

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

pour les membres de

**l'ASSOCIATION
DES INSTITUTEURS CANADIENS
EN EUROPE**

L'ASSOCIATION DES INSTITUTEURS CANADIENS EN EUROPE

Régime d'assurance des frais médicaux

(souscrit par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers)

AVIS IMPORTANT

Date d'effet du régime : septembre 1988

Contrat collectif n° 10445

Date de révision du régime : 1^{er} Janvier 2018

Le présent document contient des renseignements importants, veuillez le garder en lieu sûr. Il renferme l'information dont vous avez besoin concernant les garanties offertes par le contrat susmentionné aux membres assurés et aux personnes à leur charge assurées.

Le présent document n'est pas un contrat. S'il y a divergence entre le présent document et le contrat collectif, ce dernier fait foi.

1. DÉFINITIONS

- a) « assuré » – un membre assuré ou une personne à charge assurée.
- b) « accident corporel » – un dommage corporel causé par un accident survenant pendant que l'assuré est couvert par le présent contrat et entraînant directement et indépendamment de toute autre cause une perte couverte par le contrat.
- c) « maladie » – une maladie ou affection ayant débuté pendant que l'assuré est couvert par le présent contrat et entraînant une perte pour l'assuré dont la maladie donne lieu à une demande de prestations.
- d) « personne à charge » –
 - (i) le conjoint légitime du membre assuré qui réside normalement avec lui à l'étranger; est exclu le conjoint légitime qui ne vit pas avec le membre assuré à l'étranger ou qui ne l'a pas accompagné à l'étranger;
 - (ii) un enfant célibataire du membre assuré ou de son conjoint légitime, qui réside normalement avec le membre assuré à l'étranger pendant au moins 8 mois sur 12 et qui est âgé de moins de 21 ans ou, s'il est âgé de 21 ans ou plus, qui est à la charge du membre assuré en raison d'un handicap physique ou mental; est également assuré un enfant célibataire à charge âgé d'au plus 25 ans, qui fréquente à temps plein un établissement d'études secondaires situé à l'extérieur du Canada;
 - (iii) un parent par le sang, par alliance ou par adoption qui réside normalement avec le membre assuré et pour lequel le membre assuré peut faire une demande d'exemption personnelle aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu*;
 - (iv) un membre de la famille qui réside de façon permanente avec le membre assuré, mais qui n'est pas reconnu comme personne à charge aux termes de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du fait qu'il touche une pension.
- e) « hôpital », « hôpital pour convalescents » ou « maison de santé » – un établissement public agréé en vertu de la *Loi sur les hôpitaux publics* de l'Ontario, ou un établissement assimilé qui est doté de médecins et d'infirmiers autorisés qui sont de service, sur place ou sur appel, 24 heures sur 24. Sauf indication contraire, dans le présent document, sont exclus les hôpitaux privés.
- f) « membre » – un membre de l'Association des instituteurs canadiens en Europe (AICE).

Dans le présent document, le masculin englobe le féminin, sauf si le contexte indique le contraire.

2. ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

Le contrat d'assurance collective couvre la catégorie de personnes suivante :

Catégorie A – Les membres qui ne bénéficient d'aucune couverture au titre d'un régime d'assurance maladie provincial au Canada.

3. COTISATIONS ET RENOUELEMENT

Les membres sont avisés des taux de cotisation dès leur adhésion au régime. Les cotisations sont payables mensuellement le premier de chaque mois (« date d'échéance »).

Les cotisations sont précomptées sur le salaire. Les administrateurs facturent à votre conseil scolaire les cotisations mensuelles, qui sont payables d'avance. Il vous appartient de discuter des modalités de cotisation avec le trésorier de votre conseil scolaire, afin de vous assurer que vous êtes tous les deux sur la même longueur d'onde. Si votre salaire est payé en 10 mensualités, il vous faudra également faire le nécessaire pour que soient prélevées les cotisations de juillet et août sur votre paye de juin.

Si les taux de cotisation changent, l'administrateur en avisera votre conseil scolaire.

4. CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance de chaque assuré prend fin à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de la résiliation du contrat;
- b) la date à laquelle 90 jours se sont écoulés depuis que le membre assuré cesse d'adhérer à l'AICE;
- c) la date d'échéance d'une cotisation qui n'est pas acquittée par le membre assuré;
- d) la date à laquelle une personne à charge visée en 1 d) (iii) ou (iv) atteint l'âge de 80 ans;
- e) la fin du mois au cours duquel le membre assuré cesse d'être effectivement au travail en raison d'un licenciement, d'un congé autorisé, d'une démission, du service d'une pension ou d'un départ à la retraite.

En dépit de ce qui est stipulé en c) ci-dessus, le membre assuré de la catégorie A, qui revient au Canada à l'expiration de son contrat avec le Ministère de la défense nationale, demeure assuré sans avoir à verser de cotisations jusqu'à ce qu'il devienne admissible à la couverture offerte par tout régime provincial d'assurance maladie.

La cessation de l'assurance d'un assuré, soit en raison de la cessation de l'emploi du membre ou de la résiliation du contrat, n'est pas opposable à une demande de prestations pour un sinistre survenu avant la cessation de l'assurance, à condition que l'assuré soit suivi par un médecin. Toutefois, l'assurance ne prend en charge aucuns frais engagés 90 jours après la date de la cessation de l'assurance.

4A. PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Si une personne à charge revient au Canada avant l'expiration du contrat du membre assuré avec le Ministère de la défense nationale, son assurance demeure en vigueur sans que des cotisations doivent être versées, jusqu'à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date à laquelle trois mois se sont écoulés depuis le retour de la personne à charge au Canada;
- la date à laquelle la personne à charge cesse d'être une personne à charge selon la définition pertinente figurant dans le présent document;
- la date à laquelle la personne à charge devient admissible à l'assurance au titre d'un régime de l'État.

5. REMBOURSEMENT DES FRAIS REMBOURSABLES

Sous réserve des exclusions, limitations, franchises et autres dispositions du contrat, l'assureur rembourse à l'assuré les frais remboursables ci-dessous qui ont été engagés à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel. Les maximums sont exprimés en dollars canadiens.

- a) Les frais de séjour raisonnables et habituels facturés par un hôpital, un hôpital pour convalescents ou une maison de santé, à concurrence des frais exigés pour une chambre à un lit.

L'assurance couvre les frais engagés par la mère d'un enfant à charge assuré lorsque, sur la recommandation du médecin traitant ou du chirurgien, il est jugé médicalement essentiel pour l'enfant que la mère soit hospitalisée avec lui.

- b) Les frais raisonnables et habituels facturés par un hôpital pour les soins prodigués en consultation externe et jugés médicalement nécessaires (remboursement à 100 %), notamment :
- (i) le plasma sanguin, le sang entier ou l'oxygène, y compris leur administration,
 - (ii) les examens radiologiques et les analyses de laboratoire nécessaires à des fins de diagnostic,
 - (iii) les traitements radiologiques, y compris la roentgentherapie et la radiumthérapie.
- c) Les honoraires raisonnables et habituels pour les soins et traitements médicaux prodigués ou les interventions chirurgicales effectuées par un médecin ou un chirurgien dûment qualifié.
- d) Les honoraires d'un infirmier autorisé qui ne réside pas normalement chez l'assuré et qui n'est pas un membre de la famille immédiate de l'assuré, à concurrence d'un maximum de 10 000 \$ par maladie ou par accident corporel.
- e) Les frais pour médicaments (y compris les contraceptifs oraux), le sérum et les vaccins prescrits par un médecin habilité ou, lorsque la loi le permet, par tout professionnel de santé habilité ou agréé, et qui sont dispensés par un pharmacien, médecin ou dentiste agréé, à l'exclusion :
- (i) des frais facturés pour l'administration de produits injectables,
 - (ii) des vitamines (autres que les vitamines injectables) et les suppléments diététiques, qu'ils soient prescrits pour des raisons médicales ou non, sauf si la loi fédérale ou provinciale exige une prescription pour la distribution de tels produits,
 - (iii) les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés.

