

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE**

**SIÈGE SOCIAL : LÉVIS (QUÉBEC)**

(ci-après appelée l'assureur)

conformément aux dispositions de cette police  
émise à la demande de

**LES ÉTABLISSEMENTS UNIVERSITAIRES PARTICIPANT AU RÉGIME  
COLLECTIF D'ASSURANCE MALADIE ET HOSPITALISATION POUR ÉTUDIANTS  
ÉTRANGERS**

(ci-après appelés le preneur)

assure les étudiants qui y sont désignés (ci-après appelés les adhérents).

**ENTRÉE EN VIGUEUR** - La police entre en vigueur à 0 h 0 min 1 s, le quinzième jour d'août 2004.

**ANNÉES ET MOIS D'ASSURANCE** - La période s'étendant de la date d'entrée en vigueur de la police jusqu'à la date du premier renouvellement est considérée comme la première année d'assurance; les années subséquentes d'assurance comptent 12 mois consécutifs.

**DATE DU PREMIER RENOUVELLEMENT** - 1<sup>er</sup> septembre 2006.

**PRIMES** – Les primes sont payables d'avance à l'assureur, la première lors de la date d'entrée en vigueur et chaque prime subséquente le premier jour de chaque mois ou selon entente intervenue entre l'assureur et chaque établissement universitaire.

Pour les étudiants étrangers qui deviennent assurés à une date autre que le premier jour du mois, aucune prime n'est payable pour la période comprise entre cette date et le premier jour du mois suivant. La prime complète est payable pour le mois au cours duquel l'étudiant étranger cesse d'être assuré.



## 1. DÉFINITIONS

Dans cette police, on entend par :

- 1) Accident : un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement ou indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles.
- 2) Adhérent : un étudiant étranger admis à l'assurance.
- 3) Année contractuelle : période de 12 mois du 1<sup>er</sup> septembre au 31 août de l'année suivante.
- 4) Blessure : une lésion corporelle qui nécessite un traitement médical.
- 5) Étudiant étranger : pour les fins de l'assurance maladie et hospitalisation, un étudiant inscrit à l'Université ou réputé inscrit à l'Université et qui n'est pas citoyen canadien ni résident permanent.  
Toutefois, l'étudiant qui est citoyen canadien, qui vit à l'étranger et qui revient étudier au Québec sans y résider de façon permanente est considéré comme étudiant étranger aux termes du régime d'assurance collective.
- 6) Franchise : montant non remboursable, retenu annuellement par l'assureur sur les frais admissibles de la garantie complémentaire.
- 7) Hôpital : tout hôpital autorisé par la loi à fournir des soins et services hospitaliers à condition qu'il soit reconnu et couvert par une loi provinciale d'assurance hospitalisation (à l'extérieur du Canada, tout hôpital possédant un statut similaire).
- 8) Maladie : toute détérioration de la santé ou trouble de l'organisme constaté par un médecin, y compris la grossesse et toute complication en résultant ou un accouchement incluant une césarienne, ainsi que l'avortement thérapeutique effectué par un médecin.
- 9) Médecin : tout médecin légalement autorisé à pratiquer la médecine.
- 10) Preneur / Université : les établissements universitaires participant à l'assurance collective.
- 11) Programme d'accompagnement patient : désigne le programme offrant du support à la personne assurée pour faciliter la gestion de sa condition médicale et la prise de ses médicaments.

**Exclusion :** Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

- 12) Programme de soutien aux patients : désigne le programme en vertu duquel les fabricants de certains médicaments offrent des services d'information, de formation et d'aide financière à la personne assurée à qui le médicament est prescrit.

**Exclusion :** Si la personne assurée refuse de participer au programme, elle pourrait ne pas être admissible au remboursement du médicament.

