



**Concordia Association
des étudiantes et
étudiants aux cycles
supérieurs en éducation
Étudiants – Non-résidents du Québec**

Contrat numéro: 140012 et 141014

À effet du: 1^{er} septembre 2023

Établi le: 7 septembre 2023

Table des matières

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
Renonciation.....	1
Garanties	2
Options	2
Période de couverture	2
Année de référence	2
Changement d'option	2
CONDITIONS GÉNÉRALES.....	3
Votre brochure	3
Conditions d'admission.....	3
Personne à charge	4
Adhésion.....	5
Prise d'effet de la couverture.....	5
Modification de la couverture.....	6
Tenue à jour de votre dossier	6
Accès à vos dossiers.....	6
Cessation de la couverture.....	7
Remplacement de la couverture.....	8
Demande de règlement.....	8
Actions en justice.....	8
Coordination des prestations.....	9
Examen médical	11
Droit de recouvrement.....	11
Cession.....	11
Définitions.....	11

FRAIS MÉDICAUX (COMPLÉMENT D'ASSURANCE-MALADIE)	13
Description générale de la garantie	13
Franchise	14
Médicaments sur ordonnance	14
Frais hospitaliers engagés dans votre province	18
Frais engagés hors de votre province	19
Services et articles médicaux	22
Services de tutorat privé (pour les étudiants seulement)	25
Services paramédicaux	25
Frais d'optique	27
Réclamation à un tiers	28
Cessation de la couverture	28
Prestations après la cessation de la couverture	28
Exclusions	29
Intégration du régime avec les programmes de l'État	30
Demande de règlement	30
FRAIS DENTAIRES	31
Description générale de la garantie	31
Franchise	32
Prestation maximale par année de référence	32
Détermination préalable des prestations	32
Soins dentaires de prévention	33
Soins dentaires de base	34
Réclamation à un tiers	35
Cessation de la couverture	36
Prestations après la cessation de la couverture	36
Exclusions	36
Demande de règlement	37

DÉCÈS ET MUTILATION ACCIDENTELS	39
Description générale de la garantie	39
Votre couverture	39
Bénéficiaire	39
Prestations	40
Exclusions	42
Demande de règlement	43

Sommaire des garanties

La présente section est un sommaire général de la couverture offerte au titre de votre régime. Veuillez vous reporter aux sections appropriées pour plus de renseignements, notamment sur les exclusions, les restrictions et les autres conditions prévues par votre régime.

Vous pouvez choisir parmi les garanties ci-dessous. Toutefois, la garantie Frais médicaux doit être souscrite en combinaison avec la garantie décès et mutilation accidentels. Ces deux garanties ne sont pas offertes séparément. Vous devez également choisir une option de couverture couvrant une ou plusieurs personnes à charge pour avoir droit à cette garantie.

Renonciation

Dans le cadre du processus d'adhésion, vous devez choisir l'une des options des couvertures. Si vous ne faites aucun choix la couverture individuelle vous sera attribuée jusqu'à la fin de votre *période de couverture*.

Vous pouvez refuser la couverture des garanties collectives annuellement ou définitivement au cours de la *période de changement de couverture*. Après cette période, vous n'aurez plus le droit de refuser la couverture des garanties collectives.

Nota: Si vous demandez une renonciation annuelle, vous ne serez pas couvert par le régime collectif pour toute la période de couverture. Si vous demandez une renonciation permanente à votre régime de garanties collectives, vous ne serez pas couvert par le régime de garanties collectives pendant toute la durée de votre inscription à l'Association des étudiants diplômés. Vous pouvez vous réinscrire pour une autre période de couverture en visitant le site www.studentcare.ca.

Vos options de couverture ne doivent pas être identiques pour toutes les garanties.

L'option de couverture choisie est maintenue en vigueur jusqu'à la fin de la période de couverture.

Garanties	Garantie décès et mutilation accidentels des étudiants Garantie décès et mutilation accidentels des personnes à charge Frais médicaux Frais dentaires
Options	Individuelle: Étudiant seulement Familiiale: Étudiant, conjoint et enfants Monoparental: Étudiant et enfants Couple: Étudiant et conjoint
Période de couverture	Semestre d'automne : Du 1 ^{er} septembre au 31 août de l'année suivante. Semestre d'hiver : Du 1 ^{er} janvier au 31 décembre.
Année de référence	Du 1 ^{er} septembre au 31 août.
Changement d'option	Votre option de couverture peut être modifiée à la suite d'un <i>changement de situation personnelle</i> . Vous devez en faire la demande à Studentcare dans les 31 jours suivant le <i>changement de situation personnelle</i> .

Conditions générales

Votre brochure

Cette brochure contient des renseignements importants pour vous. Elle décrit les garanties prévues par le contrat collectif établi au nom de l'Association des étudiantes et étudiants aux cycles supérieurs en éducation par nous, Securian Canada.

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire des affaires au Canada. Les garanties sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.

Les garanties peuvent être modifiées après l'établissement de la brochure. Le titulaire du contrat recevra une notification écrite des modifications apportées à votre régime collectif. **Studentcare** vous informera de ces modifications en mettant à jour son site web. Cette notification complétera votre livret de garanties collectives.

Si vous avez besoin de précisions sur la présente brochure ou sur vos garanties collectives, veuillez vous adresser à **Studentcare**.

Conditions d'admission

Pour être admissible aux garanties collectives, vous devez être un membre actif de l'Association des étudiants diplômés de Concordia. Veuillez contacter **Studentcare** pour obtenir des informations spécifiques sur les conditions d'admission.

Un étudiant qui participe à un programme d'échange ou à un stage en dehors de sa province de résidence reste assuré par le régime collectif actuel, à condition qu'il soit assuré par un régime public d'assurance maladie et d'hospitalisation pour les frais encourus en dehors de sa province de résidence.

Si vous et votre conjoint êtes tous deux étudiants, chacun d'entre vous peut bénéficier d'une couverture sous réserve des limitations suivantes :

- un seul étudiant peut choisir la couverture des personnes à charge,

- et une personne couverte en tant qu'étudiant ne peut pas être couverte en tant que personne à charge

La personne à votre charge est admissible au régime à la date à laquelle vous y êtes admissible ou à la date à laquelle elle répond à la définition de personne à charge, si cette date est postérieure. Les personnes à votre charge ne sont admissibles au régime que si vous demandez à y adhérer vous-même.

Personne à charge

Par personne à charge, on entend votre conjoint ou votre enfant, qui réside au Canada.

Par conjoint, on entend votre conjoint en vertu d'un mariage ou de tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou la personne de sexe opposé ou de même sexe qui est publiquement présentée comme étant votre conjoint depuis au moins 12 mois. À toute époque, le régime ne peut couvrir qu'une personne à titre de conjoint.

Par enfant, on entend tout enfant de l'étudiant ou de son conjoint (sauf un enfant pris en foyer nourricier), qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi, et qui est âgé de moins de 21 ans.

L'enfant de moins de 26 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également considéré comme un enfant.

L'enfant qui souffre d'un handicap avant l'âge limite demeure couvert après l'âge limite :

- s'il ne peut subvenir à ses besoins financiers en raison d'une incapacité physique ou mentale,
- et si vous assurez son soutien sur le plan financier et s'il n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle reconnue par la loi.

Dans les cas ci-dessus, vous devez informer Securian Canada dans les 31 jours suivant le jour où l'enfant atteint l'âge limite. **Studentcare** peut vous donner des précisions à ce sujet.

Adhésion

Vous pouvez être automatiquement couvert par ce régime ou vous pouvez vous inscrire vous-même. Veuillez contacter le **Studentcare** pour connaître les procédures d'adhésion. Vous devez demander la couverture des personnes à votre charge pour qu'elles soient admises au régime.

Vous pouvez refuser de participer au régime à condition de remplir le formulaire de refus pendant la période de changement de couverture applicable. Si vous décidez de ne pas participer, vous devez fournir la preuve que vous bénéficiez d'une couverture comparable. Vous ne serez pas couvert par la garantie décès et mutilation accidentels si vous décidez de ne pas adhérer au régime de Frais médicaux. Pour obtenir des informations sur la non-participation et les délais de modification de la couverture, contactez **Studentcare**.

