

ASSURANCE-SANTÉ

Assurance-santé personnelle et Choix protection-santé

GUIDE DU CONSEILLER

Dans ce guide :

Comparaison des produits
Renseignements sur les produits
Tarification
Administration

Table des matières

Survol	3
Choisir le bon produit	5
Vue d'ensemble des produits	7
Renseignements sur le contrat – Assurance-santé personnelle (ASP)	9
Renseignements sur le contrat – Choix protection-santé (CPS)	15
Caractéristiques et garanties	21
Médicaments d'ordonnance	21
Couverture pour les médicaments au Québec	21
Soins de santé complémentaires	22
Soins infirmiers et soins à domicile	22
Spécialistes paramédicaux	23
Soins dentaires	23
Soins de la vue	23
Soins médicaux d'urgence en voyage	23
Frais hospitaliers en chambre à deux lits et hôpital pour convalescence	24
Pour demander l'ASP ou le CPS	25
Conditions d'admissibilité et âge à l'établissement	25
Renouvellement, expiration, transformation – ASP et CPS	26
Garanties facultatives – ASP et CPS	26
Renseignements sur les primes et les tarifs	27
Délai de grâce	28
Processus de proposition	28
Pour présenter une proposition	29
Tarification	31
Décisions de tarification	32
Modifications après l'établissement du contrat – ASP	33
Modifications après l'établissement du contrat – CPS	34
Droit de mettre fin au contrat	35
Pour faire une demande de règlement	36
Application ma Sun Life mobile	36
Services Web	36
Demandes de règlement sur papier	37
Païement des médicaments d'ordonnance	38
Demandes de règlement de soins médicaux d'urgence en voyage	39
Exclusions générales	40
Règlement des frais remboursables	41
Règlements	41
Virement automatique	41
Avantages concurrentiels	42
Pour plus d'information	44

Survol

La Sun Life offre deux produits qui peuvent protéger les finances des Clients et les aident à obtenir les soins dont ils ont besoin : l'Assurance-santé personnelle (ASP) et le Choix protection-santé (CPS). Ces produits diminuent le risque d'avoir le fardeau des frais de soins préventifs ou de soins de santé à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Pourquoi avoir une conversation avec les Clients au sujet de l'ASP et du CPS?


Selon l'Indice de mieux-être des Canadiens Sun Life^{MD} de 2013, bon nombre de Canadiens s'attendent à ne rien payer pour les services de santé. La réalité est que les régimes d'assurance-maladie provinciaux ne couvrent pas tous les frais médicaux. Cela signifie qu'il y a des lacunes dans leur protection qui pourraient être dévastatrices sur le plan financier.

Voici quelques exemples de frais qui pourraient avoir des répercussions importantes sur les finances des Clients :

- médicaments d'ordonnance, traitements pour maladies chroniques ou maladies graves
- services médicaux urgents fournis dans un autre pays
- soins infirmiers fournis à domicile
- matériel médical d'aide à la mobilité

Les Clients veulent aussi une protection pour les aider à payer les frais des services qui les aident à rester en santé. Les frais pour les soins dentaires et autres services comme les traitements d'un chiropraticien, la massothérapie et les soins de la vue peuvent s'accumuler rapidement. Les Clients qui voyagent peuvent aussi vouloir un contrat qui couvre les soins médicaux d'urgence en voyage.

Lorsque vous rencontrez des Clients, ayez une conversation sur leur protection actuelle en matière de soins de santé et de soins dentaires. Leur protection est-elle suffisante? Sont-ils inquiets des frais médicaux imprévus? En présentant aux Clients l'ASP et le CPS, vous pouvez atténuer leurs inquiétudes et ouvrir la voie à des discussions sur les besoins d'assurance-santé. Une étude de la clientèle a démontré que les Clients qui possèdent déjà une assurance-santé sont plus ouverts à l'idée d'avoir aussi d'autres types d'assurance-santé¹.

Dans le présent guide, le symbole  est utilisé pour signaler un avantage concurrentiel de la Sun Life. **Nous présentons à la page 42 un sommaire de ces avantages concurrentiels.**

¹ Source : PMG Intelligence, 2013

Toujours selon l'Indice de mieux-être des Canadiens Sun Life^{MD} de 2013, bon nombre de Canadiens ne sont pas préparés pour faire face à un problème de santé grave. Les résultats démontrent l'importance de parler aux Clients des solutions d'assurance-santé de la Sun Life. Selon cette étude :

- 38 % d'entre eux n'ont pas d'assurance-santé collective;
- 81 % n'ont pas épargné précisément pour les frais de santé;
- seulement 21 % possèdent une assurance-santé personnelle; et
- 1 répondant sur 5 n'a pas d'assurance collective, ni d'assurance personnelle, ni aucune épargne pour couvrir les frais liés à un problème de santé grave.

Ce marché cible important représente une belle occasion de faire croître vos affaires.



LE SAVIEZ-VOUS?

Chaque province a son propre programme de médicaments d'ordonnance. Consultez le site Web de la province lorsque vous évaluez la protection actuelle du Client.

Quel est le marché cible de l'ASP et du CPS?

Certains groupes de Clients sont moins portés à avoir une protection appropriée pour les soins de santé et les soins dentaires ou pourraient perdre cette protection dans un proche avenir. Ces groupes comprennent notamment :

- les travailleurs autonomes, les propriétaires et les employés de petites entreprises;
- les retraités et les personnes qui approchent de la retraite;
- les contractuels et les personnes qui occupent des postes à temps partiel;
- les jeunes adultes, les couples ou les familles;
- les participants de régimes collectifs dont la protection est limitée;
- les personnes qui quittent leur régime collectif et celles qui perdent leurs garanties collectives.