- 13) Réseau de fournisseurs privilégiés : l'assureur peut sélectionner des fournisseurs pour la distribution de certains médicaments et produits et peut restreindre les prestations pour des frais admissibles engagés auprès d'un autre fournisseur.
- 14) Sous-traitant : la compagnie qui fournit le service de télémédecine.
- 15) Urgence : le fait d'avoir besoin d'un traitement médical immédiat pour le soulagement d'une douleur ou souffrance aiguë par suite d'une maladie ou blessure imprévisible et inattendue survenant au cours d'un séjour à l'extérieur du Québec et que ledit traitement médical ne peut être reporté au retour de l'adhérent dans sa province de résidence.

## 2. ADMISSIBILITÉ –

Tout étudiant étranger est admissible à l'assurance.

## 3. PARTICIPATION –

La participation est obligatoire pour tout étudiant étranger admissible et prend effet à la date de son inscription à l'Université.

Cependant, tout étudiant étranger admissible est exempté de participer s'il démontre dans les délais requis et à la satisfaction de l'Université la preuve d'assurance maladie ou hospitalisation accordée en tant que boursier d'organisme ou la preuve de son admissibilité à une entente de réciprocité en matière de santé et de sécurité sociale.

## 4. PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE –

La date de prise d'effet de l'assurance de l'adhérent est indiquée sur la demande d'adhésion fournie par l'Université. Cependant, pour le nouvel étudiant qui a en mains une lettre confirmant son admission à l'Université, l'assurance à son égard prend effet le 15 du mois précédant le début du trimestre d'entrée à l'Université ou si postérieure, à la date de son arrivée au Québec.



## 5. GÉNÉRALITÉS –

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour lui-même à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse, il a droit au remboursement des frais admissibles engagés à cet égard, sous réserve des dispositions suivantes :

- Le montant de remboursement par adhérent est sujet à un maximum viager de 1 500 000 \$.
- En cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation aux États-Unis seulement, l'adhérent doit communiquer avec le service d'assistance-voyage « Assistel » dans les 48 heures qui suivent l'hospitalisation.
- Les frais couverts en vertu des présentes garanties sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services prescrits par un médecin et qui sont nécessaires au traitement de l'adhérent. Les fournitures doivent être acquises et les soins ou services dispensés alors que le présent contrat est en vigueur. Les frais relatifs aux soins, services et fournitures couverts doivent être conformes aux normes raisonnables et habituelles de la pratique courante des professions de la santé en cause.
- Concernant les professionnels de la santé, seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou des traitements dispensés par un professionnel de la santé qui est membre en règle de la corporation professionnelle pertinente aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'une telle corporation, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas habiter ordinairement dans la résidence de l'adhérent ni être parent avec lui. Sauf pour un médecin et un infirmier à l'hôpital, un seul traitement ou une seule consultation par jour, par le même professionnel, est couvert pour le même adhérent.

## 6. PRESTATIONS –

### 1) GARANTIE DE BASE

#### Médicaments

Les premiers 3 750 \$ de frais admissibles de médicaments engagés au cours d'une même année d'assurance sont remboursés à 80 % et l'excédent à 100 %, sans franchise.

- a) Les médicaments et autres produits que le Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec couvrirait à l'égard des adhérents s'ils n'étaient pas couverts en vertu d'une assurance collective et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien.
- b) Les médicaments prescrits en cours de traitement ne doivent en aucun cas excéder la quantité nécessaire pour un mois.

- c) À moins d'être couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec, certains médicaments prescrits par un médecin ne sont pas remboursables, dont :

produits en vente libre; vitamines, minéraux; médicaments pour enrayer l'habitude du tabac; produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle; substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif; médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence; produits homéopathiques ou dits naturels; suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; écrans solaires; médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro; hormones de croissance; injections sclérosantes.

### MÉDICAMENTS EXIGEANT UNE AUTORISATION PRÉALABLE

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

- a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et
- b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

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

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

### PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PATIENT ET PROGRAMME DE SOUTIEN AUX PATIENTS

L'assureur peut exiger que la personne assurée participe à ces programmes.



## **Autres frais admissibles**

Les autres frais admissibles de la garantie de base sont remboursés à 100 %, sans franchise.

