi :

- Frais dont la loi interdit tout remboursement de la part d'un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures pour lesquels vous avez engagé des frais seulement parce que vous bénéficiez d'une assurance.
- Partie des frais liés à des soins, services ou fournitures qui est remboursable au titre du régime d'assurance maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence, que vous soyez ou non couvert en vertu du régime d'assurance maladie gouvernemental.
- Partie des soins, services ou fournitures que vous avez le droit de recevoir ou qui vous donne droit à des prestations ou à un remboursement en vertu de la loi ou d'un régime régi, financé ou administré en tout ou en partie par l'État (« régime d'État »), sans égard à la protection offerte au titre du présent régime.

Aux fins de la présente restriction, le terme « régime d'État » ne s'entend pas d'un régime d'assurance collective à l'intention de fonctionnaires.

- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins, services ou fournitures liés :
  - à un traitement donné uniquement pour des raisons esthétiques;
  - aux divertissements et aux activités sportives, mais non à l'exercice d'activités quotidiennes ordinaires;
  - à la contraception, à l'exception des contraceptifs et des produits contenant un médicament contraceptif.
- Soins, services ou produits non inclus dans la liste des frais couverts.
- Fournitures médicales de rechange ou de remplacement.
- Soins, services ou fournitures obtenus à l'extérieur de la province mais au Canada, sauf si vous êtes couvert par le régime d'assurance maladie gouvernemental en vigueur dans votre province de résidence et si l'assureur aurait versé des prestations pour des soins, services et fournitures comparables obtenus dans votre province de résidence.
- Frais engagés à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.
- Soins de la vue et fournitures connexes demandés par l'employeur comme condition d'embauche.

En outre, les frais liés aux produits et fournitures suivants ne sont pas remboursables au titre de la garantie Médicaments :

- Atomiseurs, appareils, prothèses, fournitures nécessaires par suite d'une colostomie, fournitures nécessaires à l'analyse, au diagnostic ou à l'administration des premiers soins.
- Dispositifs d'injection d'insuline non jetables ou dispositifs à ressort utilisés dans les prélèvements sanguins.
- Dispositifs nécessaires à l'administration de médicaments devant être inhalés.
- Vitamines s'administrant par voie orale, minéraux, suppléments diététiques, préparations homéopathiques, préparations lactées pour bébés et solutions injectables servant à l'alimentation parentérale totale.
- Diaphragmes, condoms, gelées, mousses, éponges, suppositoires, implants et autres produits ou articles servant habituellement à des fins contraceptives.
- Médicaments n'ayant pas de code d'identification numérique, comme il est stipulé dans la Loi sur les aliments et drogues (Canada).
- Médicaments administrés à l'hôpital dans le cadre d'un traitement en salle d'urgence ou pour des malades hospitalisés.
- Extraits allergisants non injectables.
- Médicaments considérés comme des produits cosmétiques, tels que les solutions topiques de minoxidil et les écrans solaires, qu'ils soient ou non prescrits à des fins médicales.
- Médicaments utilisés dans le traitement du dysfonctionnement érectile.
- Médicaments ou fournitures médicales qui ne figurent pas sur la Liste des médicaments publiée par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vigueur à la date d'achat.
- Médicaments ou fournitures médicales qui sont reçus ou achetés à l'extérieur de la province de résidence.
- Médicaments ou fournitures médicales qui sont prescrits pour un enfant à charge qui ne répond pas à la définition d'admissibilité.

## 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.

Le présent régime offre une garantie complémentaire au régime public pour les médicaments. Donc, si l'assuré choisit la couverture du régime public d'assurance médicaments, il continuera d'être admissible en vertu de la présente garantie pour les frais suivants :

- la franchise et la coassurance payées par un assuré du Québec en vertu du régime public d'assurance médicaments de la RAMQ; 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 au **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 adhérent du Québec décide de maintenir sa couverture de médicaments en vertu de la présente garantie et donc d'annuler son inscription auprès du régime public, l'assureur se réserve le droit de modifier les taux de prime applicables à la présente garantie pour tout adhérent du Québec âgé de 65 ans et plus.

## SOINS DENTAIRES

---

Vous pourrez avoir à payer une franchise avant d'obtenir le remboursement de vos soins dentaires. Tous les frais sont remboursés selon les pourcentages de remboursement indiqués au **Sommaire des garanties**. L'indemnisation au titre du régime peut être assujettie à certains plafonds et à certaines restrictions quant à la fréquence. Consultez le **Sommaire des garanties** à ce sujet.