Choisir le bon produit

Après avoir passé en revue la protection actuelle du Client et établi son besoin de protection supplémentaire, comment l'aidez-vous à choisir le produit qui lui convient? Vous pouvez vous servir de ce tableau pour vous guider :

Assurance-santé personnelle	Choix protection-santé
<p>Tarification médicale exigée.</p> <p>Les Clients qui n'ont pas de protection suffisante en matière d'assurance-santé ou dont la protection actuelle est limitée.</p> <p>Les Clients dont les garanties collectives prennent fin et qui acceptent de faire l'objet d'une tarification médicale.</p> <p>Les propriétaires de petites entreprises qui offrent cette protection à leurs personnes clés.</p>	<p>Aucune tarification médicale n'est exigée. Les Clients sont admissibles si la demande est faite dans les 60 jours suivant la date où ils quittent un régime de garanties collectives au travail ou un régime de garanties pour retraités.</p> <p>Les Clients dont l'emploi prend fin, particulièrement s'ils ont un problème de santé antérieur. Certains frais remboursables ne sont exclus en raison d'un problème de santé antérieur².</p> <p>Les Clients qui désirent une protection qui prend effet le plus tôt possible.</p> <p>Astuce : <i>Les Clients qui acceptent de faire l'objet de la tarification médicale peuvent songer à l'ASP, car ils peuvent obtenir des plafonds de couverture plus élevés.</i></p>

Pour aider un Client à décider du produit qui lui convient, discutez des inquiétudes qu'il peut avoir au sujet des frais de soins de santé. Par exemple, un Client qui quitte un régime collectif et a un problème médical antérieur pourrait quand même obtenir une ASP avec certaines exclusions. La formule standard ou améliorée de l'ASP procure au Client une certaine protection contre de très lourdes dépenses même si les frais liés à son problème de santé antérieur ne sont pas couverts.

² Les frais remboursables et les plafonds de couverture seront différents de ceux du régime collectif que les Clients possédaient auparavant.



Étude de cas

Paul et Lise sont tous deux âgés de 62 ans. Paul prend sa retraite à la fin de l'année; Lise a pris sa retraite il y a deux ans. Leur régime de garanties collectives au travail ou leur régime de garanties pour retraités prend fin lorsque Paul prend sa retraite.

Paul est en santé et Lise maîtrise son hypertension avec des médicaments. Ils ont tous deux des examens dentaires réguliers et reçoivent périodiquement des traitements auprès d'un massothérapeute autorisé.

Ils ont confiance qu'ils peuvent assumer les frais de médicaments existants de Lise, mais ils se soucient des autres frais médicaux qui pourraient survenir durant la retraite. Ils travaillent donc avec leur conseiller, Brian, pour décider s'ils devraient faire une demande d'assurance supplémentaire.

Brian leur recommande de demander une ASP, car ce contrat offre des plafonds plus élevés que le CPS. Ils sont tous deux approuvés, mais l'assurance de Lise, en raison de son hypertension, comprend certaines exclusions. Avec leur contrat d'ASP en place, ils ont plus confiance qu'ils continueront d'obtenir les soins de santé dont ils ont besoin et de gérer les frais inattendus à la retraite.

Vue d'ensemble des produits

Le tableau ci-dessous offre une vue d'ensemble des produits ASP et CPS. Il vous aidera à déterminer le meilleur produit pour les Clients.

	ASP	CPS
Formules offertes	<ul style="list-style-type: none"> • Formule de base • Formule standard • Formule améliorée 	<ul style="list-style-type: none"> • Option soins de santé et dentaires A (CPS A) • Option soins de santé B (CPS B) • Option soins de santé C (CPS C)
Options de couverture	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture pour une personne pour les particuliers • Couverture pour plusieurs personnes pour les couples ou familles • La copropriété n'est pas permise • Garanties facultatives offertes • Le contrat ne peut pas être personnalisé 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture pour une personne pour les particuliers • Couverture pour plusieurs personnes pour les couples ou familles • La copropriété n'est pas permise • Garanties facultatives offertes • Le contrat ne peut pas être personnalisé
Âge à l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> • 69 ans ou moins à la date de la proposition d'ASP • Renouvelable pour les Clients âgés de 70 ans ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> • 74 ans ou moins à la date de la proposition du CPS • Renouvelable pour les Clients âgés de 75 ans ou plus
Conditions d'admissibilité	<ul style="list-style-type: none"> • Être résident du Canada • Être couvert par un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial • Les résidents du Québec doivent être couverts pour les médicaments par le régime collectif d'un employeur ou celui d'un ordre ou d'une association en leur qualité de membres, sinon, par le régime de la RAMQ • Être le propriétaire du contrat ou avoir un lien avec lui (voir précisions à la page 25) 	<ul style="list-style-type: none"> • Être résident du Canada • Être couvert par un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial • Les résidents du Québec doivent aussi être couverts pour les médicaments par le régime collectif d'un employeur ou celui d'un ordre ou d'une association en leur qualité de membres, sinon, par le régime de la RAMQ • Avoir été couvert par un régime collectif dans les 60 jours précédant la date de la proposition de CPS • Être le propriétaire du contrat ou avoir un lien avec lui (voir précisions à la page 25)
Renouvellement, expiration, transformation	<ul style="list-style-type: none"> • Renouvelable pour les Clients âgés de 70 ans ou plus • Contrat autonome, garanti renouvelable • Renouvelable chaque année • Non transformable • L'assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage de la formule standard et de la formule améliorée expire au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée 	<ul style="list-style-type: none"> • Renouvelable pour les Clients âgés de 75 ans ou plus • Contrat autonome, garanti renouvelable • Renouvelable chaque année • Non transformable • L'assurance pour soins médicaux d'urgence en voyage des options CPS B et C expire au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée
Prime calculée en fonction de :	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Type de contrat • Province de résidence • Toute surprime en raison de la corpulence 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Type de contrat • Province de résidence

Le tableau ci-dessous est la suite de celui de la page précédente.

	ASP	CPS
Décisions de tarification	<p>On tient compte du coût des médicaments, de l'évolution de la maladie et de tout problème de santé antérieur.</p> <p>Décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Établissement standard • Modifiée – l'offre faite comprend des exclusions en raison d'un traitement ou d'un problème de santé antérieur. Il peut y avoir une surprime en raison des antécédents médicaux de la personne. • Refus – la couverture n'est pas offerte si le proposant : <ul style="list-style-type: none"> – est actuellement en attente d'évaluations ou d'examens recommandés par un médecin; – est en attente d'une intervention chirurgicale; ou – a déjà eu certaines maladies ou problèmes de santé (voir la liste partielle dans la partie sur la tarification). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les Clients doivent faire leur demande dans les 60 jours suivant la date où ils quittent un régime de garanties collectives au travail ou un régime de garanties pour retraités. • Aucune preuve d'assurabilité n'est requise. • Pour pouvoir obtenir l'assurance dentaire facultative, le Client devait bénéficier d'une assurance dentaire au titre de son régime de garanties collectives.
Frais d'administration/ frais de contrat	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucuns

Renseignements sur le contrat – Assurance-santé personnelle (ASP)

Médicaments d'ordonnance

Maintenant que vous avez une vue d'ensemble des deux produits, c'est le temps d'entrer dans les détails pour mieux aider les Clients. Ce tableau vous donne des renseignements sur l'ASP.

Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
<ul style="list-style-type: none">• Remboursement – 60 %• Maximum de 750 \$ par année• Contraceptifs oraux exclus• Maximum de 5 \$ par ordonnance pour les frais de préparation des médicaments	<ul style="list-style-type: none">• Remboursement de 70 % sur la première tranche de 7 000 \$ de frais annuels remboursables (frais payés de 4 900 \$)• Remboursement de 100 % sur la tranche suivante de 93 000 \$ de frais annuels remboursables• Contraceptifs oraux exclus• Remboursement complet des frais d'usage et raisonnables pour la préparation des médicaments	<ul style="list-style-type: none">• Remboursement de 80 % sur la première tranche de 5 000 \$ de frais annuels remboursables (frais payés de 4 000 \$)• Remboursement de 100 % sur la tranche suivante de 245 000 \$ de frais annuels remboursables• Contraceptifs oraux inclus• Remboursement complet des frais d'usage et raisonnables pour la préparation des médicaments
<p>Les trois formules du contrat comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• Carte-médicaments à paiement direct en dehors du Québec (cette carte n'est pas offerte aux résidents du Québec*)• Aucune franchise• Médicaments de désaccoutumance au tabac (maximum viager de 250 \$)• Accès à l'application ma Sun Life mobile		

* Les résidents du Québec ne reçoivent pas de carte-médicaments à paiement direct. Ils devront remplir un formulaire et le soumettre, mais seulement après avoir demandé un remboursement à leur régime provincial ou à leur régime collectif privé.

Soins de santé complémentaires

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins de santé complémentaires associés à l'ASP.

	Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 60 %³ • Aucune franchise 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 %³ • Aucune franchise 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 %³ • Aucune franchise
Prothèses auditives	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 400 \$ tous les cinq ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 500 \$ tous les cinq ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 600 \$ tous les cinq ans
Soins dentaires à la suite d'un accident	<ul style="list-style-type: none"> • 2 000 \$ par fracture ou blessure 		
Services ambulanciers	<ul style="list-style-type: none"> • Transport terrestre et aérien par service ambulancier 		
Soins infirmiers et soins de soutien à domicile ⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 2 500 \$ par année pour les soins infirmiers et soins de soutien à domicile, sous réserve d'un maximum viager global de 20 000 \$ pour ces soins combinés aux fournitures et aux services médicaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum combiné de 5 000 \$ par année et maximum viager global de 25 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum combiné de 10 000 \$ par année et maximum viager global de 30 000 \$

³ Voir les maximums qui figurent dans le tableau.

⁴ Les soins infirmiers à domicile comprennent les soins dispensés par une infirmière ou une infirmière auxiliaire autorisée.

Soins de santé complémentaires (suite)

Le tableau ci-dessous est la suite de celui de la page précédente sur les soins de santé complémentaires associés à l'ASP.

	Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
Fournitures et services médicaux	Les services suivants comportent un maximum de 2 500 \$ par année, sous réserve d'un maximum viager global de 20 000 \$ pour les fournitures et les services médicaux combinés aux soins infirmiers et aux soins de soutien à domicile :	Les services suivants sont dotés d'un maximum annuel de 5 000 \$:	Les services suivants sont dotés d'un maximum annuel de 5 000 \$:
Québec seulement : IRM, échographie, TDM et tomographie par ordinateur médicalement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Maximum global de 750 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> Frais raisonnables et d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> Frais raisonnables et d'usage
Chaussures orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 150 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 225 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 250 \$ par année
Glycomètre	<ul style="list-style-type: none"> 150 \$ tous les cinq ans 	<ul style="list-style-type: none"> 300 \$ tous les cinq ans 	
Perruques et postiches médicalement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 100 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum viager de 500 \$ 	
Fauteuils roulants, cadres de marche et équipement de traction	<ul style="list-style-type: none"> Maximum viager de 1 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum viager de 4 000 \$ 	
Lit d'hôpital, oxygène, système de surveillance du glucose en continu	<ul style="list-style-type: none"> Frais raisonnables et d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum viager de 1 500 \$ pour un lit d'hôpital 	
Attelles, béquilles		<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 500 \$ par année 	
Appareils de prothèse (par ex. membres artificiels)	<ul style="list-style-type: none"> Frais raisonnables et d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> Frais raisonnables et d'usage Prothèse mammaire : maximum de 200 \$ par année 	

Spécialistes paramédicaux

Ce tableau vous donne des renseignements sur les services des spécialistes paramédicaux associés à l'ASP.

Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 60 % • Maximum de 25 \$ par visite • Psychologue/travailleur social – maximum de 35 \$/visite, jusqu'à concurrence de 500 \$ par année • Maximum de 250 \$ par année, par type de spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 % • Aucun maximum par visite • Psychologue/travailleur social – maximum de 1 000 \$ par année • Maximum de 300 \$ par année, par type de spécialiste 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 % • Aucun maximum par visite • Psychologue/travailleur social – maximum de 1 500 \$ par année • Maximum de 400 \$ par année, par type de spécialiste
<p>Les spécialistes paramédicaux comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chiropraticien, y compris un examen radiologique par année civile • Massothérapeute autorisé • Naturopathe et acupuncteur • Ostéopathe, y compris un examen radiologique par année civile • Physiothérapeute • Podiatre ou chiropodiste, y compris un examen radiologique par année civile • Orthophoniste • Psychologue/travailleur social 		

Nota : Les Clients doivent d'abord présenter leurs demandes de règlement à leur régime provincial. Toute portion impayée remboursable d'une demande de règlement peut ensuite être présentée au titre de cette couverture.

Soins dentaires

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins dentaires associés à l'ASP.

	Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
Soins préventifs	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement - 60 % • Maximum de 500 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement - 70 % • Maximum de 750 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement - 80 % • Maximum de 750 \$ par année
	<p>Les soins préventifs comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examens, diagnostics, tests, radiographies et analyses de laboratoire • Appareils de maintien d'espace, pour les enfants de moins de 12 ans • Scellement de puits et fissures, pour les personnes de moins de 19 ans • Délai d'attente de 3 mois avant l'entrée en vigueur de la couverture • Obturations à base de matériaux esthétiques • Détartrage et extractions mineures • Examens périodiques tous les 9 mois 		
Soins de reatauration	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement - 50 % • Maximum de 500 \$ par année • Délai d'attente d'un an avant l'entrée en vigueur de la couverture • Soins d'endodontie et de périodontie, chirurgie buccale, couronnes, recouvrements, ponts, dentiers et réparations aux dentiers inclus
Soins d'orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement - 60 % • Maximum viager de 1 500 \$ • Délai d'attente de 2 ans avant l'entrée en vigueur de la couverture

Soins de la vue

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins de la vue associés à l'ASP.

Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement - 100 % • Maximum de 250 \$ tous les deux ans (maximum de 300 \$ tous les deux ans pour la formule améliorée), y compris un maximum de 50 \$ par examen de la vue • Délai d'attente d'un an avant l'entrée en vigueur de la couverture • Lunettes, lentilles cornéennes, lunettes de soleil sur ordonnance et chirurgie oculaire au laser 	

Soins médicaux d'urgence en voyage

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins médicaux d'urgence en voyage associés à l'ASP.

Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
<ul style="list-style-type: none">Aucune couverture	<ul style="list-style-type: none">Remboursement – 100 %Maximum viager de 1 000 000 \$Couverture pendant les 60 premiers jours d'un voyageCouverture lors d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du Client et à l'extérieur du CanadaVoyages multiples autorisésLa couverture prend fin au 80^e anniversaire de naissance de la personne assuréeSi le Client souffre d'un état de santé antérieur dont les symptômes sont apparus ou ont requis une attention médicale, une hospitalisation ou un traitement (y compris un changement de médicaments ou de posologie d'un médicament) pendant les 9 mois précédant le voyage, les frais liés à cet état de santé ne sont pas couverts	

Frais hospitaliers en chambre à deux lits

Ce tableau vous donne des renseignements sur les frais hospitaliers en chambre à deux lits associés à l'ASP.

Formule de base	Formule standard	Formule améliorée
<p>Songez à ajouter la couverture facultative pour frais hospitaliers en chambre à deux lits à ces formules. Cela permettra de bénéficier en outre de ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none">Remboursement – 85 %Jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour; plafond de 5 000 \$ par annéeHôpital pour convalescence : 20 \$ par jour, maximum de 180 jours par incident		

Nota : Les primes pour l'ASP sont revues chaque année et peuvent changer. La Sun Life donne un préavis de 30 jours au propriétaire du contrat si les primes changent. Le changement se fonde sur les résultats techniques d'un groupe d'âge complet pour une série de contrats donnée; il ne se fonde jamais sur les résultats liés aux demandes de règlement personnelles d'un particulier.

Renseignements sur le contrat – Choix protection-santé (CPS)

Médicaments d'ordonnance

Le tableau ci-dessous vous donne des renseignements sur le CPS.

Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
<ul style="list-style-type: none">• Remboursement – 80 %• Maximum de 500 \$ par année• Maximum de 5 \$ par ordonnance pour les frais de préparation des médicaments	<ul style="list-style-type: none">• Remboursement – 80 %• Maximum de 1 300 \$ par année• Remboursement complet des frais d'usage et raisonnables pour la préparation des médicaments	<ul style="list-style-type: none">• Remboursement – 80 %• Maximum de 2 600 \$ par année• Remboursement complet des frais d'usage et raisonnables pour la préparation des médicaments
<p>Les trois formules du contrat comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none">• Carte-médicaments à paiement direct en dehors du Québec (cette carte n'est pas offerte aux résidents du Québec*)• Aucune franchise• Médicaments de désaccoutumance au tabac (maximum viager de 250 \$)• Accès à l'application ma Sun Life mobile		

* Les résidents du Québec ne reçoivent pas de carte-médicaments à paiement direct. Ils devront remplir un formulaire et le soumettre, mais seulement après avoir demandé un remboursement à leur régime provincial ou à leur régime collectif privé.

Soins de santé complémentaires

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins de santé complémentaires associés au CPS.

	Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
	• Remboursement – 80 % ⁵	• Remboursement – 100 % ⁵	• Remboursement – 100 % ⁵
Prothèses auditives	• Maximum de 300 \$ tous les 5 ans	• Maximum de 400 \$ tous les 5 ans	• Maximum de 600 \$ tous les 5 ans
Soins dentaires à la suite d'un accident	• 2 000 \$ par fracture ou blessure	• Maximum viager de 5 000 \$	
Services ambulanciers	• Transport par ambulance terrestre		• Transport aérien : maximum de 5 000 \$ par incident
	• Aucune couverture pour le transport aérien		
Soins infirmiers à domicile ⁶	• Maximum de 2 500 \$ par année pour les soins infirmiers à domicile, sous réserve d'un maximum viager global de 20 000 \$ pour ces soins combinés aux fournitures et aux services médicaux	• Maximum de 5 000 \$ par année et maximum viager de 25 000 \$	

⁵ Voir les maximums qui figurent dans le tableau.

⁶ Les soins infirmiers à domicile comprennent les services des infirmières ou infirmiers et infirmières ou infirmiers auxiliaires.

Soins de santé complémentaires (suite)

Le tableau ci-dessous est la suite de celui de la page précédente sur les soins de santé complémentaires associés au CPS.

	Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
Fournitures et services médicaux	Les services suivants comportent un maximum de 2 500 \$ par année, sous réserve d'un maximum viager global de 20 000 \$ pour les fournitures et les services médicaux combinés aux soins infirmiers à domicile :	Les services suivants sont dotés d'un maximum annuel global de 2 500 \$:	Les services suivants sont dotés d'un maximum annuel global de 5 000 \$:
Québec seulement : IRM, échographie, TDM et tomographie par ordinateur médicalement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais raisonnables et d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais raisonnables et d'usage
Chaussures orthopédiques	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 200 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 250 \$ par année 	
Glycomètres	<ul style="list-style-type: none"> • 150 \$ tous les cinq ans 	<ul style="list-style-type: none"> • 250 \$ tous les cinq ans 	<ul style="list-style-type: none"> • 300 \$ tous les cinq ans
Perruques et postiches médicalement nécessaires	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 100 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum viager de 350 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum viager de 500 \$
Fauteuils roulants, cadres de marche et équipement de traction	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum viager de 1 000 \$ 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum viager de 4 000 \$ 	
Lit d'hôpital, oxygène, système de surveillance du glucose en continu	<ul style="list-style-type: none"> • Frais raisonnables et d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum viager de 1 500 \$ pour un lit d'hôpital 	
Attelles, béquilles		<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 300 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximum de 500 \$ par année
Appareils de prothèse (par ex. membres artificiels)	<ul style="list-style-type: none"> • Frais raisonnables et d'usage 	<ul style="list-style-type: none"> • Frais raisonnables et d'usage • Prothèse mammaire : maximum de 200 \$ par année 	

Spécialistes paramédicaux

Ce tableau vous donne des renseignements sur les services des spécialistes paramédicaux associés au CPS.

Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 80 % • Maximum de 25 \$ par visite • Jusqu'à concurrence de 250 \$ par spécialiste, sauf pour les psychologues • Psychologue/travailleur social – 60 \$/visite, jusqu'à concurrence de 300 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 % • Aucun maximum par visite • 300 \$ par année, par type de spécialiste, et un maximum combiné de 500 \$ par année civile • Psychologue/travailleur social – 70 \$/visite, jusqu'à concurrence de 7 visites 	<ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 % • Aucun maximum par visite • 300 \$ par année, par type de spécialiste, et un maximum combiné de 650 \$ par année civile • Psychologue/travailleur social – 75 \$/visite, jusqu'à concurrence de 10 visites
<p>Les spécialistes paramédicaux comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chiropraticien, y compris un examen radiologique par année civile • Massothérapeute autorisé • Naturopathe et acupuncteur • Ostéopathe, y compris un examen radiologique par année civile • Physiothérapeute • Podiatre ou chiropodiste, y compris un examen radiologique par année civile • Orthophoniste 		

Nota : Nous pouvons modifier les tarifs chaque année. Si nous les modifions, nous donnerons un préavis écrit de 30 jours au propriétaire du contrat avant la modification.

Soins de la vue

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins de la vue associés au CPS.

Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
<p>Les trois formules du contrat comprennent ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remboursement – 100 % • Maximum de 150 \$ tous les deux ans (200 \$ maximum tous les 2 ans pour l'Option soins de santé B ou 300 \$ maximum tous les 2 ans pour l'Option soins de santé C), y compris un maximum de 50 \$ par examen de la vue • Couverture pour lunettes, lentilles cornéennes et lunettes de soleil sur ordonnance et chirurgie oculaire au laser 		

Soins médicaux d'urgence en voyage

Ce tableau vous donne des renseignements sur les soins médicaux d'urgence en voyage associés au CPS.

Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
<ul style="list-style-type: none"> Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> Remboursement – 100 % Maximum viager de 1 000 000 \$ Couverture pendant les 60 premiers jours d'un voyage Couverture lors d'un voyage à l'extérieur de la province de résidence du Client et à l'extérieur du Canada Voyages multiples autorisés La couverture prend fin au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée Si le Client souffre d'un état de santé antérieur dont les symptômes sont apparus ou ont requis une attention médicale, une hospitalisation ou un traitement (y compris un changement de médicaments ou de posologie d'un médicament) pendant les 9 mois précédant le voyage, les frais liés à cet état de santé ne sont pas couverts 	

Frais hospitaliers en chambre à deux lits

Ce tableau vous donne des renseignements sur les frais hospitaliers en chambre à deux lits associés au CPS.

Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
<ul style="list-style-type: none"> Remboursement – 50 % Maximum de 5 000 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 175 \$ par jour 	<ul style="list-style-type: none"> Maximum de 200 \$ par jour
	<ul style="list-style-type: none"> Remboursement – 85 % Maximum de 5 000 \$ par année Hôpital pour convalescence : 20 \$ par jour, maximum de 180 jours par incident 	

Plafonds des frais remboursables

Ce tableau vous donne des renseignements sur le plafond des frais remboursables associés au CPS.

Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
<ul style="list-style-type: none"> Maximum viager de 250 000 \$⁷ 		<ul style="list-style-type: none"> Maximum viager de 300 000 \$⁷

⁷ Le maximum viager s'applique aux frais de médicaments, aux frais de soins de santé complémentaires, aux frais de soins de la vue et aux frais hospitaliers en chambre à deux lits.

Soins dentaires

Il se peut que les Clients veuillent ajouter une couverture pour soins dentaires. Examinez les options présentées dans ce tableau pour aider les Clients à choisir celle qui répond à leurs besoins.

Nota : La couverture pour soins dentaires est facultative. Pour être admissibles à cette couverture, toutes les personnes dont le nom figure sur la proposition doivent avoir bénéficié de cette couverture au titre du régime de garanties collectives du Client. Vous pouvez offrir aux Clients les garanties facultatives suivantes : soins dentaires préventifs et soins dentaires de restauration majeurs. Le Client peut les ajouter à l'Option soins de santé B ou C.

	Option soins de santé et dentaires A	Option soins de santé B	Option soins de santé C
Soins préventifs	<ul style="list-style-type: none"> • Inclus • Remboursement – 80 % • Maximum de 700 \$ par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement – 80 % • Maximum de 700 \$ par année pour ces soins combinés aux soins de restauration 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement – 80 % • 1^{re} année : maximum de 750 \$ par année • 2^e année et suivantes : maximum de 1 000 \$ par année pour ces soins combinés aux soins de restauration
	<p>Les soins préventifs comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examens et diagnostics • Tests, radiographies et analyses de laboratoire • Obturations à base de matériaux esthétiques • Détartrage et extractions • Soins d'urgence mineurs • Appareils de maintien d'espace, pour les enfants de moins de 12 ans • Scellement de puits et fissures, pour les personnes de moins de 19 ans • Examens de rappel tous les neuf mois 		
Soins de restauration	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement de 50 % des frais • Maximum de 700 \$ par année pour ces soins combinés aux soins préventifs • Délai d'attente d'un an avant l'entrée en vigueur de la couverture 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantie facultative • Remboursement de 50 % des frais • 1^{re} année : aucune couverture • 2^e année et suivantes : maximum de 1 000 \$ par année pour ces soins combinés aux soins préventifs • Délai d'attente d'un an avant l'entrée en vigueur de la couverture
	<p>Les soins de restauration comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins d'endodontie • Soins de parodontie • Chirurgie buccale • Couronnes • Recouvrements • Ponts • Dentiers (et réparations aux dentiers) 		

Caractéristiques et garanties



ASTUCE! Nous ferons référence à différents niveaux de couverture du contrat CPS dans ce guide en utilisant les formes abrégées suivantes :

CPS A = Option soins de santé et dentaires A

CPS B = Option soins de santé B

CPS C = Option soins de santé C

Médicaments d'ordonnance

Bon nombre de Clients se soucient du paiement des médicaments d'ordonnance. Ces coûts s'accumulent avec le temps et peuvent être très lourds lorsqu'on doit faire face à une maladie grave ou chronique. Les contrats ASP et CPS offrent différents niveaux de couverture des médicaments d'ordonnance, y compris une protection pour les médicaments onéreux dans les formules standard et améliorée de l'ASP.