Prise d'effet de la couverture

Votre couverture prend effet à la date à laquelle vous êtes admissible au régime.

Si vous n'êtes pas effectivement un de l'Association des étudiants diplômés le jour où votre couverture devrait normalement prendre effet, vous n'êtes couvert qu'à compter du jour où vous remplissez cette condition.

La couverture de la personne à charge prend effet dès que toutes les conditions suivantes sont remplies :

- vous bénéficiez de la couverture prévue pour vous-même.
- la personne à votre charge est admissible à la couverture, pour autant que la personne à charge soit acquise et adhérente pendant la période réservée au début de chaque année de couverture

Cependant, la personne à charge, autre qu'un nouveau-né, qui est hospitalisée n'est couverte qu'à compter du jour où elle ne l'est plus et où elle exerce effectivement ses activités habituelles.

Dès que vous bénéficiez de la couverture des personnes à charge, toute nouvelle personne à votre charge est couverte automatiquement. Toutefois, aux fins du paiement des prestations, vous devez aviser **Studentcare** du nom de toute nouvelle personne à votre charge.

Dans le cas où une garantie comporte des conditions supplémentaires, celles-ci sont indiquées dans la section appropriée de la présente brochure.

Modification de la couverture

Il peut se produire, à l'occasion, des événements qui entraînent des modifications de votre couverture.

Par exemple, votre situation au travail peut changer ou votre employeur peut modifier le contrat collectif. Toute modification de votre couverture résultant d'un tel changement prend effet le jour même du changement.

Cependant, si vous ou une de vos personnes à charge, autre qu'un nouveau-né, est hospitalisée n'est couverte qu'à compter du jour où elle ne l'est plus et où elle exerce effectivement ses activités habituelles.

Tenue à jour de votre dossier

Pour toujours bénéficier de la protection appropriée, il est important que vous informiez **Studentcare** :

- de tout changement de situation quant aux personnes à charge.
- de tout changement de nom.
- de tout changement de bénéficiaire.
- changement de numéro d'identification d'étudiant.

Accès à vos dossiers

Dans le cas des garanties assurées, vous pouvez obtenir une copie des documents suivants :

- votre formulaire d'adhésion ou de demande d'assurance;
- toutes déclarations écrites ou tout autre document que vous avez fournis à Securian Canada à titre de preuve d'assurabilité et qui ne font pas partie intégrante de la demande de couverture.

Dans le cas des garanties assurées, moyennant un préavis raisonnable, vous pouvez également demander un exemplaire du contrat.

Le premier exemplaire est fourni sans frais, mais des frais peuvent être demandés pour des exemplaires additionnels.

Toutes les demandes de documents doivent être adressées à notre centre de service à la clientèle en appelant sans frais au 1-866-969-5949.

Cessation de la couverture

La couverture dont vous bénéficiez à titre d'étudiant prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- Le 31 août de chaque année.
- la période couverte par la dernière prime payée à Securian Canada en votre nom prend fin.
- le contrat collectif est résilié.

La couverture de la personne à charge prend fin dès que se réalise l'une des situations suivantes :

- votre couverture prend fin.
- la personne à charge cesse de répondre à la définition de personne à charge.
- la période couverte par la dernière prime payée relativement à la couverture des personnes à charge prend fin.

Les conditions relatives à la cessation de la couverture peuvent varier d'une garantie à l'autre. Pour plus de précisions sur la cessation de la couverture prévue par une garantie particulière, veuillez vous reporter à la section appropriée de la présente brochure.

Cependant, si vous décédez en cours de couverture, la personne à votre charge demeure couverte, sans qu'aucune prime ne soit exigible, jusqu'à ce que se réalise l'une des situations suivantes :

- à la fin de l'année de référence suivant votre décès.
- la personne à charge cesserait de répondre à la définition de personne à charge même si vous étiez toujours vivant.
- la garantie couvrant la personne à charge est résiliée.

Remplacement de la couverture

Le contrat collectif est interprété et géré conformément à toutes les lois pertinentes et aux directives de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes ayant trait au maintien de l'assurance après la résiliation du contrat et au remplacement de l'assurance collective.

Securian Canada n'est pas tenue de régler des prestations lorsque l'assureur ayant établi le contrat collectif précédent est responsable du paiement de prestations analogues.

Demande de règlement

Securian s'engage à vous offrir un service prompt et efficace. Vous pouvez vous procurer les formulaires appropriés de demande de règlement auprès de **Studentcare**.

Les demandes doivent être présentées dans les délais prescrits. Ces délais sont indiqués dans les sections appropriées de la présente brochure. Si vous négligez de présenter vos demandes de règlement dans les délais prescrits, vous n'aurez peut-être pas droit à une partie ou à la totalité des prestations.

Toutes les demandes de règlement doivent être faites par écrit au moyen des formulaires approuvés par Securian Canada.

Pour traiter une demande de règlement, Securian Canada peut exiger des dossiers ou rapports médicaux, une preuve de paiement, des factures détaillées et toute autre information qu'elle juge nécessaire. Les frais pour obtenir les attestations de sinistre sont à votre charge.

Actions en justice

Délai de prescription en Ontario :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la *Loi de 2002 sur la prescription des actions*.

Délai de prescription dans les autres provinces :

Toute action en justice engagée contre un assureur pour recouvrer les sommes payables au titre du contrat est totalement irrecevable, à moins qu'elle n'ait été intentée dans le délai fixé par la loi sur les assurances ou toute autre loi applicable dans votre province ou territoire.

Coordination des prestations

Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par la garantie Frais médicaux ou Frais dentaires du présent régime et d'un autre régime, nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux normes établies dans l'industrie de l'assurance. Ces normes déterminent le régime au titre duquel vous devez présenter la demande de règlement en premier.

Le régime qui ne contient pas de clause de coordination des prestations est considéré comme le premier payeur; par conséquent, ce régime versera des prestations avant tout régime comportant une clause de coordination des prestations.

Les régimes d'assurance-maladie prévoyant la couverture des frais dentaires engagés par suite d'un accident ont préséance sur les régimes Frais dentaires quant au règlement des prestations.

Les prestations provenant de l'ensemble des régimes ne peuvent dépasser les frais remboursables effectivement engagés.

Lorsque les deux régimes contiennent une clause de coordination des prestations, les demandes de règlement doivent être présentées dans l'ordre indiqué ci-dessous.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour vous-même et pour votre conjoint doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel. Si la personne est couverte par deux régimes, l'ordre suivant prévaut :

- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps plein.
- régime qui couvre la personne à titre de membre du personnel actif à temps partiel.
- régime qui couvre la personne à titre de retraité.
- le régime lorsque la personne est couverte par un régime de soins de santé ou de soins dentaires pour étudiants fourni par un établissement d'enseignement.
- régime qui couvre la personne à titre de personne à charge.

Les demandes de règlement portant sur des frais engagés pour un enfant doivent être présentées dans l'ordre suivant :

- régime qui couvre l'enfant à titre de membre du personnel.
- régime d'assurance maladie ou dentaire offert par l'entremise d'un établissement d'enseignement qui couvre l'enfant à titre d'étudiant.
- régime du parent (père ou mère) dont l'anniversaire arrive en premier (mois et jour) dans l'année civile. Ainsi, si votre anniversaire tombe le 1^{er} mai et celui de votre conjoint, le 5 juin, la demande doit être présentée en premier au titre de votre régime.
- si les parents ont le même anniversaire de naissance, régime du parent dont la première lettre du prénom arrive en premier dans l'alphabet.

L'ordre ci-dessus s'applique dans tous les cas, sauf si les parents sont séparés ou divorcés et qu'ils ne se partagent pas la garde de l'enfant, auquel cas, l'ordre suivant prévaut :

- régime du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui a la garde de l'enfant.
- régime du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.
- régime du conjoint du parent qui n'a pas la garde de l'enfant.

