



Votre régime d'assurance collective



**ASSOCIATION GÉNÉRALE ÉTUDIANTE DU COLLÈGE
AHUNTSIC (AGECA)**

Police n° Q1611

Tous les étudiants

Votre régime d'assurance collective

ASSOCIATION GÉNÉRALE ÉTUDIANTE DU COLLÈGE AHUNTSIC (AGECA)

Police n° Q1611

Tous les étudiants

**Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie
1 866 647-5013**

**Pour obtenir votre numéro de certificat,
veuillez consulter le site www.aseq.ca**

**Le présent document constitue un résumé de votre police
d'assurance collective.**

**Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le
1^{er} septembre 2022. Veuillez prendre note que cette version
électronique est mise à jour plus régulièrement que la version
imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc
apparaître entre les deux documents.**

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS	1
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
ADMISSIBILITÉ	9
DROIT AUX GARANTIES	10
ADHÉSION	11
PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE	14
CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE	15
DEMANDES DE PRESTATIONS	17
GARANTIE ACCIDENT-MALADIE	20
GARANTIE SOINS DENTAIRE	37
GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	46
BON À SAVOIR	51

DÉFINITIONS

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

Accident

Toute atteinte corporelle constatée par un médecin et provenant directement et indépendamment de toute autre cause, de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure. Cette définition exclut toute forme de maladie ou de processus dégénératif, ou une hernie inguinale, fémorale, ombilicale ou abdominale, toute infection autre qu'une infection provenant d'une coupure ou d'une blessure apparente et externe, subie par accident.

Assureur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée DSF.

Chirurgie d'un jour

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

Conjoint

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

- 1) est légalement mariée ou unie civilement à l'étudiant;
- 2) vit conjugalement avec l'étudiant depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou
- 3) vit conjugalement avec l'étudiant, a eu un enfant avec lui et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux conjoints, un seul sera reconnu admissible par DSF. La priorité sera accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'étudiant à DSF, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu de la police; ou
- 2) le conjoint à qui l'étudiant est uni légalement par les liens du mariage ou civilement.

Dentiste

Une personne autorisée à pratiquer la médecine dentaire, agréée par l'organisme qui a juridiction à l'endroit où elle fournit les services dentaires.

Éléments de la nature

Les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Enfant

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

- 1) a moins de 22 ans;
- 2) a moins de 26 ans, fréquente à temps plein, à titre d'étudiant à charge dûment inscrit, un établissement d'enseignement; ou
- 3) est majeur et atteint d'une incapacité en raison d'une invalidité physique ou mentale survenue lorsqu'il répondait à l'une ou l'autre des définitions données dans les paragraphes 1) ou 2) ci-dessus.

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

Étudiant
La personne qui réside au Canada et qui est membre de l'Association générale étudiante du Collège Ahuntsic (AGECA).
Frais raisonnables et coutumiers
Les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au plus petit de ce qui suit : 1) le tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis; ou 2) le tarif qui est suggéré par l'association professionnelle applicable; à la date à laquelle les frais sont engagés. Pour les frais engagés à l'extérieur du Canada, les frais raisonnables et coutumiers sont ceux applicables dans la province où réside l'adhérent.
Franchise
La partie des frais admissibles que la personne couverte doit payer avant qu'un remboursement ne soit fait.
Hémiplégie
La paralysie totale et irrémédiable des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.
Hôpital
Tout établissement légalement désigné comme tel, reconnu par DSF et qui procure 24 heures sur 24 : 1) une vaste gamme de soins médicaux et chirurgicaux aux malades et aux blessés; et 2) des soins infirmiers. Sont notamment exclus les foyers pour personnes âgées ou malades chroniques, les maisons de soins infirmiers, les maisons de repos, les maisons de convalescence/réadaptation ou les établissements destinés au traitement de l'alcoolisme, la toxicomanie ou toute autre dépendance.
Hospitalisation
Une admission à l'hôpital comme patient interne alité ou tout séjour à l'hôpital dans le but de subir une chirurgie d'un jour.

Malade hospitalisé
La personne admise à l'hôpital, à qui on a accordé un lit dans un secteur de l'hôpital réservé aux malades hospitalisés.
Maladie
Toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.
Médecin
Un praticien qualifié et légalement autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il fournit les services médicaux.
Médicament équivalent
Un médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.
Membre de la famille immédiate
Une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le gendre, la bru, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'étudiant.
Orthèse
Tout appareil orthopédique rigide servant à maintenir une région du corps en bonne position.
Paraplégie
La paralysie totale et irrémédiable des deux membres inférieurs.
Période de couverture
La période qui s'étend du 1 ^{er} septembre au 31 août de l'année suivante pour la session d'automne et du 1 ^{er} janvier au 31 août pour la session d'hiver.

Période de retrait et de changement de couverture

La période déterminée par le preneur durant laquelle l'étudiant peut :

- 1) exercer son droit de retrait; ou
- 2) modifier sa couverture.

Cette période est prévue au début de la période de couverture. L'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait, effectuer des modifications ou pour les étudiants internationaux, adhérer au régime après cette période. L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour procéder.

Personne à charge

Le conjoint ou un enfant qui résident au Canada. Toutefois, une personne à charge qui réside en dehors du Canada est considérée comme résidant au Canada si elle est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et que DSF a préalablement donné son approbation par écrit.

Personne couverte

L'étudiant ou une personne à charge.