### **a) Frais hospitaliers**

Les frais engagés lors d'un séjour à l'hôpital, jusqu'à concurrence du tarif d'une salle commune, selon le barème applicable aux citoyens étrangers, y compris tous les frais médicaux pertinents, jusqu'à concurrence de 60 jours par maladie ou blessure, par année d'assurance. Toutefois, en cas de maladie mentale, les frais lors d'un séjour à l'hôpital sont couverts jusqu'à concurrence de 30 jours par année d'assurance, que le séjour ait lieu ou non dans une unité psychiatrique.

En cas d'hospitalisation ou de chirurgie non urgentes, une autorisation préalable de l'assureur est toujours requise. En cas d'urgence, la personne assurée doit communiquer avec l'assureur dès qu'elle est en mesure de le faire.

Les frais engagés pour un traitement comme patient externe à un hôpital.

### **b) Médecins**

Les honoraires de médecins ou chirurgiens, jusqu'à concurrence du montant prévu au Manuel des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes, tel que publié par le régime gouvernemental d'assurance maladie de la province de résidence de l'adhérent.

### **c) Psychiatrie**

En l'absence d'hospitalisation, les frais pour le traitement de problèmes psychiatriques, jusqu'à concurrence de 20 000 \$ par adhérent, par année d'assurance.

### **d) Examen de la vue**

Les frais d'examen par un optométriste ou ophtalmologiste licencié, jusqu'à concurrence de 75 \$ par adhérent, par année d'assurance.

**e) Maternité**

Les frais raisonnables engagés relatifs à une grossesse et toute complication s'y rattachant, ou à un accouchement, y compris une césarienne et les frais hospitaliers pour la pouponnière. Les frais raisonnables engagés pour des soins de néonatalogie qui sont médicalement nécessaires pour l'enfant, à condition que l'adhérente communique avec l'assureur à cet effet dans les 10 jours suivant la date de l'accouchement. Les frais pour les soins de néonatalogie et les frais hospitaliers pour la pouponnière sont couverts pendant un maximum global de 40 jours suivant la date de l'accouchement.

Si l'adhérente n'était pas assurée en vertu d'une garantie semblable au Canada au cours de l'année précédant son adhésion à la présente assurance, les frais relatifs à sa grossesse ne seront couverts que si l'accouchement est prévu plus de 30 semaines après son adhésion. Cette restriction ne s'applique pas en cas d'avortement spontané ou d'accouchement prématuré si l'enfant a été conçu dans les six semaines précédant ou suivant la date d'adhésion.

Les frais d'avortement thérapeutique pratiqué par un médecin et les frais reliés à une interruption volontaire de grossesse, soit un avortement médical ou un avortement chirurgical, pratiquée par un médecin selon les critères d'admissibilité de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Il est recommandé de se munir d'une assurance médicale pour l'enfant avant sa naissance.

**f) Radiologie et examens de laboratoire**

Les frais raisonnables et habituels pour les radiographies et les examens de laboratoire à des fins diagnostiques.

Pour un examen sanguin spécifique ou un examen radiologique spécifique, tel que scanner, résonance magnétique, tacco, mammographie, il est obligatoire, avant d'engager ces frais, d'obtenir l'autorisation de l'assureur.

**g) Ambulance**

Les frais raisonnables et habituels de transport par ambulance licenciée du lieu de l'accident ou de la maladie à l'hôpital le plus proche si la condition de l'adhérent rend impossible l'utilisation d'un autre moyen de transport.

**h) Soins dentaires en cas d'accident**

Les frais pour le traitement de blessures à des dents naturelles et saines, administré par un dentiste ou un chirurgien dentiste dans les 180 jours suivant l'accident, jusqu'à concurrence de 1 500 \$ par adhérent, par année d'assurance. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

**i) Stérilet**



Les frais pour les stérilets sont admissibles à un remboursement.

**j) Produits anesthésiants**

Les produits anesthésiants ainsi que les honoraires de médecin relatifs à leur administration lors d'une intervention qui a lieu ou non à l'hôpital.