Lorsque vous présentez une demande de règlement, vous êtes tenu de déclarer à Securian Canada toute couverture équivalente dont vous-même ou les personnes à votre charge bénéficiez.

Studentcare peut vous aider à déterminer le régime au titre duquel vous devez présenter votre demande en premier.

Examen médical	Nous pouvons exiger que vous subissiez un examen médical lorsque vous présentez une demande de règlement. Si vous ne vous conformez pas à cette exigence, nous ne verserons pas de prestations. Les frais de ces examens sont à notre charge.
Droit de recouvrement	Nous pouvons recouvrer toute prestation versée en trop en prélevant la somme due sur d'autres prestations, ou par tout autre moyen légal.
Cession	En ce qui a trait aux prestations d'assurance-vie, aucun droit ni intérêt ne peut être cédé. En ce qui a trait aux autres prestations, nous nous réservons le droit de refuser toute cession.
Définitions	Vous trouverez ci-après la définition de certains termes utilisés dans la présente brochure. D'autres termes sont définis dans les sections portant sur les garanties.
Accident	Blessure causée uniquement et directement par l'action violente, soudaine et imprévue d'une cause extérieure.
Changement de situation personnelle	Par changement de situation personnelle, on entend, sans s'y limiter, chacun des points suivants : <ul style="list-style-type: none">■ mariage ou tout autre type d'union formelle reconnue par la loi, ou union de fait.■ naissance ou adoption d'un enfant.■ l'enfant à charge retourne à l'école.■ divorce.■ séparation.■ ajout ou cessation de la couverture du conjoint.■ décès d'une personne à charge.

Étudiant	Membre actif de l'association des étudiants diplômés.
Maladie	S'entend également d'une blessure, d'une affection ou d'une infirmité mentale. Toute intervention chirurgicale subie pour faire don d'un organe à une autre personne et qui entraîne une invalidité totale, est considérée comme une maladie.
Médecin	Médecin ou chirurgien autorisé à pratiquer la médecine à l'endroit où il donne des soins médicaux.
Nous, nos et notre	Les termes «nous», «nos» et «notre» se rapportent à Securian Canada.
Période de changement de couverture	<p>La période de changement de couverture est la période pendant laquelle un étudiant peut modifier sa couverture ou y renoncer. Cette période se situe au début de la période de couverture et est déterminée par l'Association des étudiants diplômés.</p> <p>Après cette période, l'étudiant n'a plus le droit de se retirer du régime.</p>
Personne assurée	L'étudiant ou l'une de ses personnes à charge assurées.
Studentcare	Studentcare est le tiers administrateur.

Frais médicaux (Complément d'assurance-maladie)

Description générale de la garantie	<p>Dans la présente section, le mot <i>vous</i> s'entend de l'étudiant ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais médicaux.</p> <p>La garantie Frais médicaux prévoit le remboursement de certains frais engagés pour des services et articles médicalement nécessaires au traitement d'une maladie. Toutefois, des conditions d'admissibilité supplémentaires s'appliquent dans le cas des médicaments (voir la section <i>Programme d'autorisation préalable</i> pour en savoir plus).</p> <p>Par <i>médicalement nécessaire</i>, on entend généralement reconnu par le corps médical canadien comme efficace, approprié et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes.</p> <p>Pour bénéficier de cette garantie, vous devez être couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ou par un régime fédéral comportant des garanties analogues.</p> <p>Pour être admissibles, les services ou les articles doivent être fournis par un fournisseur autorisé de Securian Canada. Veuillez consulter le site www.etudiants-portailsante.securiancanada.ca pour plus d'informations.</p> <p><i>Le terme médecin peut également s'entendre d'une infirmière praticienne</i> – Si les lois provinciales applicables permettent aux infirmières praticiennes de fournir des ordonnances pour certains produits ou services, Securian Canada rembourse les frais admissibles de la même façon que si les ordonnances venaient d'un médecin. Pour les médicaments, veuillez vous reporter à la section <i>Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments</i>.</p> <p>Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés à la date à laquelle les soins sont donnés ou les articles sont loués ou achetés.</p> <p>L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} septembre au 31 août.</p>
--	---

Franchise	Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.
Médicaments sur ordonnance	<p>Les médicaments couverts au titre de la présente garantie doivent avoir un numéro d'identification du médicament (numéro DIN) et être approuvés conformément à la rubrique <i>Évaluation des médicaments</i>.</p> <p>La garantie couvre 80% du coût des médicaments et des articles suivants qui sont délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance du médecin ou du dentiste :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ médicaments et contraceptifs oraux nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.▪ médicaments essentiels à la survie qui pourraient ne pas nécessiter une ordonnance aux termes de la loi.▪ médicaments et vitamines injectables.▪ préparations composées, pour autant que le principal ingrédient actif soit admissible et qu'il possède un numéro DIN.▪ articles pour diabétiques.▪ auxiliaires antitabagiques nécessitant une ordonnance aux termes de la loi.▪ injections sclérosantes pour le traitement des varices.▪ vaccins, à concurrence de 50 \$ par personne par année de référence. <p>Les prestations versées pour chaque achat d'articles ou de médicaments se limitent au coût de ceux qu'il est raisonnable d'utiliser pendant une période de 34 jours ou, dans le cas de certains médicaments d'entretien, pendant une période de 100 jours, selon l'ordonnance du médecin</p> <p>Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit, même s'il s'agit de soins, de médicaments et d'articles prescrits :</p>

- mélanges pour biberon (lait et substituts du lait), protéines et traitements au collagène.
- frais d'administration de sérums, de vaccins et d'injections.
- traitements de l'obésité, y compris les médicaments, les protéines et les suppléments alimentaires ou diététiques.
- stimulants de la pousse des cheveux.
- médicaments pour le traitement de l'infertilité.
- médicaments pour le traitement d'une dysfonction sexuelle.
- médicaments utilisés à des fins esthétiques.
- produits de santé naturels, qu'ils aient ou non un numéro de produit naturel (NPN).
- médicaments et traitements administrés dans un hôpital à une personne à titre de malade interne ou de malade externe, ou dans une clinique ou un centre de soins financés au moyen de fonds publics, y compris tout service ou article ayant trait à l'administration du médicament et du traitement.
- médicaments biologiques, à la condition qu'il y ait un médicament biosimilaire traitant les mêmes indications, que vous remplissiez les critères d'admissibilité sur le plan de l'âge prévus par le régime d'assurance-médicaments de votre province et que l'initiative ou le programme de ce régime qui porte sur les médicaments biosimilaires (le *programme*) cible le médicament biologique. Cette exclusion s'appliquera même si le *programme* ne vous oblige pas à prendre un médicament biosimilaire pour l'affection à traiter. Si une raison médicale exige que vous preniez un médicament biologique, vous et votre médecin devez remplir une demande d'exception et nous la soumettre.

- médicaments complexes non biologiques, à la condition qu'il y ait une version ultérieure du médicament traitant les mêmes indications, que vous remplissiez les critères d'admissibilité sur le plan de l'âge prévus par le régime d'assurance-médicaments de votre province et que l'initiative ou le programme de ce régime qui porte sur les médicaments biosimilaires (le *programme*) cible le médicament complexe non biologique. Cette exclusion s'appliquera même si le *programme* ne vous oblige pas à prendre une version ultérieure du médicament pour l'affection à traiter. Si une raison médicale exige que vous preniez un médicament complexe non biologique, vous et votre médecin devez remplir une demande d'exception et nous la soumettre.

Évaluation des médicaments

Les médicaments suivants feront l'objet d'une évaluation et devront être approuvés par nous en vue d'être admissibles à un remboursement :

- médicaments ayant reçu un avis de conformité de Santé Canada, le 1^{er} novembre 2017 ou après cette date, pour un usage initial ou un nouvel usage.
- médicaments couverts par ce régime et dont le coût a connu une hausse importante.

Les frais de médicaments sont admissibles à un remboursement seulement s'ils ont été engagés à compter de la date à laquelle nous les avons approuvés.

Nous évaluerons l'admissibilité du médicament en fonction de facteurs comme :

- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- l'accès à d'autres médicaments qui traitent les mêmes affections ou des affections similaires.

