

Assuré: M. ABC
N° Contrat: XXXXX
N° de certificat: Xxx xxx xxx

Assistance soins à domicile

Contrat d'assurance
Assistance soins à domicile

Délai de 10 jours pour examen

Dans les 10 jours qui suivent la réception du présent contrat, vous pouvez nous le retourner ou le retourner au représentant de qui vous l'avez acheté. La prime versée vous sera alors remboursée, et le contrat sera réputé nul depuis la date d'émission

Signé au siège social de la Compagnie, Drummondville, Québec, Canada



Eric Timmons, Secrétaire



Christian Mercier, Président-directeur général

Description de la police
Nom et adresse du propriétaire

M. ABC
3 Rue Turgeon
Ste-Thérèse, Qc, J7E 3H2

No. de contrat :

XXXXX

No. de certificat :

XXX XXX XXX

Date de renouvellement: 15 Septembre de chaque année

Assuré (s)

Assuré	Nom	Âge à l'émission
	M. ABC	61

Produit	Assurance soins à domicile
Date d'émission	15-09-2020

Sommaire des garanties et primes

Description	Date d'émission	Prime mensuelle
Assistance soins à domicile		
Plan 1	15-09-2020	62.32 \$

Prime mensuelle totale :	62.32 \$
Prime annuelle totale :	747.84 \$

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

RÉGIME 1

Sommaire des garanties

Protection	Coassurance	Maximum annuel
------------	-------------	----------------

Bloc I

Prestations payables si la personne assurée est dépendante sur le plan fonctionnel

Soins de professionnels

Audiologiste	90 %	1 250 \$ par année civile
Diététiste	90 %	1 250 \$ par année civile
Naturopathe ou ostéopathe	90 %	1 250 \$ par année civile
Ergothérapeute	90 %	1 250 \$ par année civile
Physiothérapeute	90 %	1 250 \$ par année civile
Podiatre ou podologue	90 %	1 250 \$ par année civile
Thérapeute respiratoire	90 %	1 250 \$ par année civile
Orthophoniste	90 %	1 250 \$ par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Système de surveillance	100 %	1 000 \$ par année civile
Indemnité de déménagement	100 %	1 000 \$ à vie 10 000 \$ à vie
Transformation de la résidence	100 %	10 000 \$ à vie
Repas	100 %	500 \$ par mois
Achat ou location d'équipements	100 %	Sans limite
Répit (Soins de relève)	100 %	3 000 \$ par année civile
Frais de déplacement	100 %	750 \$ par année
Soutien pour aidant naturel	100 %	1 250 \$ par année
Infirmier personnel ou préposé aux services de soutien à la personne	100 %	75 \$ par jour, maximum de 200 jours par année civile

Autres frais

Couverts à 90 %

Chaussures orthopédiques	90 %	Sans limite
Prothèses mammaires externes requises par suite d'une mastectomie	90 %	300 \$ par période de 24 mois
Fournitures requises par suite d'une colostomie, iléostomie ou urostomie	90 %	Sans limite
Neurostimulateur transcutané (TENS)	90 %	500 \$ par période de 36 mois
Achat de bandelettes réactives, seringues et aiguilles; accessoires pour diabétiques, dextromètre ou glucomètre	90 %	Sans limite
Prothèses auditives	90 %	500 \$ par période de 36 mois
Perruques (requises par suite d'un état pathologique ou d'une chimiothérapie)	90 %	300 \$ à vie
Bas pour le traitement ou la prévention de varices et de phlébites	90 %	2 paires par année civile
Brumisateur (Maximist), y compris les masques, ou appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP)	90 %	500 \$ à vie
Location, achat, réparation d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un lit d'hôpital (matelas exclus), d'un respirateur ou de béquilles	90 %	5 000 \$ à vie
Fournitures médicales	90 %	1 500 \$ par année
Fournitures pour l'incontinence (vessie ou intestin)	90 %	1 500 \$ par année

Prestations payables en cas de maladie ou d'accident

Bloc II

Hospitalisation et services ambulanciers

Hospitalisation	100 %	Chambre à 2 lits, 150 \$/jour, max. à vie de 180 jours. Si aucune chambre à 2 lits n'est libre, 50 \$ par jour d'hospitalisation, à partir du 2e jour d'hospitalisation
Hôpital pour convalescents	100 %	Chambre à 2 lits, 50 \$/jour, max. à vie de 120 jours
Ambulance	100 %	Sans limite
Ambulance aérienne	100 %	5 000 \$
Services diagnostiques de laboratoire et de radiologie	100 %	Sans limite
Imagerie résonnance magnétique (IRM)	100 %	750 \$ par année civile
Soins dentaires requis par suite d'un accident	100 %	5 000 \$
Best Doctors		Inclus

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

RÉGIME 2

Sommaire des garanties

Protection	Coassurance	Maximum annuel
------------	-------------	----------------

Bloc I

Prestations payables si la personne assurée est dépendante sur le plan fonctionnel

Soins de professionnels

Audiologiste	100 %	1 500 \$ par année civile
Diététiste	100 %	1 500 \$ par année civile
Naturopathe ou ostéopathe	100 %	1 500 \$ par année civile
Ergothérapeute	100 %	1 500 \$ par année civile
Physiothérapeute	100 %	1 500 \$ par année civile
Podiatre ou podologue	100 %	1 500 \$ par année civile
Thérapeute respiratoire	100 %	1 500 \$ par année civile
Orthophoniste	100 %	1 500 \$ par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Système de surveillance	100%	1 000 \$ par année civile
Indemnité de déménagement	100 %	1 000 \$ à vie
Transformation de la résidence	100 %	15 000 \$ à vie
Repas	100 %	700 \$ par mois
Achat ou location d'équipements	100 %	Sans limite
Répit (Soins de relève)	100 %	3 000 \$ par année civile
Frais de déplacement	100 %	750 \$ par année
Soutien pour aidant naturel	100 %	1 500 \$ par année
Infirmier personnel ou préposé aux services de soutien à la personne	100 %	75 \$ par jour, maximum de 200 jours par année civile

