

GRANDES LIGNES DU SUPPLÉMENT AU CONTRAT MÉDICAL

pour

ALPINE CANADA ALPIN

Éligibilité

Obligatoire pour toutes les personnes actives à plein temps âgées de moins de 65 ans qui sont couvertes par un régime d'assurance santé et hospitalisation fédéral canadien et/ou provincial, selon le classement suivant :

Classe 1	Athlètes et entraîneurs de l'Équipe nationale
Classe 2	Autres athlètes d'équipes, entraîneurs et officiels non assurés par la classe 1

Étendue de la couverture

24 heures sur 24, pendant un déplacement d'affaires ou de loisir hors de la province de résidence.

Pour ce qui est de la classe 1

“Déplacement” signifie un voyage effectué par la personne éligible qui débute à la date du départ de la province de résidence de la personne éligible jusqu'à la date de retour à sa province de résidence. Le nombre de déplacements est illimité.

Pour ce qui est de la classe 2

“Déplacement” signifie un voyage effectué par la personne éligible qui débute à la date de départ de la province de résidence de la personne éligible jusqu'à la date de retour à sa province de résidence. Le nombre de déplacements est illimité.

Montant de l'assurance

50 000\$ maximum total par personne éligible, par blessure ou maladie. Le maximum total ne prend pas en considération les bénéfices suivants :

Le rapatriement
Les traitements dentaires en cas d'accident
Le transport et l'hébergement de la famille

Bénéfices

Remboursement des dépenses médicales

Les bénéficiaires sont payables en plus du montant payé ou payable selon le régime provincial de santé et du plan de groupe de protection étendue de santé. La Citadel remboursera les frais raisonnables et nécessaires engagés hors de la province de résidence de la personne éligible consécutivement à une blessure ou une maladie survenue hors de la province de résidence dans les cas suivants :

1. Frais d'hôpitaux dont une chambre semi-privée pour une période maximale de 12 mois.
2. Les frais d'hôpitaux pour services externes de patients.
3. Les services d'une infirmière qualifiée sur ordonnance ou prescription d'un médecin, sujet à un maximum de 5 000\$, pourvu que ladite infirmière ne réside pas à la résidence de la personne éligible et n'est pas un membre de sa famille immédiate.
4. Les médicaments sur ordonnance, les sérums ou les vaccins, mais excluant les vitamines, l'administration de médicaments intraveineux, de sérums ou de vaccins, avec un approvisionnement maximum de 30 ans.
5. Un physiothérapeute professionnel reconnu sur ordonnance d'un médecin, maximum accordé de 1 000\$ par accident ou maladie. Le physiothérapeute ne doit pas résider à la résidence de la personne éligible ni être un membre de sa famille immédiate.
6. Les services d'une ambulance terrestre reconnue ou lorsque recommandé par un médecin, les services d'une ambulance de tout autre moyen de transport à louer autorisé pour effectuer le transport de passagers, du lieu de l'accident ou de la maladie survenue, à l'hôpital le plus près, équipé pour offrir le traitement requis, jusqu'à un maximum de 1 000\$ par accident ou maladie.
7. Les services et les fournitures médicaux :
 - plasma sanguin, sang ou oxygène
 - radiographies et examens en laboratoire
 - location ou achat de plâtres, colliers cervicaux, béquilles, bandages, attelles et prothèses (à l'exception d'appareils ou attelles dentaires)
 - location d'une chaise roulante, poumon d'acier et autre équipement médical durable pour usage thérapeutique temporaire, jusqu'à un maximum de 5 000\$ par accident ou maladie.
8. Les soins médicaux et traitements prodigués ou procédure chirurgicale pratiquée par un médecin.
9. Un anesthésiste reconnu lorsque recommandé par le médecin.
10. Sur recommandation d'un médecin, les dépenses pour les services de médecins reconnus par spécialisation, jusqu'à un maximum de 300\$ par spécialisation par accident ou maladie. Les spécialisations sont les chiropraticiens, les ostéopathes, les podiatres, les massothérapeutes reconnus, les thérapeutes pour la parole, les psychologues reconnus.

Bénéfice pour l'évacuation

Si, consécutivement à une blessure ou une maladie, une personne éligible a besoin d'être évacuée sur recommandation du médecin soignant, la Citadel paiera les dépenses raisonnables et nécessaires pour les dépenses véritablement engagées par la personne éligible pour le transport et les services médicaux et de fournitures, mais sans excéder 50 000\$ à la suite d'un accident ou d'une maladie.

“Évacuation” signifie:

1. transport de la personne éligible par tout moyen de transport, (autre qu’une ambulance terrestre à louer autorisée à transporter des passagers dont une ambulance aérienne), du lieu où la personne éligible est blessée ou malade à l’hôpital le plus près, équipé pour fournir le traitement requis.

et/ou

2. transport de la personne éligible vers le Canada par tout moyen de transport, (autre qu’une ambulance terrestre à louer autorisée à transporter des passagers dont une ambulance aérienne), après que la personne éligible ait reçu des soins d’urgence et que le médecin soignant certifie par écrit que la condition médicale de la personne éligible nécessite un retour immédiat au Canada ou à son pays de résidence pour plus de traitements ou pour son rétablissement.

Traitement dentaire en cas d’accident

Lorsqu’il y a présence de blessure aux dents entières et saines (les dents plombées ou avec couronnes seront considérées pour les fins de la présente police comme entières et saines), en raison de la force ou d’un coup extérieur à la bouche, nécessitant un traitement, un remplacement ou des radiographies par un dentiste ou un chirurgien dentiste légalement reconnu, la Citadel paiera les dépenses raisonnables et nécessaires véritablement engagées par la personne éligible pour de tels traitements ou services, jusqu’à un maximum de 2 000\$ conséquemment à tout accident.