- la durabilité du régime.

Limitation au prix du médicament équivalent

Les frais venant en excédent du prix du médicament équivalent le moins coûteux ne sont pas couverts, à moins que le médecin ne précise par écrit qu'aucun autre produit ne peut être substitué au médicament prescrit.

Programme d'autorisation préalable

Le programme d'autorisation préalable (AP) porte sur un nombre restreint de médicaments et, comme son nom l'indique, ces médicaments ne sont couverts que s'il y a autorisation préalable. Si vous demandez le remboursement de frais de médicaments s'inscrivant dans le programme AP et que vous n'avez pas d'autorisation préalable, votre demande sera refusée.

Pour que les médicaments s'inscrivant dans le programme AP soient couverts, vous devez fournir des renseignements médicaux. Veuillez présenter ces renseignements au moyen de notre formulaire d'autorisation préalable. Votre médecin et vous devez remplir des sections du formulaire.

Vous pourriez avoir droit au remboursement de ces médicaments si les renseignements que vous et votre médecin avez fournis satisfont aux critères cliniques que nous avons établis en fonction de facteurs comme :

- la monographie de produit de Santé Canada.
- les lignes directrices cliniques reconnues.
- l'analyse comparative du coût du médicament et de son efficacité clinique.
- les recommandations faites par les organismes d'évaluation des technologies de la santé et les provinces.
- votre réponse au traitement médicamenteux privilégié.

S'ils n'y satisfont pas, votre demande de remboursement sera refusée

Les formulaires d'autorisation préalable sont accessibles auprès des sources suivantes :

- notre site Web à l'adresse www.etudiants-portailsante.securiancanada.ca
- notre Centre de service à la clientèle en appelant sans frais au 1-866-969-5949

Autres professionnels de la santé autorisés à prescrire des médicaments

Nous remboursons certains médicaments prescrits par d'autres professionnels de la santé autorisés de la même façon que si les médicaments étaient prescrits par un médecin ou un dentiste si les lois provinciales en cause leur permettent de prescrire ces médicaments.

Prestation maximale par année de référence

Pour les frais de médicaments sur ordonnance, les prestations que nous versons pour l'ensemble des frais ne peuvent dépasser 10 000 \$ par personne par année de référence.

Frais hospitaliers engagés dans votre province

Nous couvrons, dans une proportion de 100%, les frais qui ont été engagés pour des soins hospitaliers reçus dans la province de votre domicile.

Nous couvrons les services reçus à l'hôpital à titre de malade externe, à l'exception de tout service expressément exclu au titre de la présente garantie, ainsi que la différence entre le tarif d'une salle et celui d'une chambre semi-particulière.

Allocation d'hospitalisation

La prestation maximale payable pour le traitement d'une maladie attribuable aux mêmes causes est de 75 \$ par jour, pour une période limitée à 30 jours.

Un *hôpital* est un établissement autorisé à donner des soins et des traitements aux blessés et aux malades, principalement durant la phase aiguë de la maladie. Il doit être doté d'installations servant au diagnostic et à la chirurgie majeure. L'établissement doit assurer des soins infirmiers 24 heures sur 24. L'établissement qui est un établissement de soins prolongés, une maison de repos, un établissement de soins pour vieillards ou malades chroniques, un sanatorium, un hôpital de convalescence ou un établissement destiné au traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, de même que les lits réservés à ces fins dans un hôpital ne sont pas considérés comme un hôpital.

Frais engagés hors de votre province Nous couvrons les services reçus en cas d'urgence hors de la province de votre domicile.

Nous couvrons ce qui suit :

- hospitalisation dans une chambre semi-particulière.
- autres services hospitaliers reçus hors du Canada seulement.
- soins reçus à l'hôpital à titre de malade externe.
- soins du médecin.

Les frais reliés à tous les autres services et articles admissibles au titre du présent régime sont également couverts lorsqu'ils sont engagés hors de la province de votre domicile, sous réserve du pourcentage de remboursement et de toutes les conditions applicables à ces frais.

Services reçus en cas d'urgence Nous réglons 100% des frais qui sont engagés pour les services admissibles reçus en cas d'urgence.

Le terme *services reçus en cas d'urgence* s'entend des services et des articles médicaux raisonnables, y compris les consultations, traitements, actes médicaux ou interventions chirurgicales, qui sont nécessaires en raison d'une urgence. Dans le cas des personnes souffrant d'une affection chronique, les services reçus en cas d'urgence ne comprennent pas les soins donnés dans le cadre d'un programme de traitement établi qui était déjà en place avant leur départ de la province de leur domicile.

Le terme *urgence* s'entend de toute situation reliée à une maladie aiguë ou à une blessure accidentelle qui exige un traitement immédiat, médicalement nécessaire, prescrit par le médecin.

Lorsque survient une urgence, vous ou une autre personne devez communiquer avec le fournisseur du Programme Voyage Assistance (PVA) de Securian Canada. Tous les procédés invasifs et les procédés d'investigation (y compris toute intervention chirurgicale, angiographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), tomographie par émission de positons (TEP), tomодensitométrie) doivent être autorisés au préalable par le fournisseur du PVA de Securian Canada, sauf dans des circonstances extrêmes où une intervention chirurgicale doit être effectuée d'urgence immédiatement après l'admission à l'hôpital.

S'il n'est pas possible de communiquer avec le fournisseur du PVA de Securian Canada avant de recevoir des services, il faut le faire le plus tôt possible par la suite. Si le fournisseur du PVA de Securian Canada n'est pas contacté et que des services sont reçus en cas d'urgence dans des circonstances où il aurait été raisonnablement possible de communiquer avec cette société, Securian Canada se réserve le droit de refuser ou de limiter le règlement des frais engagés pour tous ces services.

L'urgence prend fin lorsque votre état est stable du point de vue médical de façon que vous puissiez retourner dans la province de votre domicile.

Dès que le fournisseur du PVA de Securian Canada est informé que vous avez besoin d'une assistance médicale d'urgence, le personnel de l'organisme, ou un médecin désigné par l'organisme, tente de communiquer au besoin avec le personnel médical qui est sur place pour comprendre la situation et en suivre l'évolution. Au besoin, elle garantit au fournisseur des services médicaux le paiement de ses honoraires ou lui verse une avance.

Après avoir consulté le médecin traitant, le fournisseur du PVA de Securian Canada peut déterminer qu'il est nécessaire d'assurer votre transport, sous surveillance médicale, vers un autre hôpital ou centre de soins, ou votre retour à la maison. Dans ce cas, l'organisme prend les dispositions nécessaires et garantit le paiement des frais de transport et, au besoin, verse une avance à cette fin.

Securian Canada ou le fournisseur du PVA de Securian Canada décide, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, de la nécessité de vous transporter hors du lieu où vous vous trouvez, du mode de transport et du moment de votre transport, du choix de la destination finale, ainsi que de l'équipement, du matériel et du personnel médicaux. Sa décision est sans appel.

Vous n'avez pas à présenter en premier les demandes de règlement pour les honoraires des médecins et les frais hospitaliers à la régie de l'assurance-maladie de votre province. Vous serez remboursé plus rapidement en ne le faisant pas. Securian Canada et le fournisseur du PVA de Securian Canada assurent la coordination des prestations avec la plupart des régies provinciales d'assurance-maladie et avec tous les assureurs, et vous envoient un paiement couvrant les frais remboursables. Le fournisseur du PVA de Securian Canada vous demandera de signer une formule l'autorisant à agir en votre nom.

Nous appliquons le principe de la coordination des prestations conformément aux directives adoptées par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, lorsque vous êtes couvert par le présent régime et par d'autres régimes. La société émettrice du régime au titre duquel vous présentez une demande de règlement en premier est responsable de la gestion et de l'évaluation de la demande. Elle a le droit d'exiger de toute société émettrice d'un autre régime le remboursement des frais venant en excédent de la part qui lui incombe.