Autres frais

Couverts à 100 %

Chaussures orthopédiques	100 %	Sans limite
Prothèses mammaires externes requises par suite d'une mastectomie	100 %	300 \$ par période de 24 mois
Fournitures requises par suite d'une colostomie, iléostomie ou urostomie	100 %	Sans limite
Neurostimulateur transcutané (TENS)	100 %	500 \$ par période de 36 mois
Achat de bandelettes réactives, seringues et aiguilles; accessoires pour diabétiques, dextromètre ou glucomètre	100 %	Sans limite
Prothèses auditives	100 %	500 \$ par période de 36 mois
Perruques (requises par suite d'un état pathologique ou d'une chimiothérapie)	100 %	300 \$ à vie
Bas pour le traitement ou la prévention de varices et de phlébites	100 %	2 paires par année civile
Brumisateur (Maximist), y compris les masques, ou appareil de ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP)	100 %	500 \$ à vie
Location, achat, réparation d'un fauteuil roulant non motorisé, d'un lit d'hôpital (matelas exclus), d'un respirateur ou de béquilles	100 %	7 500 \$ à vie
Fournitures médicales	100 %	1 500 \$ par année
Fournitures pour l'incontinence (vessie ou intestin)	100 %	1 500 \$ par année

Prestations payables en cas de maladie ou d'accident

Bloc II

Hospitalisation et services ambulanciers

Hospitalisation	100 %	Chambre à 2 lits, 200 \$/jour, max. à vie de 180 jours. Si aucune chambre à 2 lits n'est libre, 50 \$ par jour d'hospitalisation, à partir du 2e jour d'hospitalisation
Hôpital pour convalescents	100 %	Chambre à deux lits, 60 \$/jour, max. à vie de 120 jours
Ambulance	100 %	Sans limite
Ambulance aérienne	100 %	5 000 \$
Services diagnostiques de laboratoire et de radiologie	100 %	Sans limite
Imagerie résonnance magnétique (IRM)	100 %	750 \$ par année civile
Soins dentaires requis par suite d'un accident	100 %	5 000 \$
Best Doctors		Inclus

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

TABLE DES MATIÈRES

DESCRIPTION DE LA POLICE	3
SOMMAIRE DES GARANTIES	5
DISPOSITIONS GÉNÉRALES/CONDITIONS LÉGALES	
CONTRAT	9
DÉFINITIONS	9
MODIFICATION.....	11
MODE DE PAIEMENT DES PRIMES	11
MONNAIE ET LIEU DE PAIEMENT.....	12
PRIMES DU CONTRAT.....	12
PÉRIODE DE PAIEMENT DES PRIMES.....	12
DÉLAI DE GRÂCE DE L'ASSURÉ	12
DÉCHÉANCE	12
ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLICE	12
REMISE EN VIGUEUR	12
CESSION OU GAGE	13
RÉSILIATION PAR LE PROPRIÉTAIRE	13
RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR	13
INCONTESTABILITÉ	13
DÉCLARATION ERRONÉE DE L'ÂGE OU DU SEXE.....	13
AVIS ET CORRESPONDANCE	13
AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION	14
ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	14
DROIT D'ANNULATION DE LA POLICE SANS FRAIS.....	14
ADMISSIBILITÉ	14
CESSATION DE L'ASSURANCE	14
RENOUVELLEMENT	15
RECOUVREMENT	15
RENONCIATION	15

SUBROGATION ET REMBOURSEMENT – RESPONSABILITÉ D’UN TIERS.....	15
---------------------------------------------------------------	----

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

DÉFINITIONS.....	16
OBJET DE LA GARANTIE.....	18
CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ À LA GARANTIE	18
FRAIS ADMISSIBLES	18
COORDINATION DES PRESTATIONS	23
EXONÉRATION DES PRIMES	23
EXCLUSIONS	23
AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION	23
BEST DOCTORS	24

AUTRES DOCUMENTS JOINTS

AVENANTS	
PROPOSITION	

DISPOSITIONS GÉNÉRALES/CONDITIONS LÉGALES

L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent contrat est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel.

CONTRAT

Le contrat comprend la police ainsi que tout avenant, toute modification et copie de toute proposition joints à la police. Si le contrat tombe en déchéance et est remis en vigueur par la suite, l'avis écrit de la remise en vigueur fait partie intégrante du contrat.

Les dispositions générales du contrat s'appliquent à chacune des garanties aux termes de ce contrat pourvu que ces dispositions ne soient pas incompatibles avec les modalités de chacune des garanties.

DÉFINITIONS

Dans la présente police, à moins d'indication contraire :

Accident signifie un événement soudain, fortuit et imprévisible causant, directement et indépendamment de toute autre cause, des blessures corporelles résultant exclusivement d'une cause externe de nature violente et non intentionnelle de la part de l'Assuré.

Âge signifie l'âge de l'Assuré à son dernier anniversaire de naissance à la date d'émission de la police ou de l'avenant le concernant, selon le cas, tel qu'indiqué dans la Description de la police.

Anniversaire de la police signifie l'anniversaire de la date d'émission de la police. Les années de la police se calculent à compter de la date d'émission de la police.

Assurabilité désigne l'état de l'Assuré qui rencontre les exigences de l'Assureur pour souscrire à cette police quant à l'admissibilité et l'état de santé.

Assuré signifie la personne assurée tel qu'indiqué dans la Description de la police.

Assureur désigne UV Assurance. UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de l'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

Avenant signifie tout document identifié comme « avenant » qui prévoit des garanties additionnelles souscrites par l'Assuré et qui est émis et approuvé par nous et fait partie intégrante de la police seulement s'il est indiqué dans la Description de la police.

Date d'émission signifie la date d'émission de la police ou de l'avenant, selon le cas, telle qu'indiquée dans la Description de la police.

Définition d'activités quotidiennes:

- a) **Se laver** signifie se laver, avec ou sans l'aide d'appareils et d'accessoires fonctionnels, dans une baignoire ou sous la douche, y compris prendre place dans la baignoire ou sous la douche et en sortir, ou se laver à l'aide d'une débarbouillette.

Se laver n'inclut pas la capacité d'atteindre le dos ou les pieds et de les laver.

