

Description sommaire du régime d'assurance maladie de base

GARANTIES	RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DE BASE		
	Volet COMPLET	Volet RÉDUIT	
Les montants maximums indiqués dans ce tableau sont par personne assurée. Veuillez consulter votre brochure explicative pour la description complète.			
A FRAIS REMBOURSÉS	100 %	100 %	
▪ Assurance voyage	5 000 000 \$ à vie (viager)	5 000 000 \$ à vie (viager)	
▪ Assurance annulation de voyage	5 000 \$/voyage	5 000 \$/voyage	
▪ Frais hospitaliers engagés au Canada	Chambre à deux lits (semi-privée)	NON COUVERTS	
▪ Glucomètre, réflectomètre ou dextromètre (location, achat et réparation)	250 \$/60 mois		
▪ Appareil d'autocontrôle de la coagulation (CoaguChek)	500 \$/60 mois		
▪ Appareil auditif ou prothèse auditive (location, achat et réparation)	500 \$/36 mois		
▪ Cure de désintoxication (alcoolisme, drogue)	40 \$/jour, 1 000 \$/année civile		
▪ Stérilet	100 \$/24 mois		
B FRAIS REMBOURSÉS	80 % des premiers 2 500 \$ de frais admissibles/année civile et 100 % de l'excédent (participant et personnes à charge)		71 % des premiers 2 586 \$ de frais admissibles/année civile et 100 % de l'excédent (participant et personnes à charge)
▪ Médicaments prescrits – Service de paiement automatisé direct	Couverts		Couverts
▪ Transport par ambulance	Couvert	NON COUVERTS	
▪ Achat ou remplacement – membres artificiels, prothèses, bandages herniaires, bandages spéciaux (brûlures graves), corsets, béquilles, attelles, plâtres, yeux artificiels, bas de soutien (4 paires/année)	Couvert		
▪ Achat, location et remplacement Tout équipement requis par la condition physique de la personne assurée fabriqué par un orthésiste-prothésiste ou un autre professionnel spécialisé dans la fabrication de tel équipement ou fourniture	Couvert		
▪ Location ou achat Fauteuil roulant, lit d'hôpital (excluant le matelas), appareil respiratoire	Couvert		
▪ Fournitures et services rendus – orthophonie, ergothérapie, oxygénothérapie, audiologie, examens de laboratoire, sérums et injections	Couvert		
▪ Substance pour les injections sclérosantes	20 \$ admissible/traitement 10 traitements/année civile		
▪ Dentiste en cas d'accident	Couvert		Couvert
▪ Chaussures orthopédiques ouvertes, évasées ou droites chaussures nécessaires au maintien des attelles (Denis Browne)	3 paires par année civile		NON COUVERTS
▪ Examen de la vue	40 \$/24 mois		
▪ Régions éloignées Transport et hébergement pour consultations ou traitements non disponibles dans la région de l'assuré	1 000 \$/année civile		

TAUX PAR PÉRIODE DE 14 JOURS ¹	Volet COMPLET		Volet RÉDUIT	
	Pour 20 périodes de paie	Pour 26 périodes de paie	Pour 20 périodes de paie	Pour 26 périodes de paie
Individuelle	00,00 \$	00,00 \$	00,00 \$	00,00 \$
Monoparentale	00,00 \$	00,00 \$	00,00 \$	00,00 \$
Familiale	00,00 \$	00,00 \$	00,00 \$	00,00 \$

1. La contribution de l'employeur qui varie selon les conventions collectives doit être soustraite de cette prime totale (employé/employeur)
La taxe provinciale de 9 % doit être ajoutée aux taux indiqués dans ce document