- f) Les honoraires d'un physiothérapeute professionnel habilité pour des soins de physiothérapie prescrits par un médecin ou un chirurgien.
- g) Les frais pour le transport par ambulance agréée ou, sur la recommandation d'un médecin ou d'un chirurgien dûment qualifié, par tout autre moyen de transport autorisé à transporter des passagers à titre onéreux, pour amener le malade à l'hôpital le plus proche qui peut fournir le traitement requis, ou pour le ramener de l'hôpital. Maximum : 500 \$ par maladie ou par accident corporel.
- h) Les frais pour un examen de contrôle annuel, à concurrence de 90 \$ par assuré.
- i) Les frais pour consultation des nourrissons pendant une période maximale de 6 mois après la naissance de l'enfant.
- j) Les frais pour l'administration de vaccins, d'antitoxines et d'injections pour lutter contre les maladies ou les poisons, à concurrence de 25 \$ par injection par assuré.
- k) Les frais engagés pour ce qui suit :
 - (i) les membres artificiels, prothèses oculaires ou autres appareils prothétiques, y compris les prothèses mammaires à la suite d'une mastectomie, une fois tous les 24 mois, au besoin,
 - (ii) les plâtres, les attelles, les béquilles, les bandages herniaires, les appareils orthopédiques, (les appareils orthodontiques sont exclus) ou les chaussures orthopédiques, s'ils font partie d'une prothèse, y compris les honoraires du médecin ou du chirurgien, à concurrence de 100 \$, pour la conception, la fabrication, l'ajustement et la mise en place de l'appareil. Maximum : 2 paires de chaussures orthopédiques par assuré par année civile, à concurrence de 50 \$ la paire. La demande doit être accompagnée de la recommandation écrite d'un médecin, dans laquelle sont précisés le diagnostic et le motif principal de la consultation.
- l) Les frais pour les soins d'un chiropraticien habilité, y compris les examens radiologiques, à concurrence de 200 \$ par maladie ou par accident corporel.
- m) Les honoraires d'un dentiste ou d'un chirurgien-dentiste dûment qualifié dans le cas de dommages accidentels aux dents naturelles, y compris le remplacement des dents endommagées et les radiographies se rapportant à l'accident, à condition que le traitement soit rendu dans les 52 semaines qui suivent l'accident.
- n) Les honoraires d'un ophtalmologiste habilité pour les tests et examens servant à déterminer la nécessité de l'achat ou du remplacement de lunettes ou de verres de contact, sous réserve d'un test ou d'un examen tous les 2 ans par assuré.
- o) Les honoraires d'un psychologue autorisé, à concurrence de 600 \$ par année civile par assuré.
- p) Les honoraires d'un ostéopathe habilité, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire, à concurrence de 200 \$ par maladie ou par accident corporel.
- q) Les honoraires :
 - (i) d'un podiatre ou d'un chiropodiste dûment qualifié, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire, à concurrence de 200 \$ par maladie ou par accident corporel,
 - (ii) d'un masseur habilité, sur la recommandation d'un médecin ou d'un chirurgien, à concurrence de 200 \$ par année civile.
- r) Les frais de location d'un poumon artificiel et autres appareils médicaux et chirurgicaux durables, y compris les pompes à insuline et le matériel assimilé pour le diabète.

- s) Les frais pour les prothèses auditives prescrites, lors de la première pose ou lors d'un remplacement rendu nécessaire par une détérioration de l'ouïe. Maximum : un seul remboursement par période de 2 années civiles consécutives, à concurrence de 400 \$ par appareil et sous réserve de 3 appareils la vie durant de l'assuré.
- t) Les frais pour les articles suivants prescrits par un médecin, chirurgien, ophtalmologiste ou optométriste habilité, lors de la première prescription ou à la suite d'un remplacement rendu nécessaire par suite d'une détérioration de la vision :
 - (i) les montures, verres correcteurs et leur ajustement, à concurrence de 150 \$ et sous réserve d'un seul remboursement par période de 2 années civiles consécutives par assuré,
 - (ii) les verres de contact, à condition que l'acuité visuelle puisse être portée à au moins 20/40 et qu'un tel résultat ne puisse être obtenu par le port de lunettes. Maximum : un seul remboursement par période de 2 années civiles consécutives, à concurrence de 200 \$ la paire de verres de contact et sous réserve de 3 paires la vie durant de l'assuré.
- u) Les honoraires d'un orthophoniste qualifié, à concurrence de 300 \$ par année civile par assuré.
- v) Les frais pour le matériel nécessaire dans le cas d'une colostomie et d'une iléostomie.
- w) Les frais raisonnables et habituels pour les soins chirurgicaux dentaires suivants :