Services reçus en cas d'urgence exclus de la couverture

Les frais engagés pour les services suivants reçus en cas d'urgence ne sont pas couverts :

- services médicaux qui ne sont pas requis immédiatement ou qui pourraient raisonnablement être reportés jusqu'à votre retour dans la province de votre domicile, à moins que votre état de santé soit tel que vous ne pouvez pas raisonnablement retourner dans cette province avant d'avoir reçu ces services.
- services reliés à une maladie ou blessure qui est à l'origine de l'urgence, après que l'urgence a pris fin.

- services continus, découlant directement ou indirectement de l'urgence ou d'une récurrence de l'urgence, reçus après la date à laquelle Securian Canada ou le fournisseur du PVA de Securian Canada a déterminé, en se basant sur les renseignements médicaux disponibles, que vous pouviez retourner dans la province de votre domicile, dans le cas où vous avez refusé de le faire.
- services qui sont nécessaires pour le traitement de la maladie ou blessure pour laquelle vous avez déjà reçu des services en cas d'urgence, y compris toute complication découlant de cette maladie ou blessure, si vous aviez refusé ou négligé sans raison valable de recevoir les services médicaux recommandés.
- lorsque le voyage a été entrepris dans le but de recevoir des services médicaux pour le traitement d'une maladie ou blessure, services reliés à cette maladie ou blessure, y compris toute complication ou urgence découlant directement ou indirectement de cette maladie ou blessure.

Services et articles médicaux

Nous couvrons 80 % des frais (100 % pour les soins d'infirmières et transport dans une ambulance) qui sont engagés pour les services médicaux ci-dessous prescrits par le médecin (les services d'optométristes autorisés, d'ophtalmologistes et de dentistes n'ont pas à être prescrits par le médecin).

- soins d'infirmières exerçant à titre privé, donnés hors de l'hôpital et médicalement nécessaires. Les services donnés doivent consister en soins infirmiers; ils ne doivent pas avoir pour objet la surveillance du malade. Par infirmières exerçant à titre privé, on entend des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires, qui sont autorisés à exercer leur profession dans la province de votre domicile et qui ne résident pas normalement avec vous. Les services d'infirmières autorisées ne sont couverts que s'ils ne peuvent pas être donnés par des infirmières auxiliaires. La prestation maximale payable est de 25 000 \$ par personne pour toute période de 3 années de référence consécutives.
- nous couvrons les services suivants à concurrence d'un maximum global de 250 \$ par personne et par sinistre :

- transport dans une ambulance autorisée, à destination et en provenance de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire.
- en cas d'urgence, transport aérien par service ambulancier autorisé, à destination de l'hôpital approprié le plus proche, s'il est médicalement nécessaire.
- traitement des dents naturelles endommagées dans un accident survenu en cours de couverture, y compris les frais d'attelles et d'arcs dentaires. Les soins doivent être donnés dans les 12 mois de l'accident. Les frais couverts sont limités aux honoraires prévus dans le tarif publié à l'intention des dentistes généralistes par l'association des chirurgiens-dentistes de la province du domicile de l'étudiant. Le tarif utilisé est celui qui est en vigueur à la date du traitement. La prestation maximale payable est de 2 500 \$ par personne, par accident.
- perruques nécessaires à la suite d'une chimiothérapie, à concurrence de 300 \$ par personne par année de référence. Les perruques ne nécessitent pas l'ordonnance du médecin.
- équipement thérapeutique, autre que ceux décrits ci-dessous, achat d'appareils médicalement nécessaires qui répondent à vos besoins médicaux fondamentaux. S'il y a plus d'un appareil qui répond à vos besoins médicaux fondamentaux, les frais remboursables sont limités au coût de l'appareil le moins cher. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 10 000 \$.
- lit d'hôpital. Les prestations éligibles sont limitées au coût d'un lit non électrique, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un lit d'hôpital électrique.
- fauteuils roulants. Dans le cas des fauteuils roulants, les frais remboursables sont limités au coût d'un fauteuil roulant non motorisé, sauf si l'état de santé de la personne justifie l'utilisation d'un fauteuil roulant motorisé.

- plâtres, attelles, bandages herniaires, orthèses et béquilles.
- prothèses mammaires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, à concurrence de 200 \$ par personne par période de 24 mois.
- soutiens-gorge post-opératoires nécessaires à la suite d'une intervention chirurgicale, sous réserve d'un maximum de 2 soutiens-gorge par personne par période de 24 mois.
- yeux artificiels. Y compris 1 polissage et 1 restauration par personne et par année de référence.
- membres artificiels et appareils myoélectriques, sous réserve d'un maximum viager de :
 - 10 000 \$ par personne, par appareil pour l'achat initial.
 - 10 000 \$ par personne, par année de référence pour les réparations et remplacements.
 - 10 000 \$ par personne, par appareil pour les remplacements requis à la suite d'un changement psychologique.
- couvre-moignons, sous réserve d'un maximum de 5 paires par personne par année de référence.
- bas à varices, y compris les bas à compression régressive, sous réserve d'un maximum de 500 \$ par personne par année de référence.
- orthèses de pied faites sur mesure, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 350 \$ par personne par année de référence.
- chaussures orthopédiques faites sur mesure et modifications apportées à des chaussures orthopédiques, sur l'ordonnance du médecin ou du podiatre, à concurrence de 500 \$ par personne par année de référence.

- appareils de correction auditive sur l'ordonnance d'un oto-rhino-laryngologiste, à concurrence de 500 \$ par personne pour 5 années de référence consécutives. Les réparations sont comprises dans ce maximum.
- radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang.
- administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines.
- glucomètres sur l'ordonnance d'un diabétologue ou d'un interniste. La prestation maximale pouvant être versée à chaque personne sa vie durant est 700 \$.
- appareil à pression positive continue, masques et fournitures inclus.
- neurostimulateurs transcutanés, sur l'ordonnance du médecin, à concurrence de 700 \$ par personne sa vie durant.
- articles devenus nécessaires à la suite d'une colostomie, d'iléostomie ou d'urétrostomie.
- stérilets, à concurrence de 50 \$ par personne par année de référence.

Services de tutorat privé (pour les étudiants seulement)

Nous couvrons 100 % du coût des services de tutorat privé d'un enseignant qualifié, à concurrence de 10 \$ par heure et d'un maximum de 300 \$ par maladie ou accident. Cette garantie est payable dès le premier jour d'une maladie ou d'un accident s'il entraîne une hospitalisation ou un séjour à domicile d'au moins 7 jours consécutifs.

Services paramédicaux

Nous couvrons 100% des frais à concurrence de :

- 20 \$ par visite et sous réserve d'un maximum de 400 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité ci-dessous :
 - services de chiropraticiens autorisés, avec au maximum un examen radiologique par année de référence.

- services d'ostéopathes autorisés ou de praticiens en ostéopathie, avec au maximum un examen radiologique par année de référence.
- services de thérapeutes du sport autorisés, ou de thérapeutes du sport qui ont la qualité de membre actif de l'Association canadienne des thérapeutes du sport (ACTS) ou d'une association provinciale reconnue par Securian Canada.
- 60 \$ par visite et sous réserve d'un maximum de 750 \$ par personne par année de référence pour chaque spécialité ci-dessous :
 - services de massothérapeutes autorisés.
 - services de physiothérapeutes autorisés.

Nous couvrons également 80 % des frais qui sont engagés pour les services de psychologues, travailleurs sociaux, les conseillers d'orientation et les psychothérapeutes autorisés sous réserve d'un maximum global de 750 \$ par personne par année de référence.

Le terme autorisé se rapporte à toute personne qui est membre de l'organisme approprié régissant l'exercice de sa profession établi par les autorités gouvernementales provinciales. En l'absence d'un tel organisme, la personne doit être un membre actif d'une association approuvée par nous

Les spécialistes paramédicaux *autorisés* doivent :

- faire partie d'un organisme de réglementation ou, en l'absence d'un tel organisme, être membre d'une association approuvée par nous;
- détenir un permis ou être autorisés à pratiquer leur profession, de la manière prescrite par l'organisme de réglementation provincial pertinent,
- avoir suivi une formation adéquate et obtenu les titres requis pour être en mesure de fournir les services ou les articles offerts,

- conserver des dossiers cliniques conformes aux pratiques et aux normes raisonnables qui sont en usage dans leur domaine ou aux exigences de l'organisme ou de l'association,
- nous fournir les dossiers cliniques lorsque nous en faisons la demande et répondre favorablement à nos demandes de renseignements,
- ne pas avoir recours à des pratiques administratives qui sont inacceptables pour nous.