Perte

- 1) Pour un bras, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du coude.
- 2) Pour un doigt, le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.
- 3) Pour une jambe, le sectionnement complet à ou au-dessus de l'articulation du genou.
- 4) Pour une main, le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.
- 5) Pour un orteil, le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.
- 6) Pour l'ouïe, la perte totale et irrémédiable de l'ouïe d'une oreille diagnostiquée par un oto-rhino-laryngologiste dûment qualifié et correspondant à un seuil d'audition de plus de 90 décibels.
- 7) Pour la parole, la perte totale et irrémédiable de la capacité de parler, par suite d'une lésion ou d'une maladie, qui doit se prolonger sur une période continue de 6 mois. Le diagnostic doit être posé par un médecin dûment qualifié.

- 8) Pour un pied, le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.
- 9) Pour le pouce, le sectionnement complet d'une phalange du pouce.
- 10) Pour la vue, la perte totale et irrémédiable de la vision d'un œil, diagnostiquée par un ophtalmologiste dûment qualifié, et qui correspond à une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins ou à des champs visuels de moins de 20 degrés.

Perte de l'usage

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

Preuve d'assurabilité

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

Proche parent

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

Province de résidence

- 1) Pour un étudiant canadien :
 - a) la province de résidence habituelle dans laquelle l'étudiant est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
 - b) la province de résidence temporaire dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire alors qu'il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une autre province;
- 2) pour un étudiant non-canadien : la province de résidence dans laquelle l'étudiant demeure pendant la période scolaire et dans laquelle il est couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation, ou un régime équivalent approuvé par l'assureur. Cependant, pour les soins dentaires, l'étudiant n'a pas à être couvert en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

Quadriplégie

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

Titulaire de police

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

Urgence médicale

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

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION

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

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

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

INCONTESTABILITÉ

Lorsque la couverture d'une personne est en vigueur depuis 2 ans de son vivant, DSF ne peut contester la validité de cette couverture sur la base de déclarations écrites soumises par ou pour cette personne, sauf si ces déclarations se rapportent à l'âge ou sont frauduleuses.

RENSEIGNEMENTS INEXACTS SUR L'ÂGE

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

MONNAIE

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

GENRE ET NOMBRE

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

ADMISSIBILITÉ

CATÉGORIES COUVERTES

Catégorie	Description
001	Étudiants réguliers
002	Étudiants internationaux

ADMISSIBILITÉ DE L'ÉTUDIANT

L'étudiant est admissible à la couverture à partir du début de la période de couverture en autant qu'il soit membre de l'Association générale étudiante du Collège Ahuntsic (AGECA).

L'étudiant admissible qui participe à un programme d'échange ou à un stage à l'extérieur de sa province de résidence demeure couvert en vertu du régime d'assurance collective à condition qu'il soit couvert en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour les frais engagés hors de sa province de résidence.

ADMISSIBILITÉ DES PERSONNES À CHARGE

Si un étudiant choisit une protection familiale, couple ou monoparentale, ses personnes à charge sont admissibles à l'assurance à partir du début de la période de couverture.

DROIT AUX GARANTIES

Les étudiants qui répondent aux critères d'admissibilité ont droit aux garanties indiqués ci-dessous.

Toutefois, l'assurance mort mutilation accidentelles et l'assurance accident-maladie ne sont pas offertes séparément; elles sont indissociables.

GARANTIES	CATÉGORIES COUVERTES
Garantie accident-maladie	001
Garantie soins dentaires	Toutes
Garantie décès et mutilation accidentels	001

ADHÉSION

ADHÉSION À LA COUVERTURE

L'adhésion à la couverture est automatique lors de l'inscription à l'établissement d'enseignement.

Les primes du régime d'assurance collective font partie des cotisations automatiques non-obligatoires (CANO).

L'étudiant est couvert d'office avec une protection individuelle et sera couvert durant toute la période de couverture.

Si l'étudiant choisit une protection familiale, couple ou monoparentale, ses personnes à charge sont admissibles à l'assurance à partir du début de la période de couverture.

PROCÉDURES POUR MODIFICATIONS

L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour :

- 1) Exercer son droit de retrait; ou
- 2) modifier sa couverture.

L'étudiant peut effectuer des modifications uniquement durant la période de retrait et de changement de couverture.

DROIT DE RETRAIT DU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'étudiant a la possibilité d'exercer son droit de retrait du régime d'assurance collective annuellement (ou de façon permanente pour la catégorie 001), pendant la période de retrait et de changement de couverture. Après cette période, l'étudiant ne pourra plus exercer son droit de retrait.

Un étudiant qui demande un retrait annuel du régime d'assurance collective ne sera pas couvert pour toute la durée de la période de couverture. L'étudiant sera inscrit automatiquement pour la période de couverture suivante.

Catégorie 001 - Un étudiant qui demande un retrait permanent ne sera pas couvert en vertu du régime d'assurance collective pour toute la durée de son inscription auprès du preneur. L'étudiant pourra se réinscrire ultérieurement pour une prochaine période de couverture en consultant le site www.aseq.ca.

ASSURANCE SIMILAIRE ET VALIDATION DE COUVERTURE

L'assurance accident-maladie est un régime complémentaire et ne remplace pas la couverture du régime provincial d'assurance-médicaments du Québec (RAMQ) ou de tout autre régime privé d'assurance.

L'étudiant doit valider s'il est couvert par un autre régime d'assurance offrant des prestations similaires au présent régime. Ce régime pourrait être offert par son employeur, ses parents ou son conjoint. Dans ce cas, il pourrait bénéficier d'une coordination des prestations.

TYPES DE PROTECTION

L'étudiant peut choisir parmi les types de protection ci-dessous. À défaut de faire un choix, il se verra attribuer une protection individuelle qui demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

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

Le type de protection peut être différent d'une garantie à l'autre et demeurera en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

Le type de protection peut être changé à la suite d'un événement de vie, en présentant une demande à DSF dans les 31 jours qui suivent l'événement.