Tableau des actes assurés

Kystes, lésions et abcès

Biopsie par incision ou excision – lésions de tissus mous/osseux
 Excision de kystes
 Excision de lésions bénignes
 Excision de ranules
 Incision chirurgicale et drainage – intra-buccal, tissus mous,
 intra-osseux
 Abcès parodontal – incision et drainage

Traitements gingivaux et alvéolaires

Alvéoloplastie
 Curetage – pose de lambeaux
 Ostéoplastie – pose de lambeaux
 Curetage et ostéoplastie – pose de lambeaux
 Curetage gingival
 Gingivectomie avec ou sans curetage
 Gingivoplastie

Extraction de dents ou de racines

Extraction de dents incluses
 Extraction de racines ou de corps étrangers du sinus maxillaire
 Apicectomie – (résection apicale)
 dents antérieures, prémolaires et molaires

Fractures et luxations

Luxation de la mâchoire – articulation temporomandibulaire
réduction orthopédique
réduction chirurgicale
Fractures du maxillaire inférieur
aucune réduction
réduction orthopédique
réduction chirurgicale
réduction chirurgicale compliquée

Avulsion d'un nerf frontal interne ou sous orbitaire

Frénectomie labiale, buccale ou linguale (lèvre, joue ou langue)
Réparation d'une fistule bucco-sinusienne
Sialolithotomie – simple ou compliquée
Abaissement du sulcus dentaire, reconstruction de la crête alvéolaire
Traitement de lésions traumatiques
Réparation de lacérations à des tissus mous
Débridement, réparation, sutures
Torus – (biopsie de tissus osseux)

6. FRAIS DE MATERNITÉ

L'assurance rembourse les frais raisonnables et nécessaires qui sont engagés pour une grossesse (y compris les complications) ou un accouchement (y compris une césarienne ou une opération par voie abdominale dans le cas d'une grossesse utérine), ainsi que les frais de pouponnière à l'hôpital, sous réserve des dispositions contractuelles applicables. De la même façon, les assurées qui n'ont pas de personnes à charge ont droit à un remboursement des frais de maternité.

7. MAXIMUM

Le remboursement total de tous les frais engagés par l'assuré, à la suite d'une même maladie ou d'un même accident corporel, ne peut pas dépasser le maximum global de 250 000 \$. Ce maximum est ramené automatiquement à 25 000 \$ le jour où une personne à charge assurée visée en 1 d) (iii) ou (iv) atteint l'âge de 65 ans.

Le remboursement total pouvant être effectué au titre du contrat pour tous les frais que le régime d'assurance maladie de l'Ontario prendrait normalement en charge ne peut pas dépasser 250 000 \$ la vie durant de la personne assurée.

8. FRAIS NON REMBOURSABLES

L'assurance ne rembourse pas les frais ouvrant droit à des prestations de l'une ou l'autre des sources suivantes :

- a) tout régime collectif d'assurance maladie;
- b) tout régime provincial d'assurance maladie ou hospitalisation;
- c) toute loi sur l'assurance contre les accidents du travail;
- d) tout organisme public ou financé par les recettes fiscales.

9. FRANCHISES

Une franchise de 25 \$ est applicable au remboursement de frais engagés par un assuré au cours d'une année d'assurance, sauf pour ce qui est des frais remboursables visés en 5 a), b) et c), qui ne sont pas assujettis à cette franchise.

Une franchise maximale de 40 \$ est applicable au remboursement de frais engagés par un membre assuré et les personnes à sa charge au cours d'une année d'assurance, sauf pour ce qui est des frais remboursables visés en 5 a), b) et c).