**k) Dialyse rénale**

Les frais médicaux et hospitaliers engagés pour la dialyse rénale jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ par adhérent.

**l) VIH**

Les frais liés au traitement d'une infection au VIH, avec ou sans symptôme, du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du parasida (ARC) ou à la présence du VIH, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 10 000 \$ par adhérent.

**m) Hors Québec**

Les frais médicaux raisonnables et habituels admissibles engagés par l'adhérent pendant un séjour à l'extérieur du Québec seront remboursés à condition qu'un médecin ait recommandé le **traitement d'urgence** d'une blessure ou d'une maladie subite et inattendue de l'adhérent survenue au cours d'un voyage d'une durée maximale de :

- i) 14 jours aux États-Unis, au Canada ou dans son pays de résidence permanente;
- ii) 120 jours dans un pays offrant une activité de formation reconnue par l'Université et à laquelle l'adhérent participe.

Si le séjour hors du Québec excède la durée maximale, la protection de l'adhérent est interrompue et ne reprend qu'à la date de son retour au Québec.

Les frais admissibles n'excéderont pas les frais raisonnables et habituels remboursables en vertu d'un régime gouvernemental d'assurance maladie dans la province de résidence de l'adhérent pendant son inscription dans un établissement d'enseignement canadien reconnu.



Les frais médicaux d'urgence admissibles pendant un séjour à l'extérieur du Québec comprennent :

- i) les frais pour séjour en salle commune et autres produits et services fournis par l'hôpital;
- ii) les soins prodigués par un médecin ou par un chirurgien licencié;
- iii) les soins dispensés à titre de patient externe;
- iv) les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance d'un médecin;
- v) le transport par ambulance requis par l'état de santé;
- vi) tout autre produit et service nécessaire du point de vue médical et normalement couvert au titre des garanties du contrat général.

Toutes exclusions, restrictions et franchises en vertu des garanties de base et complémentaire s'appliquent aux frais engagés par l'adhérent séjournant à l'extérieur du Québec.

En cas d'urgence médicale ou d'hospitalisation, avant d'engager des frais, l'adhérent doit communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage « Assistel ». Manquer à cette obligation peut limiter les frais remboursables à 50 000 \$ aux États-Unis.

**n) Service d'assistance-voyage**

Si un adhérent doit engager des frais pour le traitement d'une maladie ou d'une blessure au Québec, ou s'il engage des frais pour le traitement d'urgence d'une blessure ou d'une maladie subite et inattendue à l'extérieur du Québec, cet adhérent pourra communiquer en tout temps avec notre service d'assistance-voyage « Assistel » qui prendra les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants, s'il y a lieu :

- i) assistance téléphonique sans frais 24 heures sur 24;
- ii) orientation vers des médecins ou des établissements de santé;
- iii) aide pour l'admission à l'hôpital;
- iv) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné, selon les critères prévus au contrat;
- v) rapatriement de l'adhérent dans son pays de résidence, dès que son état de santé le permet, comme prévu au contrat;



- vi) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- vii) règlement des formalités en cas de décès, tel que prévu au contrat;
- viii) envoi d'aide médicale et de médicaments si l'adhérent se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transporté;
- ix) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- x) transmission de messages aux proches de l'adhérent en cas d'urgence;
- xi) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

**o) Rapatriement en cas de soins complexes et continus**

Si le diagnostic indique que l'état de santé de l'adhérent nécessite une hospitalisation de longue durée pour soins complexes et continus, sous réserve de l'approbation du médecin traitant de l'adhérent et du médecin consultant de l'assureur, les frais raisonnables et courants pour rapatrier l'adhérent dans son pays de résidence permanente par un moyen de transport convenable, jusqu'à concurrence de 10 000 \$.

Advenant que l'adhérent n'accepte pas la décision de l'assureur de se faire rapatrier dans son pays de résidence permanente, l'assurance cesse après la date de rapatriement proposée.

**p) Rapatriement en cas de décès**

Advenant le décès de l'adhérent, l'assureur rembourse les frais de préparation et de transport de la dépouille de l'adhérent à son pays de résidence permanente, y compris les frais d'ambulance et de séjour à la morgue, jusqu'à concurrence de 15 000 \$.