Un événement de vie est défini comme suit :

- 1) mariage, nouveau conjoint de fait, séparation ou divorce;
- 2) naissance ou adoption d'un enfant;
- 3) retour aux études d'un enfant à charge.

BÉNÉFICIAIRE

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

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

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

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

PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE

PRISE D'EFFET POUR L'ÉTUDIANT

La couverture de tout étudiant prend effet automatiquement à la date du début de la période de couverture.

PRISE D'EFFET POUR LES PERSONNES À CHARGE

La couverture des personnes à charge prend effet à la date à laquelle l'étudiant est lui-même admissible, si l'adhésion des personnes à charge est effectuée pendant la période de retrait et de changement de couverture.

Si l'étudiant a déjà souscrit à la couverture des personnes à charge à la date à laquelle il a une nouvelle personne à charge, la couverture de cette personne prend effet à la date à laquelle elle devient une personne à charge. Toutefois, la garantie décès et mutilation accidentels d'un nouveau-né prend effet 24 heures après sa naissance et conformément aux dispositions de la police, y compris celles indiquées ci-dessus.

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

2. MODIFICATION DES GARANTIES

L'étudiant doit consulter le site www.aseq.ca pour modifier ses garanties.

L'étudiant peut effectuer des modifications uniquement durant la période de retrait et de changement de couverture.

CESSATION DES GARANTIES ET DE LA COUVERTURE

CESSATION DES GARANTIES

Chaque garantie cesse à la date indiquée ci-dessous.

GARANTIE	DATE DE CESSATION
Garantie accident-maladie	Le dernier jour de la période de couverture ou la date à laquelle l'étudiant cesse d'être couvert, selon la première éventualité.
Garantie soins dentaires	Le dernier jour de la période de couverture ou la date à laquelle l'étudiant cesse d'être couvert, selon la première éventualité.
Garantie décès et mutilation accidentels	Le dernier jour de la période de couverture ou ou la date à laquelle l'étudiant cesse d'être couvert, selon la première éventualité.

CESSATION DE LA COUVERTURE DE L'ÉTUDIANT

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

- 1) la date à laquelle il n'est plus considéré être un étudiant admissible;
- 2) la fin de la période pour laquelle les primes requises ont été versées en son nom;
- 3) la fin de la période de couverture; ou
- 4) la date à laquelle le preneur met fin au contrat.

CESSATION DE LA COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

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

- 1) la date de cessation de la couverture de l'étudiant, sauf si la personne à charge est admissible à des prestations aux survivants;
- 2) la date à laquelle la personne n'est plus une personne à charge; ou
- 3) la fin de la période pendant laquelle les primes requises pour la couverture des personnes à charge ont été versées au nom de l'étudiant.

FRAUDE

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

DÉCLARATION ET PREUVES DE SINISTRE

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

GARANTIE	DÉLAI
Garantie accident-maladie	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la fin de la période de couverture.
Garantie soins dentaires	Toute demande de prestations, accompagnée des pièces justificatives appropriées, doit être présentée à DSF dans les 90 jours suivant la fin de la période de couverture.
Garantie décès et mutilation accidentels	<ul style="list-style-type: none">• Toute demande de prestations doit être présentée à DSF dans les 30 jours suivant la date de l'accident; et• une preuve écrite doit être remise à DSF dans les 90 jours suivant la date de cet accident.

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

Advenant la résiliation de la police, DSF n'effectuera aucun versement de prestations à moins que la déclaration et les preuves ne lui soient soumises dans les 90 jours suivant la date de résiliation de la police.

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

SOUMISSION D'UNE DEMANDE

Toute demande de prestations doit être présentée à DSF au moyen du formulaire prévu à cette fin. En tout temps, DSF peut exiger des informations supplémentaires lorsqu'elle le juge nécessaire.

Médicaments et autres Frais médicaux

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

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

Soins dentaires

L'étudiant n'a pas à soumettre de demande de prestations à DSF si le dentiste utilise l'échange électronique de données (EDI).

DSF se réserve le droit de demander des radiographies et d'autres types de diagnostics comme des rapports de spécialiste, des graphiques parodontiques et des modèles d'étude.

Décès

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

- 1) du décès, des causes et des circonstances liées au décès, incluant un rapport médical ou un certificat de décès;
- 2) que le défunt était admissible à la couverture au moment du décès;
- 3) de la date de naissance du défunt; et
- 4) que le demandeur est en droit de recevoir la prestation.

DSF peut également exiger tout autre renseignement jugé utile.

Sous réserve de toute loi applicable, DSF peut demander une autopsie afin d'évaluer sa responsabilité relative à une demande de prestations.

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

PAIEMENTS

Toutes les prestations sont versées à l'étudiant, à moins d'indication contraire ailleurs dans la police.

Prestations décès

La prestation est versée dans les 30 jours suivant la réception de preuves satisfaisantes de décès. La prestation payable au décès de l'étudiant est versée au bénéficiaire.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Il est possible que certains frais médicaux ou dentaires soient couverts par plus d'un régime d'assurance similaire. Si tel est le cas, l'étudiant peut obtenir un remboursement atteignant 100 % des frais engagés en soumettant successivement les réclamations à chacun des régimes. Dans l'industrie de l'assurance, c'est ce qu'on appelle la coordination des prestations.