Si, au cours d'une année d'assurance, les frais remboursables engagés par un assuré ne dépassent pas le montant de la franchise, les frais remboursables engagés par ce même assuré au cours des 3 derniers mois de cette année d'assurance peuvent être appliqués à la franchise de l'année d'assurance subséquente.

10. TAUX DE REMBOURSEMENT

L'assurance rembourse à l'assuré 80 % des frais remboursables qu'il a engagés, sauf pour ce qui est des frais remboursables visés en 5 a), b) et c) qui sont remboursés au taux de 100 %.

11. ÉTAT PATHOLOGIQUE RÉCIDIVANT

Si l'assuré engage des frais remboursables à la suite d'une maladie ou d'un accident corporel et qu'il s'écoule une période d'au moins 6 mois consécutifs sans que l'assuré n'engage d'autres frais ou ne soit soigné par un médecin, un chirurgien ou un ostéopathe, l'assuré est alors réputé s'être rétabli de sa maladie ou de son accident corporel.

À l'expiration de cette période de 6 mois, toute récurrence de l'état pathologique qui l'oblige à engager des frais remboursables est réputée une nouvelle pathologie à laquelle s'applique le plein montant du remboursement maximal, sans aucune réduction ni modification en raison de frais remboursables engagés à la suite de l'état pathologique dont l'assuré est censé être guéri.

12. EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

L'assurance ne couvre pas une maladie ou un accident corporel causé directement ou indirectement, en totalité ou en partie, par une maladie contractée ou un accident corporel subi :

- a) relativement à ou d'une façon quelconque lié à ce qui suit, sans égard à toute autre cause ou événement contributif survenant concomitamment ou non : la guerre, une invasion, les actions de pays étrangers, les hostilités, les actes belliqueux (que les hostilités soient déclarées ou non), la guerre civile, une rébellion, une révolution, une insurrection, un mouvement populaire assimilé à une insurrection, l'usurpation du pouvoir par des militaires ou autres agents, les actes de piraterie ou tout acte de terrorisme ou toute mesure prise pour circonscrire, empêcher ou réprimer l'une ou l'autre des activités susmentionnées, (pour l'application de la présente exclusion, « acte de terrorisme » s'entend d'un acte, notamment le recours à la force ou à la violence ou à la menace de force ou de violence, qui est commis par un individu ou un groupe d'individus agissant de sa propre initiative ou pour le compte d'une organisation ou d'un État, qui est motivé par des considérations politiques, religieuses, idéologiques ou assimilées, dans le but notamment d'influencer un gouvernement ou de susciter la peur au sein de la population ou d'une partie de la population, et qui est jugé par les autorités fédérales compétentes être un acte de terrorisme);
- b) à la suite d'une automutilation volontaire.

En outre, l'assurance ne couvre pas les soins de nature esthétique, sauf dans le cas :

- (i) d'une intervention chirurgicale effectuée dans les 90 jours d'un accident,
- (ii) d'une intervention chirurgicale pratiquée pour corriger un défaut congénital d'un enfant à charge, si celui-ci a été assuré par le contrat sans interruption depuis sa naissance.

13. NAVIGATEUR SANTÉ^{MC}

Le Navigateur Santé fournit des ressources et des renseignements visant à vous aider, vous et les personnes à votre charge admissibles, à répondre à vos questions touchant la santé et à en apprendre plus sur les services de santé offerts au Canada et dans votre collectivité. Il vous donne accès à ce qui suit :

- une base de données sur les médecins au Canada;
- des renseignements sur les régimes d'assurance maladie provinciaux ainsi que des conseils et des outils permettant de tirer le meilleur parti des ressources sur les soins de santé offertes au pays;
- des renseignements fiables sur la santé, les affections, les traitements et les médicaments;
- un service de deuxième avis médical, assuré s'il y a lieu par un fournisseur de deuxième avis médical et un consortium d'hôpitaux.

Il est possible de joindre un représentant du centre d'appels réservé aux participants du lundi au vendredi de 8 h à 20 h, heure de l'Est (Canada).