Par exemple, une personne admissible au remboursement de médicaments à raison de 20 000 \$ en une année se verrait rembourser 17 900 \$ au titre de la formule standard de l'ASP. Cette personne pourrait se faire rembourser 19 000 \$ au titre de la formule améliorée de l'ASP.

Le cas échéant, les Clients doivent d'abord présenter leurs demandes de règlement d'assurance-médicaments à leur régime provincial. Toute portion impayée remboursable d'une demande de règlement peut ensuite être présentée à la Sun Life. La liste des médicaments couverts par une assurance-médicaments s'appelle « formulaire ». Certains médicaments d'ordonnance peuvent ne pas figurer sur le formulaire provincial, mais être inclus dans le formulaire plus exhaustif de l'ASP ou du CPS.

Les formulaires de médicaments couverts par l'ASP et le CPS comprennent les médicaments génériques et de marque. Les Clients peuvent utiliser l'application **ma Sun Life mobile** pour obtenir des renseignements sur un médicament et en savoir plus sur la possibilité de substitution d'un médicament générique ou d'une thérapie parallèle (en vigueur depuis octobre 2014).

Couverture pour les médicaments au Québec

Les résidents du Québec doivent être couverts pour les médicaments par un régime de garanties collectives au travail, un régime de garanties pour retraités ou un régime d'un ordre ou d'une association en leur qualité de membres, sinon par le régime de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Toutes les demandes de règlement de frais de médicaments sur ordonnance doivent d'abord être présentées à la RAMQ ou au régime de garanties collectives au travail ou au régime de garanties pour retraités.

Soins de santé complémentaires

Les frais de soins de santé complémentaires couverts par les contrats ASP et CPS comprennent :

- prothèses auditives;
- dommages accidentels aux dents;
- services ambulanciers;
- soins infirmiers à domicile;
- soins à domicile (ASP seulement); et
- fournitures et services médicaux.

Ces fournitures et services peuvent aider un Client à récupérer à la suite d'une maladie ou d'un accident ou l'aider à améliorer sa qualité de vie pour faire face à une maladie chronique ou au vieillissement.

Soins infirmiers et soins à domicile

Les services d'une infirmière et d'une infirmière auxiliaire autorisée sont couverts lorsque les services d'une infirmière sont nécessaires. Les formules de base, standard et améliorée de l'ASP couvrent les services de soins à domicile, ce qui comprend les services de soins personnels d'un travailleur certifié de soutien à domicile. Un travailleur certifié de soutien à domicile est une personne autorisée à donner des services de soins personnels comme de l'aide pour se laver, s'habiller, se déplacer et les rappels de prise de médicaments. Les travailleurs certifiés de soutien à domicile peuvent avoir des titres différents selon la province où ils fournissent des soins. Par exemple, en Ontario, l'appellation communément utilisée est aide au service de soutien personnel, alors qu'en Alberta, l'appellation aide-soignant est utilisée.



LE SAVIEZ-VOUS?

Le risque est de 90 % qu'un membre d'un couple dont l'âge moyen est de 65 ans souffre d'un problème de santé important avant l'âge de 93 ans⁸.



Étude de cas

Catherine a 67 ans. Elle a récemment subi une intervention chirurgicale de remplacement du genou et est temporairement incapable d'effectuer certaines activités de la vie quotidienne. Son médecin est d'avis qu'elle a besoin de l'aide d'un travailleur certifié de soutien à domicile à raison de 10 heures par semaine pendant un mois. La couverture maximale à laquelle elle est admissible au titre de son régime provincial est de cinq heures par semaine. Catherine a la formule améliorée de l'ASP, qui lui fournit jusqu'à 10 000 \$ par année et un maximum viager de 30 000 \$ pour l'ensemble des soins infirmiers à domicile et des services de soutien à domicile. Le processus d'approbation préalable de la Sun Life établit que son ASP paiera pour les cinq heures supplémentaires de soins dont Catherine a besoin pendant la période de quatre semaines.

⁸ Interprétation de la Sun Life des « Tables des taux d'incidence des maladies graves au Canada de 2008 » publiées par l'Institut canadien des actuaires en juillet 2012 et la « Table de mortalité des retraités canadiens » publiée par l'Institut canadien des actuaires en 2014.

Spécialistes paramédicaux

Les services fournis par les spécialistes paramédicaux peuvent aider une personne à récupérer d'un accident ou d'une blessure et l'aider à se maintenir en santé. Les chiropraticiens, les massothérapeutes autorisés, les physiothérapeutes et les psychologues/travailleurs sociaux sont des exemples de spécialistes paramédicaux dont les services sont couverts par les contrats ASP et CPS.

Les formules standard et améliorée de l'ASP n'ont pas de maximum par visite. 🌀

Soins dentaires

Des examens et nettoyages réguliers sont importants pour le maintien de la santé bucco-dentaire et la santé en général.

Les soins dentaires préventifs pour le maintien de la santé bucco-dentaire sont soit inclus, ou facultatifs, dans toutes les formules des contrats. Le remboursement de soins dentaires de restauration comme l'endodontie, la périodontie et les chirurgies buccales font partie de la protection facultative de la formule améliorée de l'ASP et des options CPS B et C.

La formule améliorée de l'ASP avec assurance dentaire comprend aussi une couverture pour l'orthodontie.

Soins de la vue

Des examens réguliers de la vue peuvent permettre de détecter des symptômes d'autres problèmes de santé. Les soins de la vue font partie de toutes les formules, sauf l'ASP de base, pour aider à couvrir l'achat de lunettes et de lentilles cornéennes sur ordonnance et les frais d'un examen de la vue tous les deux ans.