EXAMENS MÉDICAUX

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

SUBROGATION

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

DROIT DE RECOUVREMENT

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

GARANTIE ACCIDENT-MALADIE

Catégorie 001

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

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

Franchise	
Frais admissibles	Montant
Tous les frais	Aucune
Pourcentage de remboursement	
Frais admissibles	Pourcentage
Médicaments inscrits sur la Liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)	Non couverts (sauf les contraceptifs oraux, les stérilets (avec hormones), les injections contraceptives, les anneaux contraceptifs, les timbres contraceptifs, les neurostimulants, les antidépresseurs, l'hormonothérapie (hormones et bloqueurs d'hormones), les auto-injecteurs permettant d'administrer l'épinéphrine en cas de réaction allergique)
Contraceptifs oraux, stérilets (avec hormones), injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs, neurostimulants, antidépresseurs, hormonothérapie (hormones et bloqueurs d'hormones), les auto-injecteurs permettant d'administrer l'épinéphrine en cas de réaction allergique inscrits sur la liste du régime provincial d'assurance médicaments (RAMQ)	La différence entre le montant admissible et le montant remboursé par un régime provincial ou un régime d'assurance collective ou individuel

<p>Contraceptifs oraux, stérilets (avec hormones), injections contraceptives, anneaux contraceptifs, timbres contraceptifs, neurostimulants, antidépresseurs, hormonothérapie (hormones et bloqueurs d'hormones), les auto-injecteurs permettant d'administrer l'épinéphrine en cas de réaction allergique non inscrits sur la liste RAMQ</p>	<p>1) Médicaments génériques : 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché</p> <p>2) Médicaments de marque :</p> <p>a) 100 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché</p> <p>b) 100 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché</p>
<p>Tous les autres frais</p>	<p>100 %</p>

<p>Prestation maximale globale</p>
<p>Montant payable par personne couverte</p>
<p>5 000 \$ par période de couverture excluant les vaccins préventifs, les examens de la vue, les services d'un professeur privé et les frais d'hospitalisation</p>

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

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

- 1) ont été préalablement prescrits par un médecin ou tout professionnel de la santé autorisé à le faire selon la loi applicable;
- 2) sont reconnus par la profession médicale comme étant adéquats et conformes au diagnostic; et
- 3) ne peuvent pas être omis sans nuire à l'état de la personne ou à la qualité des soins médicaux.

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

FRAIS ADMISSIBLES

AU CANADA OU À L'ÉTRANGER

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

- 1) dans la province de résidence de l'étudiant; et
- 2) à l'extérieur de la province de résidence de l'étudiant, pour une raison autre qu'une urgence médicale.

Catégories	Limite des frais admissibles de médicaments	
	001	Marge bénéficiaire
Honoraires du pharmacien		Frais raisonnables et coutumiers

MÉDICAMENTS

- 1) Les contraceptifs oraux, les stérilets (avec hormones), les injections contraceptives, les anneaux contraceptifs, les timbres contraceptifs, les neurostimulants, les antidépresseurs, l'hormonothérapie (hormones et bloqueurs d'hormones), les auto-injecteurs permettant d'administrer l'épinéphrine en cas de réaction allergique qui portent un DIN (numéro d'identification du médicament) et qui sont fournis par un pharmacien.

- 2) Médicaments exigeant une autorisation préalable (s'applique seulement aux contraceptifs oraux, aux stérilets (avec hormones), aux injections contraceptives, aux anneaux contraceptifs, aux timbres contraceptifs, aux neurostimulants, aux antidépresseurs, à l'hormonothérapie (hormones et bloqueurs d'hormones), aux auto-injecteurs permettant d'administrer l'épinéphrine en cas de réaction allergique et aux vaccins préventifs).

L'autorisation préalable de DSF est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de DSF. Pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par DSF, un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à DSF. Il s'agit notamment de confirmer que les médicaments prescrits :

- c) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée; et
- d) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

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

DSF peut rembourser la valeur d'un médicament équivalent moins cher s'il en existe sur le marché.

Frais admissibles pour les autres médicaments	Maximum payable par personne couverte
Vaccins préventifs	150 \$ par période de couverture

HOSPITALISATION	
Frais admissibles	Maximum payable par personne couverte
<u>Hôpital</u> Frais d'hébergement pour des soins de courte durée, pour chaque jour d'hospitalisation	La différence entre le coût d'une salle et d'une chambre semi-privée Indemnité additionnelle de 50 \$ par jour jusqu'à concurrence de 30 jours par période d'hospitalisation

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ	
Frais admissibles	Maximum payable par personne couverte
<p><u>Soins paramédicaux</u></p> <p>Services des professionnels suivants, à condition qu'ils exercent dans les limites de leur compétence et soient membres en règle de leur association ou corporation professionnelle reconnues par DSF. À moins d'indication contraire, ces services ne nécessitent pas de recommandation médicale.</p>	<p>Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour</p>
<ul style="list-style-type: none"> chiropraticien 	<p>40 \$ par visite jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par période de couverture, incluant une radiographie</p>
<ul style="list-style-type: none"> diététiste ou nutritionniste 	<p>40 \$ par visite jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par période de couverture</p>
<ul style="list-style-type: none"> massothérapeute (sur recommandation médicale) 	<p>40 \$ par visite jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par période de couverture</p>
<ul style="list-style-type: none"> ostéopathe 	<p>40 \$ par visite jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$</p>
<ul style="list-style-type: none"> physiothérapeute 	<p>40 \$ par visite jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par période de couverture</p>
<ul style="list-style-type: none"> podiatre ou podologue 	<p>40 \$ par visite jusqu'à concurrence d'un maximum de 400 \$ par période de couverture</p>

PROFESSEUR PRIVÉ (POUR L'ÉTUDIANT SEULEMENT)

Frais admissibles	Maximum payable par personne couverte
Services d'un professeur privé	Payable à compter du premier jour de la maladie ou de l'accident lorsqu'il est nécessaire que l'étudiant demeure hospitalisé ou qu'il poursuive sa convalescence à son domicile pour une période excédent 7 jours consécutifs 25 \$ de l'heure jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par période de couverture

AMBULANCE

Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport terrestre de la personne couverte :

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

Les frais d'une ambulance autorisée pour le transport aérien de la personne couverte à l'hôpital le plus près apte à fournir les soins appropriés, en cas d'urgence médicale.

ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES

AIDES À LA MOBILITÉ

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Marchettes, cannes ou béquilles	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Fauteuils roulants	Achat, réparation ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé

FOURNITURES ORTHOPÉDIQUES

Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
<p>Chaussures orthopédiques :</p> <ul style="list-style-type: none">• chaussures fabriquées sur mesure• chaussures ouvertes• chaussures évasées ou droites• chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne• chaussures préfabriquées, modifiées ou ajustées• modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées	<p>Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, les chaussures doivent être fabriquées et les modifications ou ajustements à des chaussures préfabriquées ou de série doivent être effectués par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF</p> <p>200 \$ par période de couverture</p>
Orthèses de pied	Fabriquées et facturées par un centre reconnu par DSF. De plus, elles doivent être fabriquées sur mesure par un orthésiste membre en règle d'une association professionnelle reconnue par DSF

Attelles rigides ou semi-rigides, bandages herniaires et plâtres	Achat et réparation
Corsets médicaux	Achat et réparation
PROTHÈSES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Prothèses auditives	500 \$ par période de 5 années y compris les piles à l'achat initial
Prothèses capillaires	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque requises à la suite de la chute temporaire des cheveux en cas d'alopecie, de chimiothérapie ou de radiothérapie Montant viager de 200 \$
Prothèses mammaires	<ul style="list-style-type: none"> Lorsque requises à la suite d'une mastectomie, jusqu'à concurrence : du coût de prothèses externes; et 200 \$ par période de 24 mois, y compris 2 soutiens-gorge post-mastectomie
Membres artificiels et prothèses myoélectriques	<ul style="list-style-type: none"> Achat, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par prothèse Réparation, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par réparation Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par prothèse
Yeux artificiels	Achat et réparation

AUTRES ÉQUIPEMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Glucomètres	Un appareil par période de 36 mois
Fournitures pour pompes à insuline	Achat 150 \$ par période de couverture
Bas de contention	Achat, à condition qu'ils soient de compression d'au moins 20mm/Hg
Stérilets ou diaphragmes	Frais raisonnables et coutumiers
Neurostimulateurs TENS et leurs fournitures	Achat ou location, à la discrétion de DSF Montant viager de 700 \$
Cathéters	Achat
Fournitures pour les stomies	Achat
Fournitures pour les paraplégiques	Achat
Fournitures médicales servant au gavage	Achat
Fournitures médicales suite à une trachéotomie	Achat
Lunettes opaques	Achat, à condition qu'elles soient requises lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis
Vêtements compressifs	Achat
Pansements médicamenteux	Achat
Couvre-moignons	Achat

Moniteurs d'apnée	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Oxygène et matériel nécessaire à son administration	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Pompes à lymphoedème	Achat
Accessoires de percussion thoracique	Achat
Appareils d'énurésie	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Lits d'hôpital	Achat et réparation, ou location, à la discrétion de DSF, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique
Appareils de traction	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Appareils de verticalisation	Achat ou location, à la discrétion de DSF
Autres équipements et leurs fournitures : <ul style="list-style-type: none"> • appareils d'aérosolthérapie • appareils CPAP ou orthèses d'avancée mandibulaire • pompes à insuline • stimulateurs osseux Des équipements additionnels peuvent être inclus selon ce qui est établi par DSF.	Achat ou location, à la discrétion de DSF

SERVICES DIAGNOSTIQUES	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Techniques d'imagerie et analyses de laboratoire	À but diagnostique, jusqu'à concurrence de 500 \$ par période de couverture

SOINS DENTAIRES À LA SUITE D'UN ACCIDENT	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
<p>Les services d'un dentiste requis pour réparer et remplacer des dents saines par suite d'un coup accidentel à la bouche</p> <p>Dent saine désigne une dent naturelle qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa matière ou dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent naturelle traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale est considérée comme saine.</p>	<p>Le coup accidentel doit avoir été reçu pendant que la personne est couverte en vertu de cette garantie ou d'une garantie comparable en vigueur immédiatement avant la date de prise d'effet de cette garantie.</p> <p>Dans les 12 mois de l'accident :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les soins dentaires doivent être rendus; ou • un plan de traitement jugé satisfaisant par DSF doit être présenté. <p>DSF n'accorde aucun remboursement pour des soins reçus plus de 2 ans après l'accident.</p> <p>Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'étudiant.</p> <p>5 000 \$ par période de couverture</p>

SOINS DE LA VUE	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum payable par personne couverte
Examen de la vue	50 \$ par période de couverture
Lunettes et lentilles cornéennes	<p>Achat et remplacement</p> <p>Les lunettes et les lentilles cornéennes doivent être prescrites par un ophtalmologiste ou un optométriste et fournies par un ophtalmologiste, un optométriste ou un opticien, pour corriger la vue</p> <p>Montant global de 75 \$ par période de 24 mois</p>
Lentilles cornéennes (conditions spéciales)	<p>lentilles cornéennes pour restaurer l'acuité visuelle de l'oeil le plus puissant à au moins 20/40 lorsque des lunettes ne permettent pas ce résultat</p> <ul style="list-style-type: none"> • une paire jusqu'à concurrence de 250 \$ par période de 24 mois pour les adultes • une paire par période de 24 mois pour les enfants de moins de 18 ans jusqu'à concurrence de 250 \$ par lentille.