SERVICES INCLUS DANS LE NAVIGATEUR SANTÉ

Le Navigateur Santé est un produit qui vous donne accès à des renseignements et à des ressources fiables visant à vous aider à répondre à vos questions touchant la santé et à mieux connaître les services de santé offerts au Canada et dans votre collectivité. Le Navigateur Santé vous donne accès à des guides provinciaux où vous pouvez trouver un résumé de la couverture prévue par le régime d'assurance maladie de votre province, à une base de données sur les médecins au Canada et à des conseils sur la façon de vous y retrouver dans le dédale de ressources sur les soins de santé offertes au pays et d'en tirer le meilleur parti. Il vous donne également accès à un service de deuxième avis médical assuré par un coordonnateur de premier ordre ainsi que par un consortium réunissant certains des plus grands hôpitaux aux États-Unis. Vous pouvez vous prévaloir du service de deuxième avis médical dans le cas de diverses affections couvertes.

Restrictions

Toute affection directement attribuable à l'un des événements ci-après n'est pas couverte au titre des services offerts par le Navigateur Santé :

- a) contamination radioactive qui n'est pas liée à l'emploi occupé;
- b) guerre ou actes belliqueux (que la guerre soit déclarée ou non), invasion, actions d'ennemis, hostilités, mutinerie, émeute, agitation civile, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection, conspiration, usurpation du pouvoir par des militaires ou autres agents, imposition de la loi martiale ou état de siège, ou tout événement ou toute cause entraînant la proclamation ou le maintien de la loi martiale ou de l'état de siège.

De plus, la Financière Manuvie ne peut pas être tenue responsable de tous frais engagés par vous ou une personne à votre charge admissible qui ne sont pas expressément décrits ni couverts au titre des services offerts par le Navigateur Santé ou du contrat d'assurance collective, notamment le coût des traitements, les frais de déplacement, les frais médicaux, les frais associés à l'annulation de rendez-vous et autres dépenses.

Droit de refus

Il peut arriver que les médecins de l'hôpital faisant partie du consortium jugent que les renseignements médicaux fournis par le patient ne permettent pas de donner un deuxième avis médical étant donné qu'ils sont insuffisants ou inadéquats. Le cas échéant, le coordonnateur du service de deuxième avis médical informera le patient dans un délai de 24 heures des raisons pour lesquelles il est impossible de produire un rapport. Le patient aura ensuite la possibilité de fournir d'autres renseignements au coordonnateur, qui les communiquera aux médecins de l'hôpital faisant partie du consortium et donnant le deuxième avis médical. Si ces renseignements sont toujours insuffisants, les médecins de l'hôpital faisant partie du consortium peuvent refuser de donner un deuxième avis médical. De plus, ni les médecins, ni le coordonnateur, ni la Financière Manuvie n'ont alors à satisfaire d'autres obligations par rapport à la demande de deuxième avis médical.

Résumé seulement

Veillez noter que la présente section du présent document ne constitue qu'un résumé des services offerts par le Navigateur Santé. Le dépliant destiné aux participants comporte des renseignements additionnels sur ces services. L'administrateur de votre régime et la Financière Manuvie peuvent répondre à toutes vos questions concernant le Navigateur Santé.

14. DEMANDES DE RÈGLEMENT

Veillez faire parvenir les formulaires de demande de règlement dûment remplis, accompagnés des factures pertinentes, à l'administrateur du régime

Coughlin & Associates Ltée
C. P. 3517, succursale C
Ottawa (Ontario) K1Y 4H5

Vous devez soumettre les demandes de règlement au plus tard 90 jours après que les frais ont été engagés. Les demandes soumises après un an sont irrecevables.

Les demandes sont instruites dès que possible. Les prestations sont versées au Receveur général du Canada ou au membre assuré, selon les directives données par le membre assuré dans le formulaire de demande de règlement.

NOTA :

NE JAMAIS envoyer les demandes de règlement à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, ce qui ne ferait que retarder le remboursement des frais. Pour toute information concernant le paiement des prestations, veuillez vous adresser à l'administrateur du régime.