Cette liste de critères n'est pas exhaustive. Nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'un spécialiste paramédical est autorisé à offrir un service ou un article. Dans la mesure où les critères énoncés ci-dessus s'appliquent aux cliniques, nous avons le droit de déterminer à notre entière discrétion qu'une clinique est autorisée de sorte que les demandes de règlement pour des services ou des articles reçus à cette clinique donnent droit à un remboursement au titre du présent régime.

Frais d'optique

Nous couvrons le coût des lentilles cornéennes, des lunettes et de la correction de la vision par le laser. Les lentilles cornéennes et les lunettes doivent être obtenues d'un ophtalmologiste, ou d'un optométriste ou d'un opticien autorisés, sur l'ordonnance d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste autorisé. L'intervention visant à corriger la vision par le laser doit être pratiquée par un ophtalmologiste.

Nous couvrons 100 % de ces frais, à concurrence de 100 \$ par personne par période de 24 mois.

Nous couvrons également 100 % des frais qui sont engagés pour les services d'ophtalmologistes ou d'optométristes autorisés, sous réserve de 60 \$ par personne par année de référence.

Aucune prestation n'est payable pour les lunettes de soleil, les lunettes grossissantes et les lunettes de protection, sauf s'il s'agit de lunettes sur ordonnance nécessaires pour corriger la vision.

Réclamation à un tiers	<p>Nous avons droit à une part des indemnités que vous touchez par suite d'un règlement à l'amiable ou d'une action en justice intentée contre toute personne physique ou morale qui a causé des dommages qui vous ont occasionné des frais médicaux.</p> <p>Si vous décidez d'intenter une action en justice, vous devez vous conformer aux dispositions énoncées à ce sujet dans le contrat collectif.</p> <p>Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à la partie du montant total des prestations payées aux termes du régime et de l'indemnité nette obtenue du tiers qui vient en excédent du montant total des frais médicaux que vous avez effectivement engagés. L'indemnité nette ne comprend pas les frais juridiques.</p> <p>Nous avons le droit de retenir les prestations ou d'en cesser le paiement si vous ne vous conformez pas à ces exigences.</p>
Cessation de la couverture	<p>La couverture prévue par la garantie Frais médicaux prend fin le 31 août de chaque année.</p> <p>La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i>.</p> <p>En cas de résiliation de la garantie Frais médicaux, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert, pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.</p>
Prestations après la cessation de la couverture	<p>Si vous êtes totalement invalide au moment de la cessation de votre couverture, vous avez droit au remboursement des frais engagés pour le traitement de la maladie à l'origine de votre invalidité si les frais sont engagés :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ pendant la période ininterrompue d'invalidité totale,▪ pendant la période ininterrompue d'invalidité totale,▪ et lorsque la présente garantie est en vigueur.

Pour les besoins de la présente clause, un étudiant ou une personne à charge est totalement invalide si la maladie l'empêche d'accomplir ses tâches habituelles.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour ce qui suit :

- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sous réserve des dispositions énoncées ci-dessous sous la rubrique Intégration du régime avec les programmes de l'État.
- excédent sur les frais raisonnables habituellement exigés dans la région où les services ou articles sont donnés.
- matériel que Securian Canada exclut de sa garantie (exemples : matelas orthopédiques, appareils d'exercice physique, climatiseurs et purificateurs d'air, baignoires d'hydromassage et humidificateurs).
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Par traitements expérimentaux ou traitements de recherche, on entend les traitements qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public.
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada).
- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.

Nous ne versons pas de prestations lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Intégration du régime avec les programmes de l'État

Le présent régime intègre les prestations qu'il prévoit avec celles qui sont payables ou disponibles au titre du régime ou programme parrainés par l'État (le programme de l'État).

Les frais remboursables au titre de ce régime correspondent à la portion des frais qui n'est pas payable ou couverte au titre du programme de l'État, sans égard à ce qui suit :

- le fait que vous ayez ou non présenté une demande au titre du programme de l'État,
- le fait que votre couverture au titre de ce régime ait une incidence sur votre admissibilité ou votre droit à toutes prestations prévues par le programme de l'État
- ou toute liste d'attente.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de **Studentcare**.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 365 jours (12 mois) après la fin de l'année de référence au cours de laquelle vous engagez les frais
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais médicaux, si cette période prend fin antérieurement.

Frais dentaires

Description générale de la garantie Dans la présente section, le mot *vous* s'entend de l'étudiant ou de toute personne à sa charge, couverts par la garantie Frais dentaires.

La garantie Frais dentaires prévoit le paiement des frais remboursables que vous engagez en cours de couverture pour les soins donnés par un dentiste, un denturologiste, un hygiéniste dentaire ou un anesthésiste autorisés.

Pour être admissibles, les services ou les articles doivent être fournis par un fournisseur autorisé de Securian Canada. Veuillez consulter le site www.etudiants-portailsante.securiancanada.ca pour plus d'informations.

Nous couvrons uniquement les frais raisonnables habituellement exigés pour les soins reçus, à concurrence du montant indiqué en regard de ces soins dans le tarif des dentistes généralistes de l'association des chirurgiens-dentistes de la province où les soins sont reçus. Le remboursement est basé sur le tarif qui est en vigueur à la date du traitement.

Lorsqu'un tarif n'est pas publié pour une année donnée, le terme tarif peut également s'entendre d'un tarif rajusté établi par Securian Canada.

Par frais raisonnables habituellement exigés, on entend :

- les frais considérés nécessaires pour le traitement et l'entretien de la santé bucco-dentaire d'une personne, selon les procédures et pratiques de soins dentaires standards au Canada, et
- les frais d'une durée et d'une fréquence raisonnables, tel qu'il est déterminé par la Securian Canada.

Pour déterminer la somme payable relativement aux frais engagés, nous vérifions d'abord si des méthodes de traitement différentes ou équivalentes auraient pu être utilisées. Ces méthodes doivent s'inscrire dans les soins dentaires reconnus qui sont de pratique courante et être aussi efficaces que celle qui a été appliquée par le dentiste. Notre remboursement est limité au montant des frais raisonnables qui correspondent à la méthode de traitement équivalente la moins coûteuse.

Les soins dentaires temporaires sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement définitif donné pour corriger le problème, et non comme des soins distincts. Seuls les honoraires imputés pour les soins à caractère permanent serviront à déterminer le montant des frais raisonnables habituellement exigés pour le traitement dentaire définitif.

Les frais sont imputés à l'année de référence au cours de laquelle ils sont engagés. Les frais sont réputés engagés le jour où les soins sont donnés, dans le cas d'un traitement nécessitant un seul rendez-vous. Pour tous les traitements nécessitant plusieurs rendez-vous, les frais sont réputés engagés le jour où le traitement est terminé.

L'année de référence de la garantie s'étend du 1^{er} septembre au 31 août.

Franchise	Aucune franchise ne s'applique à la présente garantie.
Prestation maximale par année de référence	Les prestations que nous versons pour l'ensemble des soins dentaires ne peuvent dépasser la limite de 500 \$ par personne pour chaque année de référence.
Détermination préalable des prestations	Avant de recevoir des soins dentaires importants ou des soins entraînant des frais de plus de 500 \$, nous vous recommandons de nous envoyer un formulaire de demande de règlement de frais dentaires indiquant le traitement prévu et son coût approximatif. Le formulaire doit être rempli par vous-même et par votre dentiste. Nous vous informerons alors des frais que nous rembourserons. Vous connaîtrez ainsi, avant le traitement, la part des frais que vous devrez assumer.