LE SERVICE INFO ACCÈS-SANTÉ

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

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

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

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

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

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

Provenance de l'appel

Numéro à composer

Partout au Canada

1 877 875-2632

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

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

- 1) sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- 2) font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par DSF; ou
- 3) ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par DSF à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions applicables aux médicaments

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

Limitations

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

Clause alternative

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

Limitations additionnelles applicables aux médicaments

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

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 2) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;
- 3) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) soins esthétiques autres que ceux prévus dans cette garantie;
 - b) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada;
 - c) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou de toute loi semblable ou en vertu de tout autre régime public;
 - d) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 4) services, soins ou produits de nature expérimentale;
- 5) services, soins ou produits fournis à la personne couverte par un proche parent;
- 6) hébergement dans une maison de convalescence ou de réadaptation;
- 7) hébergement dans un établissement hospitalier si l'objet principal du séjour est la participation à un programme thérapeutique, une thérapie ou une cure;
- 8) hébergement dans un établissement pour malades chroniques;
- 9) soins infirmiers à domicile qui sont uniquement dispensés à titre de soins de protection, d'accompagnement, de psychothérapie ou de surveillance;
- 10) appareils robotisés d'aide à la marche;

- 11) chaussures profondes et chaussures normales faisant partie de l'inventaire courant;
- 12) frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;
- 13) supports de genre « Obus Forme » ou de même type;
- 14) cours et programmes d'exercice physique en tous genres;
- 15) bains thérapeutiques en tous genres;
- 16) cures de jeûne et tous les frais s'y rattachant;
- 17) appareils, fournitures et équipements conçus ou adaptés pour permettre la participation à des activités sportives;
- 18) services diagnostiques reçus à l'hôpital et frais engagés pour des tests génétiques;
- 19) échographies de grossesse;
- 20) soins dentaires qui ne résultent pas d'un accident ou qui résultent de l'introduction volontaire ou involontaire d'une substance alimentaire ou d'un objet dans la bouche;
- 21) actes dentaires et fournitures ayant pour but la restauration de la bouche au complet et la correction de la dimension verticale ou de toute dysfonction temporo-mandibulaire;
- 22) fournitures pour incontinence;
- 23) frais engagés pour une cure de désintoxication;
- 24) frais engagés pour le traitement de l'infertilité;
- 25) frais engagés pour le traitement de la dysfonction sexuelle;
- 26) lunettes de soleil ou lunettes protectrices;
- 27) résonances magnétiques (IRM);
- 28) voyages de santé ou voyages effectués pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification; ou
- 29) services, soins ou produits non inclus dans la liste des frais admissibles.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) médicaments sauf ceux prévus à la présente garantie;
- 2) médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de DSF. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé
- 3) médicaments ou produits considérés par DSF comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, DSF utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé
- 4) frais qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime provincial d'assurance médicaments, pour les étudiants couverts par leur régime provincial. Cette exclusion ne s'applique pas aux contraceptifs oraux, aux stérilets (avec hormones), aux injections contraceptives, aux anneaux contraceptifs, aux timbres contraceptifs, aux neurostimulants, aux antidépresseurs, à l'hormonothérapie (hormones et bloqueurs d'hormones), aux auto-injecteurs permettant d'administrer l'épinéphrine en cas de réaction allergique.

GARANTIE SOINS DENTAIRES

Toutes les catégories

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

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

Franchise	
Frais admissibles	Montant
Tous les frais admissibles	Aucune
Pourcentage de remboursement	
Frais admissibles	Pourcentage
Soins de prévention	50 %
Soins de base	50 %
Prestation maximale	
Frais admissibles	Montant
Soins de prévention et de base	Montant global de 750 \$ par période de couverture par personne couverte

PAIEMENT DES PRESTATIONS

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

Pour être considérés comme admissibles, les frais doivent être nécessaires et recommandés par un dentiste, et dispensés par :

- 1) un dentiste;
- 2) un hygiéniste dentaire lorsque ces services sont dans les limites de sa compétence; ou
- 3) un denturologiste diplômé.

Les frais admissibles sont considérés avoir été engagés à la date à laquelle le service a été rendu ou les fournitures obtenues. Pour les soins suivants, la date à laquelle les frais sont engagés est :

- 1) pour un pont, une couronne, une prothèse ou tout autre appareil, la date de pose de l'appareil; et
- 2) pour les traitements de canaux, la date du dernier traitement.

ÉVALUATION PRÉALABLE DES PRESTATIONS

Lorsque le coût global estimatif de soins dentaires pour une personne couverte dépasse 500 \$, il est conseillé à l'étudiant de présenter un plan de traitement détaillé à DSF avant le début de ce traitement. Le plan de traitement doit indiquer le type de soins à fournir, les dates prévues des soins et les sommes exigées pour chaque soin.

Aucune prestation n'est payable pour les frais engagés après la date à laquelle la couverture de l'étudiant cesse, même si le plan de traitement détaillé a été complété et que DSF avait prévu des prestations avant cette date de cessation.

GUIDE DES TARIFS

Les frais admissibles sont basés sur le guide des tarifs des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province où le traitement est donné, et reconnu par DSF, pour l'année civile durant laquelle les frais sont engagés.