- b) **S'habiller** signifie mettre, retirer, attacher et détacher, avec ou sans l'aide d'appareils et d'accessoires fonctionnels, des vêtements et des appareils orthopédiques médicalement nécessaires ou des membres artificiels. L'Assuré n'est pas dépendant sur le plan fonctionnel pour s'habiller si des retouches ou des modifications raisonnables apportées aux vêtements que l'Assuré porte habituellement permettaient à l'Assuré de s'habiller sans avoir besoin d'une aide physique considérable.
- c) **Utiliser les toilettes** signifie effectuer l'aller-retour aux toilettes, s'asseoir sur le siège des toilettes, se relever, avec ou sans l'aide d'appareils ou d'accessoires fonctionnels, et accomplir les activités connexes liées à l'hygiène personnelle.
- d) **Se déplacer** signifie se coucher, se lever d'un lit, s'asseoir, se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'appareils ou d'accessoires fonctionnels.
- e) **Se nourrir** signifie consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles fonctionnels.
- f) **Demeurer continent** signifie la capacité de maîtriser la fonction de miction (vessie) ou de défécation (intestin) ou encore de maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle (y compris les soins requis pour un cathéter ou une poche pour colostomie) si l'Assuré est incapable de maîtriser l'une ou l'autre fonction.

Dépendant sur le plan fonctionnel signifie que l'Assuré est incapable d'accomplir au moins deux activités quotidiennes, ou que ses facultés mentales sont détériorées ou qu'elle a besoin d'une aide physique immédiate pour se laver ou se déplacer. Pour être considéré comme étant dépendant au sur le plan fonctionnel, l'Assuré doit également, le cas échéant, suivre les traitements recommandés par un professionnel de la santé

Détérioration des facultés mentales (troubles cognitifs) signifie qu'il est nécessaire d'être constamment surveillé par une autre personne pour protéger la santé et la sécurité physiques en raison de la détérioration ou de la perte :

- de la mémoire à court terme;
- de l'orientation dans le temps et dans l'espace et de la capacité de reconnaître les personnes;
- de la capacité de raisonner; et
- de porter un jugement en ce qui a trait à la conscience du danger.

La détérioration des facultés mentales doit être causée par une maladie cérébrale d'origine organique, comme la maladie d'Alzheimer et la démence irréversible, ou par un traumatisme crânien. Le diagnostic doit être établi par un médecin.

Description de la police signifie l'information relative à la police et à tout avenant, le cas échéant, exposée dans les pages intitulées

« DESCRIPTION DE LA POLICE ».

Établissement désigne un centre de soins de longue durée qui offre des services d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance ainsi que des services psychologiques à l'Assuré souffrant d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychologique.

Hôpital désigne un centre hospitalier de courte durée, reconnu comme tel par la loi, qui dispense des soins et des traitements aux personnes malades ou blessées et qui offre des services de diagnostic, des services opératoires et une surveillance infirmière continue. Aux fins de cette définition, l'hôpital et établissement exclut les maisons pour personnes âgées, les maisons de convalescence, les cliniques médicales et les centres spécialisés dans le traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie et/ou de toute autre forme de dépendance.

Hospitalisation désigne une admission pour un séjour à l'hôpital :

- a) pour une durée d'au moins 18 heures pour des soins médicaux urgents; ou
- b) pour une chirurgie qui n'est pas principalement de nature esthétique.

Maladie signifie la détérioration de la santé ou le désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Médecin signifie un particulier qui détient une licence valide du Collège des médecins et chirurgiens de la province ou du territoire dans lequel il pratique au Canada ou une licence valide aux États-Unis pour pratiquer la médecine et traiter les maladies et les blessures et qui pratique dans le cadre de cette licence. Le terme médecin ne comprend ni l'Assuré, ni une personne qui est un membre de la famille immédiate de l'Assuré, ni un particulier qui détient toute autre licence ou diplôme lié au domaine de la santé.

« **Nous** », « **notre** » et « **nos** » l'Assureur aux termes de ce contrat.

Police signifie la présente police et exclut tout avenant et toute proposition d'assurance.

Proposition signifie toute proposition d'assurance jointe à la police.

Propriétaire signifie toute personne désignée comme tel dans la proposition.

Siège social signifie C.P. 696, Drummondville, Québec, J2B 6W9

Soins à domicile désigne des services de santé et de soins personnels prodigués à l'extérieur d'un établissement. Les soins à domicile signifient que l'Assuré est dépendant sur le plan fonctionnel et qu'elle vit dans une résidence privée ou un endroit qui ne correspond pas à la définition d'établissement dans le présent contrat.

Sommaire des garanties est le sommaire des garanties annexé à la présente police

Somme due signifie toute prime due et impayée sur le contrat.

« **Vous** », « **votre** » et « **vos** » désignent l'Assuré aux termes de ce contrat.

MODIFICATION

L'Assureur ne sera lié par aucune autre convention, promesse, proposition, représentation ou accord qui n'est pas explicitement contenu dans le contrat. Seul le président-directeur général de l'Assureur est autorisé à modifier le contrat et ses conditions et modalités, et ce, seulement par écrit. Aucun courtier, agent ou autre représentant n'a l'autorité de modifier quelque disposition du contrat.

MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Les primes sont payables à notre siège social ou à un représentant autorisé sur base annuelle ou mensuelle, sous réserve de nos règles administratives. La première prime est payable à la date d'émission. Chaque prime subséquente est payable à la fin de la période couverte par la prime précédente.

Vous pouvez, en tout temps, demander de changer le mode de paiement des primes indiqué dans la Description de la police, sous réserve de nos règles administratives.

MONNAIE ET LIEU DE PAIEMENT

Toutes les sommes que nous paierons ou que nous devons recevoir seront en dollars canadiens. Toute prime payable en vertu du contrat doit être remise à notre siège social ou un représentant autorisé.

PRIMES DU CONTRAT

Les primes annuelles de la police et de tout avenant, le cas échéant, sont indiquées dans la Description de la police et elles sont établies, en fonction des garanties choisies ainsi que du sexe et de l'âge atteint de l'Assuré lors de la signature de la proposition.

Annuellement, l'Assureur se réserve le droit de modifier les taux unitaires à la condition que les taux unitaires de contrats identiques soient modifiés.

PÉRIODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Les primes de la police et de tout avenant, le cas échéant, sont payables jusqu'aux dates indiquées dans la Description de la police.

DÉLAI DE GRÂCE DE L'ASSURÉ

Un délai de grâce de trente et un (31) jours est accordé pour le paiement des primes, sauf la première. Au cours de cette période, le contrat reste en vigueur, sous réserve de toute autre cause de résiliation ou d'annulation, mais aucune prestation n'est payable tant que la prime n'est pas payée.

DÉCHÉANCE

Le contrat tombe en déchéance et les obligations de l'Assureur en vertu du contrat prennent fin automatiquement si les primes dues demeurent impayées à la fin du délai de grâce.

ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA POLICE

La police entre en vigueur à la date d'acceptation par l'assureur à condition :

- a) qu'elle ait été acceptée sans aucune modification;
- b) que la première prime ait été payée en vertu de la police; et
- c) que tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition demeurent complets et exacts à la date à laquelle la proposition est approuvée par nous ou à la date d'émission de la police, si plus tardive.

Si la police est acceptée avec des modifications, cette dernière entrera en vigueur à la date de délivrance à l'Assuré, pourvu que l'état de santé de l'Assuré n'ait pas changé.

REMISE EN VIGUEUR

La police et tout avenant joint à celle-ci peuvent être remis en vigueur si **chacune** des conditions suivantes est remplie :

- a) l'Assuré fait une demande par avis écrit dans les cent-vingt (120) jours qui suivent leur déchéance;
- b) des preuves d'assurabilité satisfaisantes sont fournies à l'Assureur par l'Assuré;
- c) L'Assuré paie toutes les primes dues et impayées;
- d) nous n'avons pas reçu d'avis écrit de mettre fin à la police ou à l'avenant.

La remise en vigueur n'aura pas pour effet de prolonger la durée du contrat, ni de repousser la date d'expiration de la police et de tout avenant au-delà des dates d'expiration indiquées dans la Description de la police.

CESSION OU GAGE

L'assurance en vertu de ce contrat ne peut être ni cédée, ni mise en gage.

RÉSILIATION PAR LE PROPRIÉTAIRE

L'Assuré peut résilier son contrat par un avis écrit envoyé au siège social de l'Assureur. Si la prime a été payée sur une base annuelle, la date de réception de l'avis sera la date de résiliation. Cependant, si la prime est acquittée mensuellement, l'avis doit être reçu 7 jours ouvrables avant le prochain prélèvement bancaire pour que la résiliation soit effective. Autrement, l'encaissement sera effectué et aucun remboursement ne sera effectué, et la résiliation prendra effet à la fin de la période pour laquelle la prime a été encaissée.

RÉSILIATION PAR L'ASSUREUR

Tant que l'assuré acquitte ses primes, l'Assureur ne peut résilier le contrat avant que l'assuré n'atteigne l'âge maximal.

INCONTESTABILITÉ

Sauf en cas de fraude, nous ne contesterons pas la police pour une déclaration fautive ou inexacte, ou omission de faits essentiels à l'assurance, après que la police aura été en vigueur du vivant de l'Assuré pendant une période de deux ans à compter de la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'émission de la police;
- b) la dernière date de remise en vigueur.

Toute déclaration fautive ou inexacte ou omission de faits essentiels à l'assurance peut rendre la police annulable à notre choix dans les deux ans à compter de la dernière des dates ci-dessus. La fraude annule automatiquement la police et la responsabilité de l'Assureur se limite au remboursement des primes des 24 derniers mois en soustrayant les réclamations payées. Aucune prestation ne sera payable dans les deux cas et l'Assuré est responsable de nous rembourser toute prestation payée.

DÉCLARATION ERRONÉE DE L'ÂGE OU DU SEXE

En cas de déclaration erronée de l'âge ou du sexe de l'Assuré en vertu de la police, les montants de la prime doivent être rajustés rétroactivement à la date d'émission de la police afin de tenir correctement compte de l'âge et du sexe de l'Assuré. Toutes les sommes dues par le propriétaire de la police constituent une dette, que l'assureur a le droit, à sa discrétion, de déduire du montant des prestations futures payables en vertu de la police, et ce, jusqu'à concurrence de 100 % des garanties futures payables aux termes de ce contrat. Si, à la date d'émission de la police, l'âge de l'Assuré était hors des limites d'âge admissibles, la police sera considérée comme étant nulle et ne sera assujettie à aucune restriction légale.

AVIS ET CORRESPONDANCE

Tout avis et toute correspondance qui doivent être transmis à l'Assuré seront expédiés par l'Assureur à votre dernière adresse postale connue ou à la dernière adresse électronique que vous nous aurez fournie. Toute communication postale ou électronique avec l'Assuré sera réputée avoir été reçue au plus tard 7 jours suivant l'envoi.

Tout avis que l'Assuré doit transmettre à l'Assureur peut être communiqué par la poste, par messagerie, par télécopieur ou par tout moyen de transmission électronique. Certaines restrictions s'appliquent lors de l'envoi de tout formulaire qui doit être signé de la main de l'Assuré. Toute communication avec l'Assureur sera réputée avoir été reçue à sa date de réception au siège social.

AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de réclamation, l'Assuré doit transmettre à l'Assureur tous les renseignements auxquels ce dernier peut raisonnablement s'attendre ou demande sur les circonstances et sur l'étendue de la réclamation dans les délais précisés au contrat.

ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Toute demande de règlement en vertu de la police ou d'un avenant, selon le cas, doit se faire par écrit et être appuyée des pièces justificatives. Nous pouvons exiger tout renseignement que l'Assureur juge nécessaire à l'appui de la demande.

Dans le cadre de l'étude d'une réclamation, des renseignements personnels sur l'Assuré, y compris des renseignements médicaux sur son état de santé, seront requis.

Aucune somme ne sera versée si l'Assuré, sa succession, son tuteur légal ou son représentant personnel refuse de consentir à la divulgation des renseignements personnels au sujet de l'Assuré qui sont nécessaires à l'étude de la réclamation.

DROIT D'ANNULATION DE LA POLICE SANS FRAIS

L'Assuré dispose d'un délai de 10 jours suivant la date de réception de son contrat pour le réviser et l'annuler sans frais ni pénalité, à condition que l'Assureur reçoive à son siège social un avis écrit à cet effet dans le délai indiqué.

Sur réception de l'avis d'annulation dans le délai indiqué, l'Assureur remboursera à l'Assuré la totalité des primes payées. Le contrat sera considéré nul et sans effet à compter de la date d'émission, et aucune prestation ne sera payable.

ADMISSIBILITÉ

Pour être admissible à l'assurance, l'Assuré doit être admissible aux garanties disponibles en vertu des régimes gouvernementaux d'hospitalisation et des programmes de soins de santé de sa province de résidence. L'Assuré doit être âgé entre 18 à 80 ans inclusivement.

