

**Plan de santé Atlantique canadienne
Sommaire des Garanties**

SOINS DE SANTÉ

Protection dans le monde entier

Détenteurs de carte actifs

- Le régime paie 100% des dépenses admissibles jusqu'à concurrence de 2 millions de dollars par personne, par incidence. Les garanties sont prévues en cas d'accident survenu ou de maladie imprévue pendant un voyage à l'extérieur de la province de résidence. Certaines exclusions relatives à des maladies préexistantes s'appliquent. Le patient et les services d'aide de voyage sont assurés par le service d'assistance dans le monde entier.

Cas dirigés à l'extérieur du Canada

- Le régime paie 100% des frais admissibles jusqu'à concurrence de 500 000\$ par personne la vie durant. Les frais engagés à l'extérieur du Canada pour des services médicaux fournis à un patient qui y est dirigé, si ces services ne sont pas offerts au Canada.

Soins de santé complémentaires au Canada –le régime paie 80% des frais admissibles

- **Service professionnel d'ambulance** – Frais admissibles pour ce service jusqu'à concurrence de 1000\$ par année civile.
- **Ambulancier spécial** – Ces frais sont limités à un montant admissible jusqu'à concurrence de 500\$ par année civile.
- **Soins infirmiers privés** – Les frais maximums admissibles par participant sont limités à 10 000\$ par année civile. Le paiement des frais admissibles sera basé sur le barème de paiement visant les infirmiers privés établi par Croix Bleue Medavie pour la province de résidence du participant.
- **Services de diagnostic et de radiographie**
- **Oxygène**
- **Soins dentaires par suite d'un accident** – Frais de soins dentaires lorsque les dents naturelles ont été endommagées par un coup direct et accidentel à la bouche ou qu'une mâchoire disloquée ou fracturée nécessite d'être traitée.
- **Fournitures pour diabétiques** – Frais liés aux fournitures suivantes pour diabétiques dans la quantité prescrite par un médecin et jugée raisonnable par Croix Bleue Medavie : aiguilles, seringues, tampons, rubans réactifs et lancettes.
- **Matériel pour diabétiques** – Les frais maximums admissibles globaux pour ce matériel se chiffrent à 700\$ par période de cinq années civiles consécutives.
- **Fournitures pour stomies**
- **Aide à la parole** – Frais admissibles jusqu'à concurrence de 500\$ la vie durant.
- **Autres praticiens** – Frais de traitement administré par un orthodontiste, un psychologue clinicien, un chiropraticien, un ostéopathe, un chiropodiste ou un podiatre, un physiothérapeute, un acupuncteur ou un naturopathe autorisé. Les frais maximums admissibles pour chaque type de praticien sont de 500\$ par année civile. Les frais maximums admissibles globaux pour cette garantie s'élèvent à 1500\$ par année civile. De plus, les frais maximums admissibles pour le service de radiographie sont de 35\$ par praticien par année civile.
- **Prothèses** – Frais liés aux prothèses suivantes : membres artificiels, prothèses mammaires ou yeux artificiels, béquilles, cannes, attelles, plâtres, bandages herniaires, orthèses et prothèses capillaires. Le remplacement ne s'avère nécessaire en raison d'un changement pathologique ou physiologique. Les frais de réparation ou d'ajustement sont couverts jusqu'à concurrence de 300\$ par année civile.
- **Fournitures médicales et équipement**
- **Chaussures et fournitures orthopédiques** – Les frais maximums admissibles par participant pour des chaussures et des fournitures orthopédiques sont de 200\$ par année civile. Dans le cas des enfants à charge de moins de 21 ans, les frais maximums admissibles sont de 300\$ par année civile.
- **Prothèses auditives** – Les frais admissibles maximums pour les adultes sont de 600\$ (à l'exception des piles et des examens) par période de trois années consécutives. Les enfants à charge de moins de 21 ans nécessitant une prothèse auditive dans chaque oreille peuvent

Plan de santé Atlantique canadienne Sommaire des Garanties

recevoir deux prothèses auditives (une par oreille), jusqu'à concurrence de 600\$ par prothèse, par période de trois années consécutives.

Soins de la vue

- Le régime paie 80% des frais admissibles ; les frais maximums admissibles s'élèvent à 125\$ (montant maximal remboursé : 100\$).
- Soins de la vue couverts toutes les deux années civiles dans le cas des adultes et chaque année civile dans le cas des enfants à charge.
- Remboursement au souscripteur.
- Verres de contact requis pour des raisons médicales – Frais maximums admissibles de 200\$ (montant maximal remboursé : 160\$).

Médicaments assurés

Liste de médicaments **Choix Rx** – Les médicaments assurés admissibles comprennent seulement les médicaments nécessaires sur le plan médical qui, selon la loi, ne peuvent être obtenus qu'à l'aide d'une ordonnance et qui sont considérés comme essentiels au maintien de la vie par Croix Bleue Medavie. Les médicaments sont séparés en deux catégories dont les quotes-parts diffèrent. Les médicaments choisis pour faire partie de la première catégorie sont des médicaments moins chers qui sont reconnus comme des traitements de première intention et utilisés pour traiter les maladies graves. Les médicaments de la deuxième catégorie sont habituellement plus chers et peuvent être utilisés pour le traitement des affections qui ne mettent pas la vie en danger. Ils ne sont pas toujours considérés comme un traitement de première intention dans le cas de maladies précises. Tout médicament admissible doit être autorisé par Croix Bleue Medavie et prescrit et donné par un fournisseur autorisé de Croix Bleue Medavie.

Quote-part – Membres de l'association et étudiants en massothérapie

- L'employé paie 20% du coût des médicaments de la première catégorie et 50% du coût des médicaments sur ordonnance de la deuxième catégorie.
- Paiement direct à la pharmacie.

Soins Dentaires

- Le régime paie 70% des frais admissibles.
- Services dentaires de base.
- Montant maximum annuel de 500\$.
- Un examen de rappel par année civile.
- Services préventifs.
- Services de rétablissement.
- Traitement de canal.
- Services de périodontie.
- Services chirurgicales.
- Services liés aux prothèses dentaires.

Guide d'honoraires : Le remboursement est déterminé à l'aide du guide d'honoraires de la société dentaire pour les omnipraticiens de la province de résidence du souscripteur.

Le coût mensuel pour ce plan est présentement 214.38 \$ pour une couverture familiale et 107.83\$ pour une couverture individuelle. Le plan est réévalué chaque année dans le mois d'août. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter, soit moi-même, Wanda Pinet, ou mon assistante administrative Sonia Pitre au 1-888-245-3211.

Bien à vous,

Wanda Pinet, BScInf Spécialiste en Assurance Santé et Vie
East Coast Care

Mise à jour : 1 août 2009