En l'absence d'un guide des tarifs reconnu par DSF ou si le guide n'est pas reconnu par DSF pour l'année durant laquelle les frais sont engagés, les frais admissibles sont basés sur les frais raisonnables et coutumiers.

FRAIS ADMISSIBLES**AU CANADA**

SOINS DE PRÉVENTION	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum par personne couverte
Examens	
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal complet	Un par période de 36 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal préventif ou de rappel	Un par période de 12 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal d'urgence	
<ul style="list-style-type: none">Examen buccal d'aspect particulier	Un par période de 6 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen parodontal	Un par période de 60 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen des dysfonctions stomatognathiques	Un par période de 60 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen prosthodontique	Un par période de 24 mois
<ul style="list-style-type: none">Examen spécifique d'orthodontie	
Radiographies	
<ul style="list-style-type: none">Série complète de radiographies ou une radiographie panoramique	Une par période de 36 mois
<ul style="list-style-type: none">Radiographies intraorales et extraorales et radiographies servant à diagnostiquer un symptôme ou à examiner les progrès dans une série de traitements particuliers	
<ul style="list-style-type: none">Photographie	

Tests et examens de laboratoire	
• Tests microbiologiques	
• Biopsies	
• Test de vitalité	
• Modèles de diagnostic, non montés	
Consultations	
• Consultation avec un patient	Un jour autre que celui de l'examen
Services de prévention	
• Instruction d'hygiène buccale	Une fois par période de 12 mois
• Polissage	Un par période de 12 mois
• Détartrage léger à des fins préventives plutôt que thérapeutiques	Deux unités de temps par période de couverture, combinées avec détartrage à des fins thérapeutiques
• Détartrage à des fins thérapeutiques	Deux unités de temps par période de couverture, combinées avec détartrage léger à des fins préventives
• Application topique de fluorure	Une par période de 12 mois
• Finition des obturations, incluant les modifications de la morphologie de dents pour raison fonctionnelle/Améloplastie	
• Scellants de puits et fissures	Pour les enfants de moins de 16 ans

<ul style="list-style-type: none"> • Meulage interproximal 	
<ul style="list-style-type: none"> • Appareils de maintien 	En l'absence de dents primaires et seulement pour les enfants de moins de 16 ans

SOINS DE BASE	
Frais admissibles	Limitation et/ou maximum par personne couverte
Restauration	
<ul style="list-style-type: none"> • Restaurations en amalgame (gris) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Restaurations en composite (blanc) 	Sur les dents antérieures et les prémolaires
<ul style="list-style-type: none"> • Tenons de rétention pour restauration en amalgame ou en composite 	
<ul style="list-style-type: none"> • Couronnes préfabriquées en acier inoxydable et en polycarbonate 	Sur les dents primaires et seulement pour les enfants de moins de 16 ans
<ul style="list-style-type: none"> • Carie / trauma / contrôle de la douleur, acte distinct d'une restauration 	
Endodontie	
<ul style="list-style-type: none"> • Urgence endodontique et traitement de la chambre pulpaire 	
<ul style="list-style-type: none"> • Thérapie endodontique (traitement de canal) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Traitements périapicaux 	
<ul style="list-style-type: none"> • Actes endodontiques divers autres que le blanchiment 	

Parodontie	
• Chirurgie parodontale	
• Visites postopératoires	4 visites par période de couverture
• Curetage gingival ou surfaçage radiculaire	Une fois par période de 60 mois
• Ajustement pour appareil parodontal pour contrôler uniquement le bruxisme	Un ajustement par période de couverture
• Équilibrage de l'occlusion	8 unités de temps par période de 12 mois ou Un majeur et 3 mineurs par période de 12 mois
Entretien de prothèses amovibles	
• Réparation	
• Addition à une prothèse amovible existante	
• Regarnissage	
• Rebasage	
• Ajustements de prothèses avec ajustements mineurs, 3 mois après l'insertion	Une fois par période de 6 mois

Chirurgie buccale	
• Extractions	
• Ablation de racines résiduelles	
• Exposition chirurgicale des dents	
• Alvéolectomie, alvéoloplastie, gingivoplastie, stomatoplastie et ostéoplastie	
• Reconstruction du procès alvéolaire	
• Extension des replis muqueux	
• Excisions	
• Incisions	
• Frénectomie	
• Traitement des glandes salivaires	
• Chirurgie antrale (sinus)	
• Contrôle d'hémorragie	
• Soins postopératoires	

À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pour être admissibles, les frais pour des soins dentaires reçus à l'extérieur du Canada doivent être :

- 1) engagés pour une raison autre qu'une urgence; et
- 2) inclus dans la liste des frais admissibles au Canada.

Le remboursement des frais admissibles est basé sur le guide des tarifs des actes bucco-dentaires de l'association dentaire provinciale utilisé par les praticiens généralistes de la province où réside l'étudiant pour la période de couverture durant laquelle les frais sont engagés.

RESTRICTIONS, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations

- 1) Aucun remboursement n'est effectué pour toute partie des frais qui excède les frais suggérés dans le guide des tarifs approprié.
- 2) Les frais de laboratoire sont limités au moindre de ce qui suit :
 - a) les frais de laboratoire raisonnables et coutumiers de la localité où les services sont rendus; ou
 - b) 60 % des frais suggérés dans le guide des tarifs prévu dans cette garantie pour le traitement correspondant.
- 3) Le remboursement des frais pour des restaurations en composite effectuées sur les molaires est limité aux frais pour les restaurations en amalgame.