Soins dentaires de prévention	<p>Votre garantie Frais dentaires couvre les soins ci-après destinés à la prévention de problèmes dentaires, c'est-à-dire les soins que le dentiste donne régulièrement pour maintenir les dents en bonne santé.</p> <p>Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50 %.</p>
Examens buccaux	<p>1 examen complet tous les 36 mois.</p> <p>1 examen périodique tous les 12 mois.</p> <p>1 examen particulier tous les 6 mois.</p> <p>Examens d'urgence</p>
Radiographies	<p>1 panoramique ou série complète de radiographies tous les 24 mois.</p> <p>Films intra-oraux et radiographies interproximales.</p> <p>Radiographies, y compris de la main et du poignet, pour diagnostiquer un symptôme ou examiner l'évolution d'un traitement particulier.</p> <p>Interprétation de radiographies provenant d'une autre source.</p> <p>Photographie.</p>
Autres soins	<p>Consultations nécessaires entre deux dentistes.</p> <p>Consultation nécessaire avec un patient.</p> <p>Polissage (nettoyage des dents) et application topique de fluorure. Maximum : 1 par période de 12 mois.</p> <p>Finition des restaurations.</p> <p>Traitements palliatifs et urgences.</p> <p>Examens de diagnostic et de laboratoire.</p> <p>Extraction de dents incluses et anesthésie à cette fin.</p> <p>Mainteneurs d'espace pour dents primitives manquantes. Seuls les enfants de moins de 16 ans sont couverts pour ces services.</p>

	<p>Scellement de puits et fissures. Seuls les enfants de moins de 16 ans sont couverts pour ces services.</p> <p>Conseils d'hygiène bucco-dentaire. Maximum : 1 séance par personne par période de 12 mois.</p> <p>Meulage des dents (Abrasion ou remodelage des dents).</p> <p>Odontotomie prophylactique.</p>
Soins dentaires de base	<p>La garantie Frais dentaires couvre les soins dentaires de base ci-après.</p> <p>Ces frais sont remboursables dans une proportion de 50 %.</p>
Obturations	<p>Amalgame, résine composite, résine acrylique ou l'équivalent. Les obturations en composite ne sont couvertes que pour les dents antérieures.</p>
Extractions	<p>Extraction de dents, à l'exception de l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).</p>
Restaurations de base	<p>Restaurations préfabriquées en métal et réparation de restaurations préfabriquées en métal, sauf dans le cadre de la mise en place de couronnes définitives.</p>
Chirurgie buccale	<p>Traitement chirurgical et anesthésie à cette fin, sauf l'extraction de dents incluses (<i>Soins dentaires de prévention</i>).</p>
Endodontie	<p>Traitement radiculaire et obturation des canaux, et traitements des maladies de la pulpe.</p>
Parodontie	<p>Traitement des maladies des gencives et des autres éléments de soutien.</p> <p>La garantie couvre les séances de détartrage et d'aplanissement des racines, sous réserve d'un maximum global de 4 unités de 15 minutes par année de référence.</p> <p>La garantie couvre les séances d'équilibration occlusale, sous réserve d'un maximum de 3 unités de 15 minutes par année de référence.</p>

	<p>Curetage gingival. Intervention chirurgicale définitive effectuée par le dentiste et nécessitant une anesthésie locale. La garantie couvre 1 curetage par section tous les 60 mois.</p> <p>Ajustements. Vous êtes couvert pour 1 ajustement de bruxisme par année de référence.</p> <p>Visite post-chirurgicale. Vous êtes couvert pour 4 visites post-chirurgicales par année de référence.</p>
Tenons dentinaires	La garantie couvre les tenons (pour les obturations en amalgame ou en composite).
Couronnes	Couronnes préformées en acier inoxydable et en polycarbonate. Seuls les enfants de moins de 16 ans sont couverts pour ces services.
Caries et traumas, et contrôle de la douleur	<p>La garantie couvre la mise en place de pansements sédatifs destinée à réduire la douleur occasionnée par des caries très profondes.</p> <p>Ces services comprennent l'anesthésie locale, l'éviction du tissu carieux et l'extraction de toute obturation existante, la rectification de l'occlusion, le coiffage pulpaire et la mise en place du pansement sédatif.</p>
Réparation	Réparation de prothèses amovibles.
Rebasage ou regarnissage	Rebasage ou regarnissage de prothèses amovibles partielles ou complètes.
Ajustement	<p>Ajustement de la prothèse après sa mise en place. L'ajustement de prothèse amovible comprend un suivi de 3 mois.</p> <p>Ajustements de prothèses dentaires, y compris les ajustements mineurs, 1 fois tous les 6 mois.</p>
Réclamation à un tiers	Nous avons droit à une part des indemnités que vous touchez par suite d'un règlement à l'amiable ou d'une action en justice intentée contre toute personne physique ou morale qui a causé des dommages qui vous ont occasionné des frais dentaires.

Si vous décidez d'intenter une action en justice, vous devez vous conformer aux dispositions énoncées à ce sujet dans le contrat collectif.

Si vous touchez une indemnité, vous devez nous verser une somme égale à la partie du montant total des prestations payées aux termes du régime et de l'indemnité nette obtenue du tiers qui vient en excédent du montant total des frais dentaires que vous avez effectivement engagés. L'indemnité nette ne comprend pas les frais juridiques.

Nous avons le droit de retenir les prestations ou d'en cesser le paiement si vous ne vous conformez pas à ces exigences.

Cessation de la couverture

La couverture prévue par la garantie Frais dentaires prend fin le 31 août de chaque année.

La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux *Conditions générales*.

Prestations après la cessation de la couverture

En cas de résiliation de la garantie Frais dentaires, le traitement des dents naturelles endommagées dans un accident demeure couvert pourvu que l'accident soit survenu en cours de couverture, et que les soins soient donnés dans les 6 mois de l'accident.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour les services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainés par l'État, sauf si le présent régime en prévoit expressément le remboursement.

Sont exclus les services ou articles qui ne s'inscrivent pas dans les méthodes normalement pratiquées.

Nous ne couvrons pas ce qui suit :

- soins dentaires donnés à des fins principalement esthétiques.
- frais de remplacement d'appareils perdus, égarés ou volés.
- frais de rendez-vous non respectés.
- frais de rédaction de demandes de règlement.

- services ou articles pour lesquels il n'y aurait pas eu de frais s'il n'y avait pas eu la présente couverture.
- frais d'articles rattachés normalement au port d'un appareil dans l'exercice d'un sport ou à la maison, par exemple, un protège-dents.
- frais de soins et d'articles relatifs à la restauration buccale complète (mise en place de couronnes sur toutes les dents), à la rectification de la dimension verticale (changement de la façon dont les dents entrent en contact), y compris l'abrasion (usure des dents), la modification ou la reconstitution de l'occlusion (du contact entre les mâchoires), ou à la contention au moyen d'une prothèse (mise en place de couronnes pour rendre les dents plus solides).
- frais reliés au traitement de l'articulation temporo-mandibulaire.
- frais relatifs aux implants, y compris les frais de chirurgie.
- transplants, et modification des rapports entre maxillaires.
- traitements expérimentaux.

Nous ne couvrons pas non plus les frais dentaires résultant de dommages attribuables à l'une des causes ci-dessous :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- malformations congénitales ou déformations acquises.
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour présenter une demande de règlement, veuillez remplir le formulaire de demande de règlement que vous pouvez vous procurer auprès de **Studentcare**. Le dentiste devra remplir la section appropriée du formulaire.

Pour que des prestations puissent être versées, la demande de règlement doit nous parvenir avant l'expiration d'une période :

- de 365 jours (12 mois) après la fin de l'année de référence au cours de laquelle vous engagez les frais,
- ou de 90 jours après la date de cessation de votre couverture aux termes de la garantie Frais dentaires, si cette période prend fin antérieurement.

Nous pouvons exiger que vous nous présentiez la déclaration du dentiste en ce qui touche le traitement reçu, les radiographies prises avant le traitement et tout autre renseignement que nous estimons nécessaire.