CESSATION DE L'ASSURANCE

L'assurance d'un assuré cesse de plein droit à la plus rapprochée des dates suivantes :

- a) la date de cessation de ce contrat;
- b) le dernier jour du délai de grâce si les primes demeurent impayées;

- c) la date de réception chez l'Assureur d'un avis écrit du propriétaire à cet effet ou à toute date ultérieure mentionnée dans ledit avis;
- d) la date où l'Assuré fait de fausses représentations à l'Assureur ou le jour où l'Assuré commet un acte frauduleux à l'égard de l'Assureur;
- e) La date de décès de l'Assuré;
- f) La date où le maximum à vie est atteint.

RENOUVELLEMENT

Pourvu qu'aucune prime ne soit en souffrance le dernier jour d'une année d'assurance, ce contrat se renouvelle, de plein droit, d'année en année.

Les années d'assurance sont d'une période de 12 mois chacune et sont calculées à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat.

RECOUVREMENT

Aucune disposition de ce contrat ne peut être interprétée comme pouvant empêcher l'Assureur de recouvrer toute somme payée en trop.

RENONCIATION

La renonciation ou l'omission de la part de l'Assureur d'exiger l'exécution ou l'observation d'une disposition quelconque de ce contrat ne doit pas être interprétée comme étant une renonciation de la part de l'Assureur à son droit de prendre les mesures nécessaires contre tout défaut subséquent d'exécuter ou d'observer la même disposition. De plus, le fait que l'Assureur ait approuvé une action quelconque de l'Assuré lorsque cette approbation était requise n'a pas pour effet de dispenser l'Assuré de l'obligation d'obtenir l'approbation de l'Assureur pour toute action semblable subséquente.

SUBROGATION ET REMBOURSEMENT- RESPONSABILITÉ D'UN TIERS

Lorsque toute somme est versée à l'Assuré en vertu du présent contrat suite à une maladie ou à un accident dont la responsabilité légale est imputable à un tiers, l'Assureur est subrogé dans les droits de l'Assuré et peut recouvrer du tiers responsable les sommes qu'il a versées lorsque cela est permis par la loi.

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE

L'emploi de noms et de pronoms masculins au présent contrat est présumé inclure les équivalents féminins. Il en est de même pour l'emploi du singulier et du pluriel.

DÉFINITIONS

Aux fins de cette garantie :

Appareils ou accessoires fonctionnels désigne les appareils ou accessoires qui pourraient faciliter vos activités de vie quotidiennes. Si le fait d'utiliser un appareil ou accessoire fonctionnel vous permet d'effectuer une activité de vie quotidienne entièrement et en toute sécurité, vous n'êtes pas considéré comme ayant une perte d'autonomie pour cette activité.

Les appareils ou accessoires fonctionnels comprennent, sans s'y limiter : les lits réglables, les crochets à boutons, les cannes, les béquilles, les barres d'appui, les pommes de douche manuelles, les brosses pour le bain, les sièges élévateurs, les bancs de transfert, les marchettes et les fauteuils roulants.

Coassurance désigne le pourcentage des frais admissibles remboursés par l'assureur à l'Assuré pour certains soins de santé et/ou soins dentaires.

Co-paiement est la portion des frais admissibles qui est payée par l'adhérent pour chaque réclamation.

Consultation a lieu lorsqu'une personne assurée rencontre un professionnel de la santé, à la demande d'un autre professionnel de la santé, afin qu'il émette des recommandations ou donne son opinion puisqu'il détient une expertise pertinente dans les circonstances.

Hôpital de convalescence désigne un établissement destiné aux malades qui sont dans la période de transition entre la fin de la période active d'une affection et le retour à la santé. Cet établissement, afin d'être considéré un hôpital de convalescence, doit remplir chacune des conditions suivantes :

- a) être admissible à recevoir des paiements conformément aux dispositions de la loi provinciale sur les soins médicaux;
- b) être géré selon les lois applicables de la juridiction où il se situe;
- c) avoir un médecin autorisé et un personnel d'infirmiers autorisés de service 24 heures sur 24;
- d) procurer séjour, pension et soins infirmiers durant la période de convalescence pour la maladie ou blessure;
- e) être autorisé à administrer des médicaments aux patients selon les directives ou recommandations d'un médecin;
- f) maintenir un dossier médical pour chaque patient;
- g) ne pas être une résidence pour personnes âgées, un foyer de soins, une maternité, un établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou pour déficients mentaux.

Services diagnostiques désigne les examens et tests médicaux nécessaires afin d'identifier la nature ou l'étendue d'une maladie ou d'une blessure et qui sont administrés à l'Assuré dans les bureaux d'un médecin ou d'un dentiste, dans un hôpital ou encore dans un établissement privé de soins de santé préalablement approuvé par l'assureur, lorsque ces examens et tests ont été prescrits par un médecin, un dentiste ou un infirmier praticien.

Frais admissibles désigne les frais encourus par l'Assuré pour des fournitures ou des services médicaux et qui sont considérés comme des frais remboursables puisqu'ils :

- a) sont des frais raisonnables, ordinaires et habituels;
- b) sont recommandés, approuvés ou prescrits par un professionnel de la santé;
- c) sont approuvés par l'assureur;
- d) excèdent les montants remboursés ou remboursables par tout autre assureur ou régime gouvernemental;
- e) n'ont pas été fournis par une personne qui habitait avec l'Assuré avant que l'Assuré devienne fonctionnellement dépendant ou qui fait partie de sa famille immédiate, qui est partenaire d'affaires ou qui est son employeur;
- f) ont été rendus alors que la présente garantie était en vigueur.

Régime gouvernemental signifie tout régime d'assurance créé par un niveau de gouvernement ou une agence gouvernementale ou qui est sous le contrôle administratif d'une telle entité.

Professionnel de la santé désigne une personne qui est légalement autorisée à pratiquer une profession pour laquelle des services médicaux sont administrés. Les professionnels de la santé incluent les médecins, les pharmaciens, les dentistes, les infirmiers praticiens ou tout autre professionnel approuvé par l'assureur.

Famille immédiate désigne le conjoint, la conjointe, l'enfant, le frère, la sœur, le parent, le grand-parent ou le petit-enfant de l'Assuré.

Aidant naturel désigne une personne non professionnelle procurant des soins ou un appui à un membre de sa famille, un ami, un voisin ayant une perte d'autonomie.

Garantie maximale à vie signifie le maximum global applicable par assuré pour les Blocs I et II, combinés tel qu'indiqué dans le sommaire des garanties.

Montant maximal de couverture désigne le montant de couverture disponible pour une période déterminée pour chaque personne assurée, et ce, tel qu'indiqué au sommaire, sans tenir compte de la coassurance.