Clause alternative

Lorsque 2 ou plusieurs traitements sont disponibles pour corriger adéquatement une condition dentaire, les prestations sont limitées au traitement le moins coûteux qui donne un résultat approprié du point de vue professionnel.

La notion de traitement approprié peut varier d'un professionnel à l'autre. Cette limitation n'a pas pour but d'affecter le plan de traitement convenu entre le dentiste et la personne couverte.

Exclusions générales

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) tout traitement d'urgence reçu en dehors du Canada;
- 2) services ou soins qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer en totalité ou en partie, sauf dans la mesure où il permet un remboursement excédentaire;
- 3) services, soins ou produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu de toute loi provinciale ou fédérale applicable à la personne couverte, qu'elle soit ou non couverte par ces lois;
- 4) soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;

- 5) frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous manqués, pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;
- 6) frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de ce qui suit :
 - a) infraction ou tentative d'infraction criminelle, tel que prévu au Code criminel du Canada;
 - b) toute cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la Loi sur les accidents du travail ou d'une loi semblable ou de tout autre régime public;
 - c) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;
- 7) soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;
- 8) analyse du régime alimentaire;
- 9) soins et fournitures dentaires, y compris les radiographies, visant :
 - a) la reconstruction de la bouche entière;
 - b) la correction de l'espace vertical;
 - c) la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire; ou
 - d) le jumelage permanent des dents;
- 10) blanchiment;
- 11) frais engagés pour des implants;
- 12) anesthésie dentaire électronique, anesthésie par acupuncture ou par hypnose;
- 13) services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles.

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS

Catégorie 001

SOMMAIRE DE LA GARANTIE

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

- 1) qu'une personne couverte a subi l'une des pertes indiquées ci-dessous dans les 365 jours suivant un accident;
- 2) que cette perte était le résultat direct de l'accident indépendamment de toute autre cause; et
- 3) que cet accident et la perte sont survenus alors que la personne était couverte en vertu de cette garantie;

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

GARANTIE DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS DE BASE

Montant de l'assurance		
Étudiant	Conjoint	Chaque enfant
2 500 \$	2 500 \$	2 500 \$
Réduction		
Aucune		

TABLEAU DES PERTES

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

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %

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

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

DISPARITION

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

EXPOSITION AUX ÉLÉMENTS DE LA NATURE

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

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS

Limitations

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

- 1) 200 % du montant de l'assurance en cas d'hémiplégie, de paraplégie ou de quadriplégie; ou
- 2) 100 % du montant de l'assurance dans tous les autres cas.

Exclusions

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

- 1) suicide ou dommages corporels que la personne couverte s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- 2) maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- 3) traitement médical ou dentaire, intervention chirurgicale ou anesthésie;
- 4) guerre, déclarée ou non, service actif dans les forces armées d'un pays, ou participation à une émeute, une insurrection ou une agitation populaire;

- 5) voyage ou vol dans un aéronef sauf si la personne couverte voyage à titre de passager seulement, et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage, dans tout aéronef qui :
 - a) a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu des autorités compétentes au Canada ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, et que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - b) est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
- 6) infraction ou tentative d'infraction criminelle, incluant la conduite avec facultés affaiblies, tel que prévu au Code criminel du Canada.

LIMITATIONS GÉOGRAPHIQUES

Si une maladie admissible est diagnostiquée à l'extérieur du Canada la demande de prestations de la personne couverte peut être prise en considération à son retour au Canada, à condition que le diagnostic soit alors confirmé par un spécialiste du domaine approprié et autorisé à exercer au Canada.

Si les enfants ne sont pas couverts, retirer la phrase en bleu ci-dessous

DROIT DE TRANSFORMATION (S'APPLIQUE À L'ÉTUDIANT ET AU CONJOINT SEULEMENT)

Si la couverture d'une personne cesse en raison de :

- 1) la fin d'emploi de l'étudiant;
- 2) la fin de l'admissibilité à la couverture en vertu de la police;
- 3) la fin de la période d'invalidité totale à l'issue de laquelle l'étudiant n'est pas retourné au travail pour l'employeur;

et que la personne est âgée de 65 ans ou moins, cette personne a le droit de transformer tout montant d'assurance en une police individuelle, sans preuves d'assurabilité. Le montant maximum qui peut être transformé est d'un minimum de 5 000 \$, et d'un maximum limité au plus petit des montants suivants :

- 1) le montant d'assurance qui est perdu par suite de la cessation;
- 2) un montant global de 200 000 \$.

La personne doit soumettre une proposition d'assurance individuelle à DSF dans les 31 jours suivant la date de cessation de sa couverture en vertu de cette garantie. La police individuelle ne prend pas effet avant la fin de la période de 31 jours qui suit immédiatement la date de cessation de la couverture de la personne en vertu de cette garantie.

Si la personne reçoit le diagnostic d'une maladie admissible dans les 31 jours suivant la cessation de sa couverture en vertu de cette garantie, le montant payable est celui qu'elle aurait eu le droit de transformer.

Une personne qui a reçu le plein montant d'assurance pour une maladie grave ne peut pas transformer sa couverture.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

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

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 800 463-7843

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

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir votre numéro de certificat, veuillez consulter le site www.aseq.ca.

Pour obtenir toute autre information, l'étudiant est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à www.desjardinsassurancevie.com sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'étudiant de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'étudiant sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'étudiant peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTÉ

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

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

Par écrit, à l'adresse suivante :

Officier du règlement des différends
Desjardins Sécurité financière,
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2

Par courriel à : officierplaintes@dsf.ca

Par téléphone au : 1 877 938-8184

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

Notre engagement envers vous

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

desjardinsassurancevie.com/adherent



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