**2) GARANTIE COMPLÉMENTAIRE**

Les frais admissibles de la garantie complémentaire sont remboursés à 100 %, en excédant d'une franchise de 50 \$ par année d'assurance.

**a) Physiothérapeute**

Les frais raisonnables et habituels d'un physiothérapeute licencié aux fins de traitement de physiothérapie, jusqu'à concurrence de 750 \$ par adhérent, par année d'assurance. Une seule visite par jour est admissible.

**b) Chiropraticien**

Les frais raisonnables et habituels d'un chiropraticien agréé et des examens radiologiques aux fins de traitement, jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance. Une seule visite par jour est admissible.

**c) Ostéopathe**

Les frais raisonnables et habituels d'un ostéopathe agréé, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance. Une seule visite par jour est admissible.

**d) Podiatre**

Les frais raisonnables et habituels d'un podiatre, y compris les radiographies et les analyses de laboratoire aux fins diagnostiques, jusqu'à concurrence de 500 \$ par adhérent, par année d'assurance. Une seule visite par jour est admissible.

**e) Psychologue**

Les frais raisonnables et habituels engagés pour les soins d'un psychologue licencié jusqu'à concurrence de 1 000 \$ par adhérent, par année d'assurance. Une seule visite par jour est admissible.

**f) Soins infirmiers**

Les frais raisonnables et courants pour les services d'un infirmier diplômé qui ne réside pas normalement avec l'adhérent et qui n'est pas membre de la famille immédiate de l'adhérent, du conjoint ou des enfants à charge et sous réserve que les soins sont prescrits par un médecin ou par un chirurgien légalement licencié.

Les frais ne doivent pas excéder le tarif quotidien pour un séjour en salle commune à l'hôpital. Les soins doivent être dispensés où habite l'adhérent et doivent expressément remplacer une hospitalisation. Les frais sont limités à 60 jours par blessure, maladie ou accident par adhérent, par année d'assurance.

**g) Autres services et produits**

Les frais courants pour la location d'appareils médicaux légers approuvés au préalable par l'assureur, tels que béquilles, plâtres, attelles, cannes, écharpes, bandages herniaires, appareils orthopédiques et déambulateurs.

Ces appareils doivent être prescrits par le médecin traitant et être nécessaires du point de vue médical. Le montant de la location ne doit pas excéder le prix d'achat.



Les frais raisonnables et courants engagés en vue d'obtenir du sang entier, du plasma sanguin ou de l'oxygène, y compris la location de l'équipement servant à leur administration.

Fauteuil roulant : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé.

Lit d'hôpital : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

## 7. EXCLUSIONS –

Aucunes prestations ne sont payables pour les frais engagés directement ou indirectement pour ce qui suit :

- 1) les prothèses auditives, lunettes, lentilles cornéennes, prothèses dentaires ou membres artificiels;
- 2) tout vol aérien autre que comme passager dans un transporteur public licencié pour le transport de passagers contre rémunération;
- 3) tout examen annuel médical (régulier ou non) excluant une visite ayant pour objet la contraception;
- 4) tout examen médical demandé par un tiers, y compris les examens médicaux aux fins d'immigration, les consultations téléphoniques auprès d'un médecin, l'acupuncture, les drogues au stade expérimental, les médicaments ou vaccins préventifs;
- 5) les frais engagés pour tout ce qui est implanté chirurgicalement;
- 6) les appareils robotisés d'aide à la marche;
- 7) tout traitement et chirurgie élective, c'est-à-dire qui ne requiert pas d'être planifié dans l'immédiat, qui peut attendre;
- 8) toute chirurgie plastique ou esthétique;
- 9) tout traitement ou toute chirurgie ou intervention bucco-dentaire, sous réserve des dispositions prévues en cas d'accident;
- 10) la guerre civile ou étrangère, les actes d'ennemis étrangers, les hostilités (déclarées ou non), la rébellion, la révolution, l'insurrection ou le pouvoir militaire;
- 11) la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte illégal ou d'un acte criminel;