Le régime couvre les frais courants engagés pour les soins, fournitures et services ci-dessous, jusqu'à concurrence des montants maximums du guide des tarifs indiqué au **Sommaire des garanties**. Si les soins sont donnés par un denturologiste, les frais indiqués dans le guide des denturologistes s'appliquent. Le guide des tarifs des hygiénistes dentaires s'applique aux soins donnés par un hygiéniste dentaire indépendant.

Pour être couverts, les soins, services et fournitures doivent constituer un traitement raisonnable. Un traitement est considéré comme raisonnable s'il est accepté par l'Association dentaire canadienne, s'il est reconnu comme efficace et si sa nature, sa fréquence et sa durée sont essentielles à la santé dentaire de la personne. Pour être considéré comme raisonnable, le traitement doit être effectué par un dentiste, sous la supervision de celui-ci, par un hygiéniste dentaire indépendant autorisé ou par un denturologiste.

Lorsqu'une ou plusieurs formes de traitements alternatifs existent, le montant admissible est limité au coût du traitement le moins coûteux répondant aux besoins dentaires de base de la personne assurée.

Dans le cas où une restauration temporaire est pratiquée avant la restauration permanente, le montant total admissible ne pourra pas dépasser le tarif prévu dans le **Guide des tarifs** pour une restauration permanente.

## PLAN DE TRAITEMENT

Avant le début de tout traitement dentaire coûteux ou encore de tout traitement orthodontique, faites établir un plan de traitement par votre fournisseur de soins dentaires, puis présentez-le à l'assureur. Ce dernier calculera les prestations payables pour que vous puissiez connaître à l'avance la part des frais que vous aurez à payer.

## SOINS DE BASE

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts :

### Services diagnostiques

Un examen buccal partiel tous les 6 mois.

Deux examens parodontaux partiels tous les 12 mois.

Une série complète de radiographies tous les 36 mois.

Un maximum de 15 pellicules de radiographies intrabucales tous les 36 mois et une radiographie panoramique tous les 36 mois.

De telles radiographies ne sont pas couvertes lorsqu'elles sont effectuées pendant la même période de 12 mois qu'une série complète de radiographies.

### Soins préventifs

Une application topique de fluorure (enfants de moins de 18 ans) et un polissage des dents tous les 6 mois.

Détartrage des dents, à raison d'un maximum de 10 unités de temps par année civile lorsque ces soins sont combinés avec le polissage paradontal des racines.

« Unité de temps » désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

Conseils d'hygiène buccodentaire, à raison d'une fois pendant toute la durée de la protection.

Scellants de puits et fissures sur les prémolaires et les molaires, tous les 60 mois (enfants de moins de 18 ans).

Mainteneurs d'espace (enfants de moins de 18 ans) et appareils servant à corriger les mauvaises habitudes.

Finition d'obturations.

Meulage interproximal des dents.

Retouches aux contours des dents.

## Soins de restauration mineurs

Traitement des caries et blessures et soulagement de la douleur.

Obturations au moyen d'amalgame ou de matériaux esthétiques. Le remplacement d'une obturation existante est couvert uniquement s'il s'est écoulé au moins deux ans depuis la date à laquelle l'obturation existante a été réalisée ou si celle-ci n'était pas couverte au titre du présent régime.

Tenons de rétention et tenons préfabriqués pour obturations.

Couronnes préfabriquées pour dents temporaires.

## Soins endodontiques

Une seule série de soins par dent est couverte dans le cas du traitement radiculaire de dents permanentes. Cependant, si un premier traitement n'a pas donné les résultats escomptés 18 mois après le traitement, un deuxième traitement sera couvert.

## Soins parodontaux

Polissage des racines, à raison d'un maximum de huit unités de temps par année civile lorsque ces soins sont combinés avec le détartrage des dents à titre préventif.

Ajustement et équilibrage de l'occlusion, à raison d'un maximum combiné de quatre unités de temps tous les 12 mois.

«Unité de temps» désigne toute période de temps d'au plus 15 minutes.

## Soins d'entretien de prothèses amovibles

Rebasage superficiel de prothèses amovibles utilisées depuis au moins six mois (une fois tous les 36 mois).