Soins médicaux d'urgence en voyage

Toutes les formules, sauf l'ASP de base et le CPS A, couvrent des services médicaux d'urgence en voyage reçus à l'extérieur de la province de résidence d'une personne assurée s'ils surviennent au cours des 60 premiers jours d'un voyage. La couverture demeure en vigueur jusqu'au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée. 🌀

Certaines limites s'appliquent à la couverture pour soins médicaux d'urgence en voyage. Par exemple, nous pouvons exiger que le médecin traitant fournisse des preuves médicales attestant que l'état de santé de la personne assurée était stable depuis au moins neuf mois avant son départ de sa province de résidence. Encouragez les Clients à lire leur contrat pour comprendre ce qui est couvert. L'étude de cas suivante illustre comment les Clients avec des problèmes de santé antérieurs peuvent quand même bénéficier de la protection pour soins médicaux d'urgence en voyage grâce au contrat ASP ou CPS.



Étude de cas

Jean a 67 ans et souffre d'un problème cardiaque. Mais cela ne l'a pas empêché de passer deux mois par année en Floride chaque année.

En route vers le parcours de golf, la voiture de Jean a été heurtée par un autre conducteur qui a brûlé un feu rouge. Il a subi une fracture de la jambe et a été transporté à l'hôpital où il a eu besoin de radiographies, d'un plâtre et de médicaments antidouleur. Tout de suite après l'accident, l'épouse de Jean a appelé notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence pour savoir s'il était couvert. Heureusement, Jean avait un contrat ASP standard qui comprend les soins médicaux d'urgence en voyage. Parce que l'urgence de Jean n'était pas liée à son problème cardiaque, ses frais médicaux ont été couverts.

Frais hospitaliers en chambre à deux lits et hôpital pour convalescence

Les frais hospitaliers en chambre à deux lits sont couverts par tous les contrats CPS et sont facultatifs pour tous les contrats ASP. Une chambre à deux lits est importante lorsqu'on désire protéger son intimité. Les salles communes sont habituellement occupées par quatre patients.

Cette protection comprend le logement dans un hôpital pour convalescence, sauf pour l'option CPS A. Un Client peut séjourner dans un hôpital pour convalescence lorsqu'il récupère d'une blessure ou d'une maladie.

Pour demander l'ASP ou le CPS

Conditions d'admissibilité et âge à l'établissement

Lorsqu'un Client est prêt à faire une demande, vérifiez s'il répond aux critères d'admissibilité et aux exigences d'âge à l'établissement.

Exigences	ASP	CPS
Âge à l'établissement	Avoir 69 ans ou moins à la date de la proposition d'ASP (renouvelable dans le cas des Clients âgés de 70 ans ou plus)	Avoir 74 ans ou moins à la date de la proposition de CPS (renouvelable dans le cas des Clients âgés de 75 ans ou plus)
Critères	<ul style="list-style-type: none"> • Être résident du Canada • Être couvert par un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial • Être le propriétaire du contrat ou être lié au propriétaire du contrat de l'une des façons suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - par un mariage légal ou par une union civile avec le propriétaire du contrat; - vivre avec le propriétaire du contrat dans le cadre d'une relation conjugale et être présenté comme son conjoint; ou - être un enfant né du propriétaire du contrat, un enfant qu'il a adopté ou un enfant de son conjoint qui n'est pas marié et qui dépend entièrement de lui pour ses moyens de subsistance et son soutien et qui est : <ul style="list-style-type: none"> a) âgé de moins de 21 ans; b) âgé de moins de 25 ans s'il fréquente à temps complet un collège ou une université; ou c) incapable de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale qui survient pendant qu'il dépend entièrement du propriétaire du contrat pour ses moyens de subsistance et son soutien et pendant qu'il est admissible aux termes de a) ou b) ci-dessus. <p>Toutes les personnes assurées doivent répondre à ces critères et continuer d'y répondre pendant que le contrat est en vigueur.</p>	
Régime de garanties collectives antérieur	Ne s'applique pas	Chaque personne dont le nom figure sur la proposition doit avoir bénéficié d'une couverture semblable au titre d'un régime de garanties collectives au travail ou d'un régime de garanties pour retraités dans les 60 jours de la date de la proposition. Par exemple, pour faire une demande de CPS avec protection pour soins dentaires, le proposant doit avoir été couvert pour les soins dentaires par son régime collectif.
Exigence pour les résidents du Québec	Les résidents du Québec doivent être couverts pour les médicaments par le régime collectif d'un employeur ou celui d'un ordre ou d'une association en leur qualité de membres, sinon par le régime de la RAMQ, et ils doivent conserver cette couverture.	

Renouvellement, expiration, transformation

- Les primes d'ASP sont renouvelées chaque année et peuvent changer. Le propriétaire du contrat reçoit un préavis minimum de 30 jours si les primes changent.
- Tant que les primes sont payées et à jour, le contrat n'expire pas, à moins que le propriétaire du contrat n'y mette fin; sinon, le contrat expire à son décès.
- La couverture pour soins médicaux d'urgence en voyage de l'ASP standard ou améliorée et des CPS B et C expire au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée.
- Ces contrats ne sont pas transformables.

LE SAVIEZ-VOUS?



Les primes d'ASP sont revues chaque année et peuvent changer. La Sun Life donne un préavis minimum de 30 jours au propriétaire du contrat si les primes changent. Le changement se fonde sur les résultats techniques d'un groupe d'âge complet pour une série de contrats donnée; il ne se fonde jamais sur les résultats liés aux demandes de règlement personnelles d'un particulier.

Garanties facultatives

Avant de terminer une proposition, n'oubliez pas de passer en revue les garanties facultatives avec les Clients.

	ASP	CPS
Soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture offerte uniquement pour la formule standard et la formule améliorée • La couverture doit être choisie au moment où l'on remplit la proposition • La couverture facultative prend fin lorsque le contrat de base prend fin • Les primes et les paliers sont établis de la même façon que pour le contrat de base 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture offerte avec les CPS B et C • Le Client doit avoir bénéficié d'une couverture pour les soins dentaires au titre de son régime collectif • La couverture doit être choisie au moment où l'on remplit la proposition • La couverture facultative prend fin lorsque le contrat de base prend fin • Les primes et les paliers sont établis de la même façon que pour le contrat de base
Frais hospitaliers en chambre à deux lits et hôpital pour convalescence	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture offerte pour les trois formules du contrat • La couverture prend fin lorsque le contrat de base prend fin • Les primes et les paliers sont établis de la même façon que pour le contrat de base 	<ul style="list-style-type: none"> • La couverture est automatiquement incluse dans tous les contrats CPS



LE SAVIEZ-VOUS?