- 12) la transplantation d'organe ou de moelle osseuse;
- 13) les soins considérés comme expérimentaux et que l'Association médicale canadienne ne reconnaît pas comme étant d'usage courant;
- 14) les soins dans un centre de réhabilitation, dans une maison de convalescence ou des vacances en vue de rétablir la santé;
- 15) les traitements d'orthophonie et de thérapie du langage;
- 16) les services diététiques, sauf dans le cas du diabète;
- 17) les services de naturopathie ou de massothérapie;
- 18) le traitement ou une intervention chirurgicale subi au cours d'un voyage, si ce voyage a été entrepris en vue d'obtenir des services médicaux ou hospitaliers, que ce voyage ait été recommandé par un médecin ou non;
- 19) tout traitement ou toute hospitalisation lié à une rechute de la maladie pour laquelle un adhérent aurait déjà été rapatrié dans son pays de résidence permanente;
- 20) les médicaments, les hormones, les produits et les injections servant au traitement de l'obésité;
- 21) tous les frais reliés au traitement de l'infertilité;
- 22) tous les frais reliés au traitement de dysfonctions sexuelles;
- 23) les médicaments et les autres produits que le Régime général d'assurance médicaments du gouvernement du Québec ne couvre pas;
- 24) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;
- 25) les frais engagés pour des soins, produits ou médicaments qui font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur.

Les prestations peuvent être limitées ou aucun remboursement effectué pour des soins, médicaments ou produits disponibles dans le réseau de fournisseurs privilégiés mais obtenus d'un autre fournisseur.



Exclusions applicables aux médicaments exigeant une autorisation préalable : L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

Restrictions additionnelles applicables aux médicaments : L'assureur se réserve le droit d'appliquer des restrictions au remboursement de médicaments pour lesquels un médicament équivalent moins cher existe sur le marché.

Limitations additionnelles applicables aux médicaments : Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments. Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

- 1) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.
- 2) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

## **8. ÉTENDUE DE LA PROTECTION –**

La protection de l'adhérent s'applique au Québec, 24 heures par jour. La protection s'applique également en cas d'urgence lors de séjour temporaire hors du Québec.

## **9. ÉTATS DE SANTÉ PRÉEXISTANTS –**

Les frais engagés pour toute maladie, blessure ou grossesse dont les symptômes se sont manifestés avant la date de début d'assurance et pour lesquels l'adhérent a consulté un professionnel de la santé ou a reçu un traitement médical, des soins, des services médicaux ou de la médication :

- 1) au cours de la période de 3 mois précédant le début de l'assurance; ou
- 2) pendant la période de 12 mois suivant le début de l'assurance,



sont admissibles jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 25 000 \$ par adhérent, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe e) Maternité, de la garantie de base.

L'asthme, l'épilepsie et le diabète ne sont pas considérés être des états de santé préexistants.

Tout arrêt ou pause d'études au cours d'une session scolaire ou d'un programme d'études entraîne la suspension de l'assurance de l'étudiant et la perte de son admissibilité à l'assurance. En conséquence, un étudiant qui adhère par la suite de nouveau à l'assurance sera assujéti à la présente disposition et aux limitations s'appliquant aux états de santé préexistants.

#### **10. LIMITATION DE LA GARANTIE –**

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par la présente police, les dispositions de cette police continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu de cette police soient modifiés en conséquence. La même règle s'appliquera dans le cas d'une augmentation des tarifs maxima applicables aux frais hospitaliers, lorsque cette augmentation sera supérieure à la dernière augmentation des rentes de retraite payables par la Régie des rentes du Québec.

#### **11. COORDINATION DES PRESTATIONS –**

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance ou de toute loi sociale en vigueur dans la province de résidence de l'adhérent, ce dernier a droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles l'adhérent aurait eu droit si une demande de règlement avait été soumise à son égard.