Infirmier privé désigne un infirmier autorisé ou un infirmier auxiliaire autorisé qui est inscrit auprès de son association professionnelle respective.

Préposé aux services de soutien à la personne désigne tout préposé aux services de soutien à la personne agréé qui est membre en règle de son association professionnelle.

Les frais raisonnables, ordinaires et habituels sont les honoraires ou les frais qui ne dépassent pas le tarif généralement exigé par d'autres professionnels, établissements de santé similaires ou pharmacies de la même région ou localité lorsqu'ils dispensent des soins, des services ou des fournitures identiques ou comparables. Ces frais sont fixés annuellement ou plus fréquemment par l'Assureur.

Aide physique immédiate signifie qu'une autre personne doit toujours être à proximité afin que vous puissiez accomplir entièrement et en toute sécurité les activités de se laver et de se déplacer. Si vous avez besoin d'une aide physique immédiate pour soit vous laver ou vous déplacer, vous êtes considéré comme étant fonctionnellement dépendant lorsque vous avez aussi besoin d'aide physique importante pour accomplir une des autres activités de la vie quotidienne.

ASSISTANCE SOINS À DOMICILE / OBJET DE LA GARANTIE

Pourvu que cette garantie soit en vigueur, lorsqu'une personne assurée est considérée dépendante sur le plan fonctionnel et assume des frais en vertu du Bloc 1 ou assume des frais à la suite d'une maladie ou d'un accident en vertu du Bloc II, l'assureur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire des garanties et toutes les autres dispositions du contrat, les frais admissibles décrits ci-dessous.

CONDITIONS ET ADMISSIBILITÉ À LA GARANTIE

La présente garantie couvre les frais contractés pour les services, les fournitures et les soins médicaux décrits à la section « Frais admissibles », sous réserve des limites et exclusions applicables.

La présente garantie n'a pas pour effet de remplacer le régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'Assuré ou tout autre régime d'assurance maladie gouvernemental.

Pour être admissible à cette garantie, l'Assuré doit être âgé de 18 à 80 ans inclusivement lors de la signature de la proposition. Les maximums indiqués pour cette garantie sont par personne assurée et sont inscrits au sommaire des garanties.

FRAIS ADMISSIBLES

BLOC 1 - FRAIS ADMISSIBLES POUR UN ASSURÉ DÉPENDANT SUR LE PLAN FONCTIONNEL

Pourvu que cette garantie soit en vigueur le jour où l'Assuré qui est dépendant sur le plan fonctionnel (et ne réside pas en permanence ou temporairement dans un centre de soins) assume des frais, l'Assureur paie, selon le pourcentage et les maximums indiqués à cet effet au sommaire des garanties, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

SERVICES PARAMÉDICAUX

Les frais pour **services paramédicaux** rendus par un :

Audiologiste	Physiothérapeute
Diététicien	Podiatre ou podologue
Naturopathe ou ostéopathe	Thérapeute respiratoire
Ergothérapeute	Orthophoniste

Pourvu que ces services relèvent de leur spécialité et que ces spécialistes soient membres de leur association professionnelle respective, sous réserve de la franchise, jusqu'au maximum par spécialiste, tel qu'il est indiqué au sommaire des garanties.

Le praticien ne doit pas résider dans la maison de l'Assuré, faire partie de sa famille immédiate, être son partenaire d'affaires ou être son employeur. Ces frais sont remboursables jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

AUTRES FRAIS

L'assureur paie, selon le pourcentage et les maximums indiqués à cet effet au sommaire des garanties, les frais raisonnables, ordinaires et habituels suivants :

Système de surveillance

Le coût d'un système d'alarme médicale qui comprend un transmetteur d'urgence sans fil, avec une base qui est reliée au téléphone et contient un microphone très sensible et un haut-parleur, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Indemnité de déménagement

Le coût des dépenses de relogement que l'Assureur paiera à l'Assuré pour déménager de sa résidence à un établissement de soins de longue durée, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Transformation de résidence

Le coût de transformation de la résidence de l'Assuré jusqu'au maximum indiqué au Barème des prestations.

Repas

Coût de la préparation des repas cuisinés à l'extérieur de la résidence de l'Assuré, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Location ou achat d'équipements

La location ou l'achat, à la discrétion de l'assureur, des fournitures ou équipements médicaux suivants :

- Appareils de marche ou autre aide à la mobilité (cane, béquilles ou marchette);
- Les orthèses fabriquées de matériel rigide, tel que le plastique ou le métal, et qui servent à maintenir une partie du corps en bonne position (les bandes de maintien élastiques et les orthèses du pied ne sont pas couvertes sous cette catégorie);
- Le coût d'oxygène, d'un ventilateur, ainsi que la location des appareils nécessaires à son administration

Répit

Coût des soins de relève pour l'Assuré afin de permettre à l'aidant naturel d'avoir un répit et du temps libre, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Frais de déplacement

Coût du transport de l'Assuré lorsqu'il doit recevoir des soins ou un suivi médical. Si l'Assuré est transporté dans une voiture personnelle, l'indemnité est de 0,35 \$/km ou le coût d'un taxi, sous réserve d'un maximum de 50 \$ par jour et jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Soutien par un aidant naturel

Coût de la consultation d'un spécialiste qui fournit un soutien psychosocial à l'aidant naturel dans ses tâches et son implication quotidiennes avec l'Assuré, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Infirmier privé, ou préposé aux services de soutien à la personne

Les services professionnels d'un infirmier privé autorisé ou d'un préposé aux services de soutien à la personne provenant d'une agence spécialisée en soins à domicile, qui est un membre en règle de son association professionnelle respective, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Chaussures orthopédiques

L'achat de chaussures orthopédiques, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au sommaire des garanties.

Prothèses mammaires externes

L'achat de prothèses mammaires externes à la suite d'une mastectomie, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Fournitures suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie

Les coûts pour les fournitures admissibles devenues nécessaires suite à une colostomie, une iléostomie ou une urostomie, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Neurostimulateur transcutané (TENS)

Machine de traitement des douleurs par électrostimulation des fibres nerveuses pour contrôler la douleur chronique.

Bâtonnets réactifs, seringues et aiguilles

L'achat de **bâtonnets réactifs, de seringues et d'aiguilles**, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Dextromètre or a glucomètre et fournitures pour diabétiques

L'achat d'un **dextromètre ou d'un glucomètre et de fournitures pour diabétique**, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties. Les fournitures pour diabétique suivantes :

- autopiqueur, y compris les plates-formes, mais pas les lancettes;
- les ensembles de perfusion, excluant la pompe à perfusion;

Les capteurs de glucose ne sont **pas** admissibles.