Rebasage complet de prothèses amovibles utilisées depuis au moins deux ans (une fois tous les 36 mois).

Base élastique lors du rebasage superficiel ou complet de prothèses amovibles, après la période de trois mois suivant la mise en place (une fois tous les 36 mois).

Chirurgie buccale.

Soins complémentaires.

## SOINS MAJEURS

Les frais engagés dans les cas suivants sont couverts :

### Soins majeurs

#### Couronnes.

Pour les couronnes mises en place sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des couronnes en métal. Lorsqu'il s'agit de couronnes plus complexes, le régime ne couvre que le coût des couronnes ordinaires.

#### Incrustations de surface.

Pour les incrustations de surface réalisées au moyen de matériaux esthétiques et mises en place sur les molaires, le régime couvre uniquement le coût des incrustations de surface en métal.

Le remplacement de couronnes et d'incrustations de surface existantes est couvert uniquement lorsque la restauration existante date d'au moins cinq ans et que les couronnes et les incrustations ne peuvent être réparées.

Ponts et prothèses amovibles, y compris les prothèses hybrides (ou télescopiques) et les appareils maintenus en place par des implants, lorsqu'ils deviennent nécessaires pour remplacer une ou plusieurs dents naturelles extraites pendant que la personne est couverte pour des soins majeurs. Le remplacement d'une prothèse amovible ou d'un pont existants est également couvert dans les cas suivants :

- la prothèse ou le pont existants ont été mis en place temporairement;
- la prothèse ou le pont existants sont utilisés depuis au moins cinq ans et ne peuvent plus être réparés. Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont existants utilisés depuis moins de cinq ans sera remboursé si la prothèse ou le pont en question ne peuvent plus servir par suite de la mise en place d'une première prothèse amovible antagoniste ou de l'extraction d'autres dents en cours de garantie. Si d'autres dents sont extraites mais que la prothèse ou le pont existant peuvent encore servir, seuls les frais engagés pour le remplacement des dents extraites sont couverts.

Chirurgie liée au port d'une prothèse amovible (remodelage et retouches nécessaires aux contours des tissus buccaux).

Entretien de prothèses amovibles ou de ponts après l'expiration d'une période de trois mois suivant leur mise en place :

- réfection de prothèses (une fois tous les 36 mois);
- ajustement de prothèses (une fois tous les 12 mois);
- réparation de prothèses et ajouts nécessaires, conditionnement des tissus et repositionnement des dents d'une prothèse;
- réparation de ponts;
- enlèvement et recimentation de ponts;
- enlèvement et remise en place de prothèses maintenues par des implants afin de les réparer.

## FRAIS NON COUVERTS

Si vous n'adhérez pas à la garantie soins dentaires au cours du mois qui suit la date de votre admissibilité, la protection est assujettie aux restrictions suivantes :

- Les soins de base ne sont remboursés qu'à raison de 125 \$ par personne durant les 12 premiers mois.
- Les soins orthodontiques ne sont pas remboursés pendant les 24 premiers mois.

Les frais, soins, services et fournitures suivants ne sont pas couverts :

- Doubles de radiographies, appareils de fluoration ordinaires, conseils audiovisuels d'hygiène buccodentaire et conseils en matière de nutrition.
- Soins endodontiques suivants : traitement radiculaire d'une dent temporaire, isolement d'une ou de plusieurs dents, alésage de la chambre pulpaire et implants intracoronaires endo-osseux.
- Soins parodontaux suivants : désensibilisation, application topique d'agents antimicrobiens, irrigation parodontale sous-gingivale, soins post-chirurgicaux et évaluations parodontales après le traitement.
- Soins chirurgicaux suivants : implantologie, déplacement chirurgical de dents, soins nécessaires pour remodeler ou retoucher les contours des tissus buccaux (autres que l'alvéoloplastie mineure, la gingivoplastie et la stomatoplastie) et alvéoloplastie ou gingivoplastie consécutives à l'extraction d'une ou de plusieurs dents. L'implantologie, le remodelage et les retouches aux contours des tissus buccaux sont couverts à titre de soins majeurs.
- Hypnose ou acupuncture.
- Facettes prothétiques, retouches aux contours de couronnes existantes et coloration de la porcelaine.
- Couronnes ou incrustations de surface lorsque la dent aurait pu être restaurée autrement. Le remboursement des couronnes et des incrustations de surface et en profondeur se limite au montant habituellement versé pour les obturations.
- Frais couverts au titre de la garantie de prolongation de l'assurance d'un autre régime collectif.
- Frais dont la loi interdit le remboursement par un assureur privé.
- Soins, services ou fournitures auxquels vous avez droit gratuitement en vertu d'une loi quelconque ou pour lesquels des frais sont engagés seulement parce que vous bénéficiez d'une assurance.
- Soins, services ou fournitures qui ne constituent pas un traitement raisonnable.
- Soins donnés uniquement pour des raisons esthétiques.
- Correction de malformations congénitales ou liées à la croissance chez les personnes âgées de 19 ans ou plus.
- Diagnostic ou traitement des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, correction de la dimension verticale ou soins nécessaires au soulagement de la douleur myofaciale.
- Frais engagés à la suite d'une guerre, d'une insurrection ou de la participation volontaire à une émeute.