#### **12. MODIFICATION DE LA PRIME –**

L'assureur peut modifier les taux de prime à la date de renouvellement des taux mentionnée à la première page de la police ou à chaque période de 12 mois par la suite à la condition d'en aviser par écrit le preneur au moins 120 jours à l'avance. De plus, aucune augmentation ne peut s'appliquer moins de 12 mois après l'augmentation précédente.

#### **13. FIN DU CONTRAT –**

- 1) Le contrat prend fin à 24 h,



- a) le dernier jour du délai de grâce prévu si la prime payable en vertu de ce contrat n'est pas payée à cette date;
  - b) sur avis écrit du preneur à l'assureur, à la dernière des dates suivantes :
    - i) la date indiquée dans l'avis écrit;
    - ii) le dernier jour du mois au cours duquel l'avis écrit parvient au siège social de l'assureur;
  - c) le dernier jour de toute année d'assurance si l'assureur envoie un avis écrit au preneur au moins 120 jours avant la fin de l'année d'assurance;
  - d) sur avis écrit de l'assureur au preneur, le dernier jour du délai de grâce prévu si, à cette date,
    - i) la cotisation du preneur est inférieure à 25 % de la prime;
    - ii) le nombre d'adhérents est inférieur à 25.
- 2) Le preneur doit verser à l'assureur une prime proportionnelle pour la période écoulée depuis la date d'échéance de la dernière prime jusqu'à la date de la fin du contrat.

#### **14. CESSATION DE L'ASSURANCE DE L'ADHÉRENT –**

L'assurance d'un adhérent cesse à la première des dates suivantes :

- 1) la date d'expiration de la période couverte par les primes versées à l'assureur au nom de l'adhérent;
- 2) la date à laquelle l'étudiant étranger est admis à un régime gouvernemental de soins médicaux au Canada;
- 3) nonobstant le point 4) ci-dessous, la date coïncidant à la quinzième (15<sup>e</sup>) journée d'un séjour à l'extérieur du Québec passé aux États-Unis, au Canada ou dans son pays de résidence, sans égard au but du voyage;
- 4) la date coïncidant à la cent vingt-et-unième (121<sup>e</sup>) journée d'un séjour à l'extérieur du Québec alors qu'il participe à une activité de formation reconnue par l'Université;

Cependant, dans tous les cas mentionnés aux paragraphes 3) et 4), l'assurance est rétablie au retour de l'adhérent au Québec;

- 5) la date à laquelle l'étudiant étranger quitte définitivement le Québec;





- 6) le premier jour du mois suivant le soixante-cinquième (65<sup>e</sup>) anniversaire de naissance de l'adhérent;
- 7) la date à laquelle l'étudiant n'est plus inscrit à l'Université;
- 8) la date de terminaison du contrat d'assurance.

#### **15. RENSEIGNEMENTS –**

Le preneur doit fournir à l'assureur une liste indiquant le nom, l'adresse, le sexe, la date de naissance, le numéro de dossier, la langue de correspondance, le pays d'origine ou de résidence permanente et la date de début et de fin de l'assurance de chaque adhérent ainsi que tout autre renseignement nécessaire à la gestion du contrat et, par la suite, aviser l'assureur de toute modification à cette liste. De plus, le preneur autorise l'assureur à examiner ses registres et dossiers.

Le preneur doit informer les personnes admissibles et les personnes assurées de leurs droits et obligations en vertu de ce contrat de même que de toute modification qui y est apportée.

#### **16. DÉLAI DE GRÂCE –**

L'assureur accorde un délai de 30 jours (90 jours pour les comptes CQ178, DQ178, EQ178, HQ178, JQ178, KQ178, LQ178 et NQ178) pour le paiement de toute prime échue, à l'exception de la première.

#### **17. ATTESTATION D'ASSURANCE –**

L'assureur remet une attestation d'assurance à l'adhérent par l'entremise du preneur.

#### **18. MONNAIE –**

Tout paiement prévu dans ce contrat est effectué en monnaie canadienne.