Appareil auditif

L'achat d'un appareil auditif, prescrit par un audiologiste jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties, par période de 36 mois consécutifs.

Prothèses capillaires (perruques)

Les prothèses capillaires - (nécessitées par une condition pathologique ou à la suite d'un traitement de chimiothérapie) jusqu'au maximum à vie indiqué au sommaire des garanties.

Bas pour varices ou phlébites

Les bas pour varices ou phlébites, jusqu'au montant maximal indiqué au sommaire des garanties.

Appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP

La location ou l'achat, à la discrétion de l'assureur, d'un appareil maxi-mist (incluant les masques) ou d'un appareil CPAP, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

Location ou l'achat d'une chaise roulante non motorisée, d'un ventilateur, d'un lit d'hôpital (excluant le matelas) ou de béquilles

La location ou l'achat, à la discrétion de l'assureur, d'une chaise roulante non motorisée (incluant les réparations), d'un lit d'hôpital (excluant le matelas) ou de tout autre équipement normalement conçu pour être utilisé dans un hôpital à des fins thérapeutiques jusqu'au maximum indiqué dans le sommaire des garanties.

Fournitures médicales

L'achat, à la discrétion de l'Assureur, de fournitures médicales afin de traiter une maladie ou un accident, alors que l'Assuré reçoit des soins d'un infirmier, jusqu'à concurrence du maximum indiqué au sommaire des garanties.

Fournitures pour incontinence - intestins et/ou vessie

Le coût des fournitures pour incontinence pour les intestins ou la vessie, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties.

BLOC II (FRAIS ADMISSIBLES À LA SUITE D'UNE MALADIE OU D'UN ACCIDENT)

Pourvu que cette garantie soit en vigueur lorsqu'une personne assurée assume des frais à la suite **d'une maladie ou d'un accident**, l'assureur rembourse, selon les modalités de règlement indiquées au sommaire et toutes les autres conditions du contrat, les frais admissibles décrits ci-dessous.

HOSPITALISATION

Frais d'hospitalisation au Canada

L'assureur paie les frais d'hospitalisation au Canada en excédent des frais payés par tout régime gouvernemental d'assurance, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits tel qu'indiqué au sommaire des garanties. Si aucune chambre à deux lits n'est disponible au moment de l'hospitalisation, l'Assureur paiera 50 \$ par jour d'hospitalisation, à compter du deuxième jour d'hospitalisation.

Le terme hospitalisation exclut tout séjour dans une résidence pour personnes âgées, un foyer de soins, une maternité, un établissement pour personnes aveugles, sourdes, alcooliques, toxicomanes ou pour déficients mentaux.

Hôpital de convalescence

Les frais de chambre, de pension et d'autres services nécessaires dans un hôpital de convalescence qui sont en sus des frais pour salle commune, jusqu'à concurrence du maximum indiqué dans le sommaire des garanties par jour et pour un maximum de 120 jours, seront considérés des frais admissibles aux conditions suivantes :

- a) l'Assuré est admis à l'hôpital de convalescence dans les 14 jours qui suivent une hospitalisation;
- b) cette hospitalisation a été d'une durée minimale de deux journées consécutives; et
- c) le séjour à l'hôpital de convalescence a été prescrit par le médecin traitant de l'adhérent.
- d) Tous les séjours dans un hôpital de convalescence seront considérés comme un seul et même séjour à moins qu'une période d'au moins 90 jours les sépare. Pour avoir droit au remboursement des frais d'hôpital de convalescence, l'hôpital de convalescence doit être approuvé par l'**autorité provinciale appropriée en matière d'habitation**. Les frais pour soins particuliers ou pour maladie chronique dans un hôpital de convalescence, un foyer de soins ou un établissement semblable ne seront pas considérés comme des frais admissibles.

Ambulance et ambulance aérienne

Lorsque requis et non-couverts par un régime gouvernemental, les frais de transport par ambulance, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus rapproché qui dispense les soins appropriés, ainsi que le transport aérien lorsque l'Assuré ne peut pas être transporté autrement, jusqu'au maximum indiqué dans le sommaire des garanties par personne assurée par période de 12 mois consécutifs.

Épreuves diagnostiques incluant les frais de laboratoire et rayons X

Les épreuves diagnostiques incluant les frais de laboratoire et rayons X, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties, par période de 12 mois consécutifs rendus dans la province de résidence de l'Assuré.

Frais d'imagerie par résonance magnétique (IRM)

Les frais d'imagerie par résonance magnétique, jusqu'au maximum indiqué au sommaire des garanties, par période de 12 mois consécutifs.

Soins dentaires à la suite d'un accident

Sous réserve d'une évaluation préalable par l'assureur, les **frais pour services professionnels rendus par un chirurgien dentiste** pour réparer les dommages causés à des dents naturelles à la suite d'un accident survenu alors que la personne est assurée en vertu de la présente garantie; ces services doivent être rendus dans les six mois suivant la date de l'accident et cette garantie doit être en vigueur au moment où les soins sont prodigués.

Les frais admissibles seront remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ des honoraires prévus au guide des tarifs de l'année courante à l'usage du praticien général et approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes, et des honoraires prévus au guide des tarifs approuvé par l'Association des denturologistes. Ces associations sont celles de la province de résidence de l'Assuré.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Les dépenses sont payées uniquement pour la partie excédant celles qui sont payables en vertu de tout autre régime d'assurance. Lorsque les dépenses sont ajoutées à tout autre avantage fourni par le biais de tout autre régime d'assurance couvrant ces mêmes dépenses assurables, les prestations totales n'excèdent pas le montant véritable des dépenses encourues.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque l'assureur approuve une réclamation pour des prestations en vertu de la PARTIE 1, l'assureur exonérera les primes de la police aussi longtemps que l'Assuré est fonctionnellement dépendant. Les primes doivent être payées jusqu'à ce que l'assureur avise que la réclamation est approuvée.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable en vertu de cette garantie à l'égard des frais suivants engagés à la suite de :

- a) blessures ou dommages physiques ou mentaux que l'Assuré s'inflige intentionnellement;
- b) commission ou tentative de commission par l'Assuré d'un acte criminel;
- c) blessures subies à l'occasion de la participation active de l'Assuré à un affrontement public, à une émeute, à une insurrection ou à une opération militaire, que la guerre soit déclarée ou non;
- d) Abus d'alcool et drogue, ou consommation de drogues illicites;
- e) conduite d'un véhicule à moteur par l'adhérent, alors que la quantité d'alcool dans son sang est supérieure à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08) ou excède la limite permise par la loi;
- f) inhalation par l'adhérent de gaz toxiques, sauf si cette inhalation se fait dans l'accomplissement par l'adhérent des tâches normales de son emploi;
- g) suicide ou tentative de suicide de l'adhérent, qu'il soit sain d'esprit ou non;

Aucune prestation n'est payable pour un Assuré qui est dépendant sur le plan fonctionnel si celui-ci réside à l'extérieur du Canada ou des États-Unis.