Tout paiement effectué en conformité à cette section sera fait selon le Guide des frais des omnipraticiens publié par l’Association dentaire de la province de résidence de la personne éligible.

Rapatriement

Si la personne éligible décède conséquemment à un accident et ne se trouve pas à moins de 50km du lieu habituel de sa résidence, la Citadel versera jusqu’à un maximum de 25 000\$ pour la classe 1 et 10 000\$ pour la classe 2, pour les dépenses raisonnables et nécessaires véritablement engagées pour le transport de la dépouille du défunt au lieu funéraire le plus près du lieu habituel de sa résidence incluant les frais de préparation de la dépouille pour un tel transport.

Transport et hébergement de la famille

Si conséquemment à une blessure ou à une maladie, la personne éligible décède ou est alité pour soins prolongés dans un hôpital et ce, pendant au moins 4 jours consécutifs, la Citadel paiera les dépenses engagées par un membre de la famille immédiate pour le transport (incluant la pension et l’hébergement) afin de demeurer aux chevets de la personne éligible, jusqu’à un maximum de 10 000\$.

Exclusions et restrictions

- A. Ce plan ne couvre pas toute perte, fatale ou non, causée ou engendrée par :
 1. un suicide ou une blessure infligée intentionnellement dont une tentative soit lorsque la personne est saine d’esprit ou démente;
 2. une guerre déclarée ou non ou tout acte en découlant; la perpétration d’actes de terrorisme; la participation à une émeute, insurrection ou une insurrection civile;
 3. un service à temps plein au sein des forces armées de tout pays;

4. une grossesse ou un accouchement sauf s'il y a des complications en découlant qui seront alors traitées comme toute autre maladie;
5. un voyage effectué par la personne éligible dans le but d'obtenir un traitement médical, une évaluation ou une consultation sans égard à une recommandation d'un médecin;
6. la participation à tout sport professionnel;
7. la participation à des cascades ou acrobaties dans les airs, à de l'alpinisme, à du vol plané, à de la plongée sous-marine ou des épreuves de vitesse en appareils motorisés; ou

B. Le plan ne couvre également pas les fournitures ou services suivants ou les coûts associés à ceux-ci :

1. les dépenses couvertes par tout régime d'assurance gouvernemental d'hospitalisation, médical, dentaire ou de santé qu'elles soient payables ou non ou pour les dépenses pour lesquelles l'assurance est légalement interdite.

2. les examens médicaux pour l'usage d'un tiers, la chirurgie plastique et les services dentaires autres que ceux requis suite à un accident;
3. les médicaments expérimentaux non approuvés par le Conseil des drogues et médicaments, le département de la protection de la santé et Santé et Bien-être Canada, les contraceptifs oraux et les médicaments en attente de brevets;
4. les frais pour des traitements médicaux expérimentaux;
5. les services pour lesquels aucun frais n'est habituellement demandé s'il n'y avait aucune couverture d'assurance;
6. les dépenses engagées pour un traitement ou une opération qui, médicalement, pourrait être remise à plus tard soit jusqu'à ce que la personne éligible soit de retour dans sa province de résidence;
7. les dépenses médicales pour un traitement ou une opération que la personne éligible décide de subir hors de sa province de résidence après un traitement d'urgence ou un diagnostic de sa condition médicale qui (sur preuve médicale) n'empêcherait pas la personne éligible de retourner à sa province de résidence avant de subir un tel traitement ou une telle opération; ou
8. les dépenses médicales pour les services, le traitement ou les médicaments sous ordonnance fournis régulièrement à la personne éligible dans sa province de résidence avant le déplacement et dont la prise se continue pendant le déplacement.

C. Restrictions supplémentaires à la couverture:

1. La couverture pour chaque déplacement débute lorsque la personne éligible franchit la frontière de sa province de résidence ou si elle voyage par avion, lorsque l'avion décolle de sa province de résidence, pourvu que l'assurance soit en vigueur pour cette personne éligible.

La couverture pour chaque déplacement se termine lorsque la personne éligible franchit la frontière de sa province de résidence lors de son retour de voyage ou si elle voyage par avion lorsque l'avion atterrit à sa province de résidence ou 45 jours pour la classe 1 et 20 jours pour la

classe 2 suivant la date de départ de sa province de résidence, la période applicable devenant celle qui survient la première.

2. Toutes les dépenses doivent être engagées sur une base d'urgence sans option à l'extérieur de la province de résidence et sont en sus de tout régime hospitalisation ou médical individuel, de groupe ou endossé par un gouvernement.
3. De concert avec le médecin soignant, la Citadel se réserve le droit de transférer la personne éligible à un autre hôpital ou de demander le retour de la personne éligible dans sa province de résidence pour les traitements nécessaires. Dans l'éventualité où la personne éligible refuserait de coopérer, la Citadel ne serait plus responsable pour les dépenses engagées qui sont relatives à la condition engendrant le traitement après la date de transfert proposée.

“Urgence” signifie un événement qui est inattendu et non planifié d'avance et qui afflige une personne éligible de telle façon que la personne éligible se trouverait en danger permanent si un traitement médical immédiat n'était pas prodigué. Une telle urgence se termine lorsque le médecin soignant certifie que la personne éligible a la capacité de retourner dans sa province de résidence et aucun bénéfice supplémentaire ne sera payable quant à la condition qui a engendré l'urgence.