#### **19. CONTRAT –**

Cette police, la proposition du preneur dont une copie est annexée, les demandes d'adhésion et les preuves d'assurabilité des personnes assurées ainsi que les avenants constituent le contrat entre les parties.

#### **20. DEMANDE DE PRESTATIONS –**

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Des formulaires sont disponibles au siège social de l'assureur et auprès de la personne responsable de l'assurance collective de l'Université à laquelle l'adhérent est inscrit.



Toutes les prestations sont payables en monnaie canadienne, à l'adhérent lui-même. Toutefois, lorsque la demande de règlement porte sur un compte non acquitté de frais couverts, les prestations sont versées au pourvoyeur des services qui font l'objet de la demande de règlement.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit aux prestations.

## **21. LOIS APPLICABLES ET JURIDICTION –**

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

Cette police, son interprétation, son exécution, son application, sa validité et ses effets sont assujettis aux lois qui sont en vigueur au Canada et dans la province et qui régissent en partie ou en totalité l'ensemble des dispositions qu'elle contient.

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

## **22. SERVICES ADDITIONNELS –**

### **SERVICE DE TÉLÉMÉDECINE**

Le service de télémédecine consiste en un accès exclusivement virtuel à une infirmière praticienne ou à un médecin via une application mobile et une plate-forme web sécurisées. Ce service permet certaines prestations de santé à distance et l'échange de l'information s'y rapportant entre le sous-traitant et la personne assurée, par le biais des télécommunications et des technologies. Il constitue un outil qui permet d'améliorer la santé, la productivité et la présence au travail. L'objectif est de fournir rapidement et en toute confidentialité des ressources professionnelles aux adhérents et leurs personnes à charge couvertes pour les aider à résoudre divers types de problèmes.

Ce service est rendu par des infirmières praticiennes ou par des médecins qui se conforment aux directives de leur ordre professionnel respectif, y compris celles spécifiques et applicables à la télémédecine.

Le service de télémédecine est offert dans le cadre des régimes de base et complémentaire de la présente police, à l'adhérent et à ses personnes à charge admissibles qui sont couverts en vertu de cette garantie, peu importe le type de protection.



Lorsque l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admissibles utilise le service de télémedecine offert par le sous-traitant et décrits ci-après, la personne assurée n'a rien à déboursier, sous réserve de toute limitation s'y rapportant. Des pièces justificatives sont nécessaires pour l'utilisation de ce service, notamment à des fins d'identification de la personne assurée et pour le renouvellement d'une ordonnance.

### Services offerts

Les services offerts, s'ils sont médicalement appropriés, comprennent notamment :

- 1) le triage, selon les symptômes de la personne assurée;
- 2) le diagnostic des problèmes médicaux communs;
- 3) les avis médicaux et conseils de santé;
- 4) la rédaction d'ordonnances, de renouvellements d'ordonnance, de demandes de tests de laboratoire et de demandes d'examens d'imagerie;
- 5) la référence à des spécialistes ou à des professionnels de la santé;
- 6) la production d'un billet médical pour prescrire une absence du travail d'une durée maximale de 3 jours, si la condition de la personne assurée le requiert.

Les problèmes médicaux communs peuvent inclure, sans s'y limiter :

- 1) les maladies courantes telles que rhume, grippe, infections, troubles digestifs, blessures légères, problèmes cutanés et allergies;
- 2) les suivis post-examens tels que résultats de radiographie et d'analyses de laboratoire;
- 3) la gestion des maladies chroniques telles que le diabète, l'hypertension et les problèmes cardiaques;
- 4) certains problèmes de santé mentale;
- 5) les questions relatives à l'anémie, à l'abandon du tabac, à la perte de poids et à la médecine de voyage.



### Limitations

Le service de télémedecine offerts est assujetti aux limitations et conditions réglementaires associées à la télémedecine applicables dans la province de résidence de la personne assurée.

Certains problèmes médicaux ne sont pas pris en charge par le service de télémedecine, notamment lorsqu'ils sont reliés à un accident du travail, à un accident de la route ou à la gestion d'une invalidité.