Aucune prestation n'est payable si l'Assuré réside dans un établissement de soins de santé.

AVIS ET PREUVE DE RÉCLAMATION

En cas de demande de paiement, l'Assuré doit présenter sa réclamation à l'assureur (la couverture doit être en vigueur), accompagnée de toutes les pièces justificatives jugées nécessaires par l'assureur, dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été encourus, sans quoi elle ne sera pas recevable.

Les frais admissibles sont remboursés ou payés dans les 30 jours qui suivent la réception de la réclamation accompagnée de toutes les pièces justificatives nécessaires.

L'Assuré qui est en désaccord avec une décision de l'assureur peut en demander une révision dans les 30 jours suivant cette décision en envoyant une demande écrite à l'assureur et en y joignant toute nouvelle pièce justificative.

Aucune demande de révision ne sera prise en considération si elle est reçue plus de douze mois après la décision initiale de l'assureur.

Remboursement des réclamations après la terminaison de la police

Nous devons recevoir votre demande de remboursement au plus tard 90 jours après la date de terminaison de la police. Aucun remboursement ne sera effectué après 90 jours, indépendamment de la date de service.

AVIS MÉDICAUX D'EXPERTS

Toute personne assurée bénéficiant de cette garantie d'assurance a un droit d'accès à un deuxième avis médical. Le Réseau Best Doctors est le fournisseur actuel pour cette garantie; toutefois, le fournisseur et les services offerts peuvent être modifiés en tout temps, à la discrétion d'UV Assurance

Best Doctors

Toute personne assurée bénéficie de cette garantie dès l'entrée en vigueur de ce contrat, pourvu que l'Assuré réponde aux critères d'admissibilité et que les services du Réseau Best Doctors soient disponibles.

Le Réseau Best Doctors vous aide à prendre des décisions médicales en toute confiance. Ils vous donnent accès aux meilleurs spécialistes du monde afin que vous puissiez être certain d'obtenir le bon diagnostic et le plan de traitement approprié. Ils vous aident aussi à trouver des spécialistes et à obtenir des réponses précises quant à vos questions d'ordre médical. Vous souffrez d'une maladie chronique, vous mettez en doute la nécessité d'une chirurgie ou vous êtes atteint d'une maladie grave? Le Réseau Best Doctors vous mettra sur la bonne voie.

Vous avez un accès illimité aux services du Réseau Best Doctors suivants :

AVIS MÉDICAUX D'EXPERTS *

Lorsque vous souhaitez recevoir un deuxième avis concernant un diagnostic médical ou un plan de traitement, les médecins spécialistes du Réseau Best Doctors effectueront une analyse en profondeur de vos dossiers médicaux, y compris les résultats d'imageries et d'examen, les radiographies et tout spécimen pathologique disponible (qui peut être soumis à un nouveau test). Vous recevrez un rapport de leurs conclusions, y compris un diagnostic et des recommandations de traitement, que vous pourrez partager avec votre médecin.

LeBonSpécialiste* †

Si vous êtes à la recherche d'un spécialiste local, laissez le Réseau Best Doctors s'en occuper. Ils interrogeront leur base de données afin de trouver les meilleurs spécialistes canadiens tout en tenant compte de vos antécédents médicaux uniques ainsi que de votre région géographique, afin de trouver le médecin qui correspond le mieux à votre cas particulier.

SoinsHorsCanada* †

Si vous avez besoin d'un spécialiste à l'extérieur du Canada* ceci est également possible grâce à leur service SoinsHorsCanada. Leur recherche sera effectuée en fonction de vos antécédents médicaux et de votre région géographique, ainsi que de la disponibilité du spécialiste ou du centre médical.

Services médicaux 360°*

Grâce à cette option, le Réseau Best Doctors peut vous aider à naviguer le système de santé canadien et obtenir les informations dont vous avez besoin sur une variété de sujets liés à la santé. Le Réseau Best Doctors vous offre une variété d'outils et de ressources lorsque vous êtes confronté à une incertitude médicale, et peut vous fournir des conseils et l'appui dont vous avez besoin. Vous aurez l'esprit tranquille en sachant que vous pourrez prendre une décision éclairée en ce qui concerne votre santé.

**Les particuliers sont responsables de tous frais associés au traitement médical, au déplacement et à l'hébergement.
† Best Doctors ne fait pas de recommandation de médecins ou de rendez-vous pour les participants.*

Ouvrir un dossier

Visitez bestdoctors.com/canada/lancer/ ou appelez au 1 877 419-2378. Vous devez vous identifier en fournissant votre numéro de police d'assurance. Lorsque vous communiquerez avec le Réseau Best Doctors, un conseiller, évaluera votre problème de santé, répondra à vos questions, déterminera quel service répond le mieux à vos besoins et vous tiendra informé de la progression de votre dossier.

À propos du Réseau Best Doctors

Fondé en 1989 par des médecins de Harvard Medical School, Best Doctors est un avantage qui vous permet d'accéder à des spécialistes de renommée internationale, de sorte que vous pouvez être confiant d'avoir la bonne information. Il est conçu pour compléter les soins que vous recevez de votre propre médecin. Les médecins du Réseau Best Doctors figurent parmi 5 % des meilleurs médecins au monde. Ils fournissent des conseils appropriés au moment opportun afin de vous aider à prendre des décisions éclairées en toute confiance.

Le Réseau Best Doctors fait maintenant partie de Teladoc Health, le chef de file mondial de solutions virtuelles de soins de santé. Réseau Best Doctors et le logo en forme de croix étoilée sont des marques de commerce de Teladoc Health, Inc., aux États-Unis et dans d'autres pays, et sont utilisées sous licence.