Décès et mutilation accidentels

Description générale de la garantie	La garantie Décès et mutilation accidentels prévoit le versement de prestations si, par suite d'un accident survenu en cours de couverture, vous ou l'une des personnes à votre charge décédez ou subissez l'une des pertes indiquées dans le <i>Tableau des prestations</i> . La prestation versée en cas de décès aux termes de la présente garantie s'ajoute au capital de l'assurance-vie.
Votre couverture	
<i>Capital</i>	2 000 \$ – Étudiant 2 000 \$ – Conjoint 2 000 \$ – Enfants (par enfant)
<i>Cessation de la couverture</i>	La couverture prend fin le 31 août de chaque année. La couverture peut également prendre fin à une date antérieure comme il est indiqué aux <i>Conditions générales</i> .
Bénéficiaire	<p>Si vous subissez l'une des pertes énumérées dans le tableau de la section Ce que nous paierons, à l'exception de la perte de vie, la prestation vous sera versée. Si vous décédez, Securian Canada versera la prestation à votre dernier bénéficiaire inscrit au dossier du Studentcare.</p> <p>Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, le montant de la prestation sera versé à votre succession. N'importe qui peut être votre bénéficiaire. Vous pouvez changer de bénéficiaire à tout moment, sauf si une loi vous en empêche ou si vous indiquez que le bénéficiaire ne doit pas être changé.</p>

Un mineur ne peut recevoir personnellement un capital-décès au titre du régime avant d'avoir atteint l'âge de la majorité. Si vous résidez à l'extérieur du Québec et que vous désirez désigner un mineur comme bénéficiaire, vous pouvez désigner une autre personne qui recevra le capital-décès en fiducie pour le mineur. Si aucun fiduciaire n'est désigné, la législation applicable peut exiger que le capital-décès payable à un mineur soit plutôt versé à un tribunal, à un tuteur ou à un curateur public. Si vous résidez au Québec et que vous avez désigné un mineur comme bénéficiaire, le capital-décès sera versé au(x) parent(s) ou au tuteur légal du mineur au nom de ce dernier. Par ailleurs (et que vous résidiez au Québec ou à l'étranger), vous pouvez envisager de désigner votre succession comme bénéficiaire et de fournir à l'exécuteur testamentaire des instructions concernant les droits du mineur. Nous vous invitons à consulter un conseiller juridique.

Si une personne à charge subit l'un des sinistres énumérés dans le tableau des prestations, la prestation vous est versée.

Si la personne devant toucher les prestations est incapable de donner quittance des sommes qui lui sont dues, Securian Canada peut en faire le paiement, à concurrence de 2 000 \$, à toute personne qui lui semble y avoir droit. Securian Canada est tenue quitte de tout paiement qu'elle effectue ainsi de bonne foi.

Prestations

Nous versons des prestations si vous ou l'une des personnes à votre charge :

- décédez accidentellement par noyade.
- disparaissiez par suite de la destruction, de la submersion, de l'atterrissage forcé, de l'échouement ou de la disparition accidentels du véhicule dans lequel vous vous trouviez et que votre corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit. Il ne doit exister aucune indication que vous ou la personne à votre charge êtes toujours vivant.

- subissez un accident, y compris tout accident causé par un phénomène naturel, qui conduit directement à votre décès ou à celui de la personne à votre charge, ou à l'une des autres pertes ci-dessous, dans l'année qui suit.

La prestation que nous versons est égale à un pourcentage du capital de la garantie Décès et mutilation accidentels. Le pourcentage diffère selon la nature de la perte. Le tableau ci-après indique le pourcentage prévu pour chaque perte.

TABLEAU DES PRESTATIONS

Décès	100%
Perte des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main ou d'un pied, et de la vision d'un oeil	100%
Perte d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte d'une main ou d'un pied	67%
Perte de quatre doigts de la même main	33%
Perte du pouce et de l'index de la même main	33%
Perte de tous les orteils du même pied	25%
Perte de l'usage des deux bras ou des deux jambes	100%
Perte de l'usage des deux mains ou des deux pieds	100%
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	100%
Perte de l'usage d'un bras ou d'une jambe	75%
Perte de l'usage d'une main ou d'un pied	67%
Perte de l'usage du pouce et de l'index de la même main	33%
Perte de la vision des deux yeux	100%
Perte de l'usage de la parole et surdité des deux oreilles	100%
Perte de la vision d'un oeil	67%
Perte de l'usage de la parole	67%
Surdité des deux oreilles	67%
Surdité d'une oreille	25%

Quadriplégie	200%
Paraplégie	200%
Hémiplégie	200%

même accident, seule la prestation la plus élevée est versée. Les prestations versées pour l'ensemble des pertes subies dans un même accident ne peuvent dépasser 100% du capital de la garantie, ou 200% dans les cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie.

La perte d'un bras s'entend de l'amputation au coude ou plus haut; la perte d'une main, de l'amputation au poignet ou plus haut; la perte d'une jambe, de l'amputation au genou ou plus haut et la perte d'un pied, de l'amputation à la cheville ou plus haut. La perte du pouce, d'un doigt ou d'un orteil s'entend de l'amputation à la première phalange ou plus haut. La surdité, la perte de la vision ou la perte de l'usage de la parole doit être totale et définitive.

La perte de l'usage doit être totale et elle doit avoir subsisté pendant au moins un an. Avant que nous versions des prestations, vous devez présenter une attestation établissant que la perte est définitive.

Exclusions

Aucune prestation n'est payable relativement aux pertes :

- résultant de blessures provoquées par la personne couverte, notamment à l'occasion de la manipulation d'une arme à feu.
- résultant de l'absorption de drogues.
- résultant de l'inhalation d'oxyde de carbone.
- résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide, que la personne ait ou non alors été atteinte d'une maladie mentale ou qu'elle ait ou non voulu ou compris les conséquences de son geste.
- occasionnées par un vol à bord de tout appareil de navigation aérienne, un saut hors de l'appareil ou une exposition à un danger inhérent à cet appareil, dans l'un des cas suivants :
 - la personne recevait une formation en aéronautique.

- elle exerçait une fonction rattachée à l'appareil.
- elle était transportée pour faire du parachutisme.
- elle était militaire et l'appareil était placé sous l'autorité de l'armée.
- résultant d'un acte d'hostilité de forces armées, d'une insurrection, ou de la participation à une émeute ou à un mouvement populaire.
- attribuables au service à temps plein dans les forces armées de quelque pays que ce soit.
- résultant de la participation à la perpétration d'un acte criminel.

Demande de règlement

Pour toutes les pertes, sauf le décès, la demande doit nous parvenir dans l'année qui suit la perte.

En cas de décès, la demande doit être présentée aussitôt que possible après le décès.

Vous pouvez vous procurer les formulaires de demande de règlement auprès de **Studentcare**.

Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/>.

À propos de Securian Canada

Nous sommes là pour les Canadiens et leurs familles, quelle que soit leur définition de la famille, car tout ce que nous faisons contribue à assurer l'avenir des gens. Nos solutions d'assurance et de protection pratiques et prêtes pour la vie sont conçues pour assurer la sécurité financière, afin que les Canadiens puissent passer plus de temps à faire en sorte que chaque moment compte.

Depuis plus de 65 ans, nous donnons aux Canadiens la confiance nécessaire pour faire face aux incertitudes de la vie. Securian Canada réunit des racines locales et une solide expertise, une empreinte nord-américaine et une perspective mondiale, tout en innovant à la vitesse requise pour les marchés qu'elle sert.

En collaboration avec sa société mère américaine – Securian Financial – Securian Canada est un assureur de premier plan dans les marchés canadiens des institutions financières, des associations professionnelles et des groupes d'affinité. Nous offrons des solutions d'assurance élaborées avec soin et des expériences spécialisées aux personnes que nous servons.

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les **contrats** d'assurance sont **souscrits** par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada.



Securian Canada
securianscanada.ca

1400-25, Av. Sheppard Ouest, Toronto, ON, Canada M2N 6S6
©2023 Securian Canada, une filiale du Groupe financier Securian, Inc. Tous droits réservés.

140012-09-2023