## COORDINATION DES PRESTATIONS

---

- Les prestations auxquelles vous ou votre personne à charge avez droit au titre du présent régime sont diminuées de tout montant accordé par un régime de l'État. De plus, si vous ou votre personne à charge avez droit à des prestations pour le remboursement des mêmes frais au titre du présent régime et de tout autre régime collectif, à la fois en tant que salarié et personne à charge du père et de la mère, il y a coordination des prestations afin que le remboursement total au titre de tous les régimes ne dépasse pas les frais réels.
- Vous et votre conjoint devez présenter vos demandes de règlement séparément au titre de vos régimes respectifs. Les demandes visant un enfant à charge doivent être présentées au titre du régime du conjoint dont la date de naissance (sans tenir compte de l'année) est antérieure à l'autre dans l'année civile. Si vous et votre conjoint êtes séparés ou divorcés, l'ordre de préséance dans la détermination des prestations pour l'enfant à charge est le suivant :
  1. régime couvrant le père ou la mère qui a la garde de l'enfant;
  2. régime couvrant le conjoint du père ou de la mère qui a la garde de l'enfant;
  3. régime du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant;
  4. régime du conjoint du père ou de la mère qui n'a pas la garde de l'enfant.

Tout solde des frais non couverts au titre du régime ayant préséance sur l'autre peut ensuite faire l'objet d'une demande de règlement au titre du régime de l'autre conjoint.

## DÉLAIS POUR SOUMETTRE VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENT/PRESTATIONS

---

### SOINS DE SANTÉ ET SOINS DENTAIRES

Toutes vos demandes de remboursement, incluant les pièces justificatives, doivent être présentées et reçues dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.

#### **Demandes de règlement électroniques faites par l'adhérent**

- Vous pouvez soumettre rapidement et facilement vos demandes de règlement au moyen du portail adhérents AGA. Vous devez simplement numériser ou prendre en photo vos reçus et les soumettre via le portail grâce au lien de connexion sur le site AGA assurances collectives.
- Vous pouvez également poster votre réclamation en complétant le coupon "Demande de remboursement" et en y joignant vos reçus originaux et les acheminer au siège social d'AGA assurances collectives.





# EN FAIRE PLUS

## POUR CHAQUE CLIENT

### PRENDRE SOIN DES GENS, AUTREMENT

Chef de file dans l'élaboration et l'administration de régimes d'assurances et de rentes collectives sur mesure, **AGA** se positionne parmi les plus grands joueurs en matière d'avantages sociaux au pays grâce à son approche unique pour prendre soin des gens. Ainsi, **AGA** :

- offre une expérience de qualité supérieure aux promoteurs de régimes et à leurs membres dans le but d'améliorer la santé et la prospérité des Canadiennes et des Canadiens ;
- propose un accès unique qui conjugue expertise de haut niveau, solutions multi-fournisseurs innovantes et technologie de pointe ;
- favorise un milieu de travail inclusif et propice à l'épanouissement de ses ressources humaines et de sa communauté.

Avec des bureaux à travers le Canada, **AGA** est facilement accessible pour sa clientèle.

Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous :  
service.client@aga.ca | 1 800 363-6217

**aga.ca**



**AGA**  
ASSURANCES  
COLLECTIVES

ASSURANCES COLLECTIVES POUR GROUPES DE 2 À 25 EMPLOYÉS 34

ATOUT 2-25