Les couples et les membres de la famille doivent choisir le même type de contrat et les mêmes garanties facultatives pour toutes les personnes assurées.

Renseignements sur les primes et les tarifs

Nous déterminons les primes selon l'âge et la province du domicile de chaque personne assurée. Il peut y avoir une surprime en raison de la corpulence de la personne assurée. Une surprime peut se traduire par une prime qui pourrait atteindre deux fois le tarif standard.

- Les tarifs ne sont pas garantis. La Sun Life revoit les tarifs annuellement et a le droit de modifier les primes sous réserve d'un préavis écrit d'un minimum de 30 jours au propriétaire du contrat.
- Les tarifs peuvent changer en raison de nos résultats techniques globaux et ne peuvent jamais changer pour une seule personne en raison de ses demandes de règlement personnelles. Tout changement aux tarifs sera appliqué au prochain anniversaire du contrat.
- Lorsque la personne assurée passe au groupe d'âge suivant, les primes changent au prochain anniversaire du contrat.
 - Les groupes d'âge pour l'ASP sont : moins de 30 ans, de 30 à 44 ans, de 45 à 54 ans, et une augmentation par tranche de 5 ans jusqu'à l'âge de 84 ans. Le dernier groupe d'âge est de 85 ans ou plus.
 - Les groupes d'âge pour le CPS sont : moins de 45 ans, de 45 à 54 ans, et une augmentation par tranche de 5 ans jusqu'à l'âge de 84 ans. Le dernier groupe d'âge est de 85 ans ou plus.
- Le tarif pour couple n'est offert que si les deux adultes choisissent le même type de contrat. Toutefois, les tarifs s'appliquent par personne assurée. Par exemple, si un homme a plus de 65 ans et sa conjointe a moins de 65 ans, ils paieront le tarif pour couple pour leur groupe d'âge respectif.
- Aucune réduction n'est offerte pour les ventes multiples ou les paiements annuels.

Les tarifs de l'ASP et du CPS se fondent sur nos résultats techniques, ce qui tient compte de la couverture que les Clients ont dans leur province. C'est pourquoi les tarifs diffèrent selon la province. C'est aussi pourquoi dans plusieurs provinces, il y a une diminution de prime lorsque le Client atteint 65 ans. Souvent, à l'âge de 65 ans, les Clients ont accès à une couverture provinciale plus étendue, comme le Programme de médicaments de l'Ontario pour les résidents de l'Ontario. Les Clients peuvent quand même bénéficier d'une ASP ou d'un CPS après l'âge de 65 ans parce qu'il y a toujours des lacunes dans leur protection.

LE SAVIEZ-VOUS?



Les Clients peuvent payer leurs primes par :

- Prélèvement bancaire (PB) mensuel
 - Carte de crédit, mensuellement ou annuellement
 - Chèque, chaque année (pour les propositions sur papier uniquement)
-

Délai de grâce

Un délai de grâce de 30 jours est accordé pour le paiement des primes, sauf la première. Durant ce délai, l'assurance demeure en vigueur et les primes continuent d'être payables. Le contrat sera résilié si les primes ne sont pas payées avant la fin du délai de grâce.

Processus de proposition

L'ASP et le CPS ont des propositions distinctes que le Client doit remplir seul ou avec vous, en utilisant soit le formulaire papier ou le lien vers la proposition Web qui se trouve sur le site des conseillers. La proposition du Client sera traitée plus rapidement si :

- elle est dûment remplie et comprend tous les renseignements sur l'état de santé général du Client; et
- le Client utilise le lien vers la proposition Web qui se trouve sur le site des conseillers. N'oubliez pas que le site sunlife.ca sert uniquement aux ventes directes auprès des Clients. Aucune commission ne sera versée pour les propositions soumises sur cette plateforme.

À titre de conseiller, vous bénéficierez d'une commission supplémentaire de 2 % sur la commission de première année (CPA) pour les propositions Web.

ASTUCE! *Si, dans les 60 jours après avoir quitté un régime collectif, le Client s'inquiète de son admissibilité, il peut faire une demande pour l'ASP et une demande pour le CPS. Cela fera en sorte qu'il ne ratera pas le délai de 60 jours pour être admissible au CPS.*



*Pour savoir comment envoyer la proposition, reportez-vous au site des conseillers ou communiquez avec le Centre d'appui aux conseillers au **1-877-272-8353**. Si un Client fait une demande pour une ASP et une demande pour un CPS et qu'il est approuvé pour le CPS, le contrat est établi. Si le contrat ASP est approuvé, le Client décide ensuite quel contrat il va conserver. L'équipe chargée de l'administration de l'ASP s'assurera qu'il n'y aura pas d'interruption dans la couverture pendant qu'il choisit lequel des deux contrats il veut.*

Pour présenter une proposition

Les Clients peuvent faire une demande sur papier ou utiliser le lien vers la proposition qui se trouve sur le site des conseillers. Ils peuvent aussi remplir la demande avec vous.

Nous exigeons les renseignements suivants pour remplir une proposition.

ASP	CPS
<p>1^{re} étape : Recueillir les renseignements exigés</p> <ul style="list-style-type: none"> • La date de naissance de chaque personne qui fait partie de la proposition. • Les renseignements sur le paiement peuvent être soit : <ul style="list-style-type: none"> – Le numéro de la carte de crédit (Visa ou MasterCard) et la date d'expiration (les cartes de débit Visa et les cartes de crédit prépayées ne sont pas acceptées comme moyen de paiement); ou – Les renseignements sur le compte de chèques si les primes sont prélevées sur un compte bancaire. <ul style="list-style-type: none"> • Les propositions Web avec paiement par prélèvement bancaire (PB) doivent inclure le formulaire, dûment rempli, « Assurance-santé personnelle – Autorisation de prélèvement bancaire (PB) pour les propositions Web » (F4392). • Les propositions papier doivent être accompagnées d'un chèque marqué NUL. • Les résidents du Québec qui font une demande en ligne doivent remplir et retourner le formulaire F4584 « Assurance-santé personnelle (résidents du Québec) – Confirmation de couverture fournie par un régime de garanties collectives ou la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ». 	
<ul style="list-style-type: none"> • Le nom et la posologie de tout médicament d'ordonnance qu'utilise chaque personne. • Le nom et l'adresse du médecin de famille de chaque personne. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des renseignements détaillés sur leur ancien régime collectif, y compris : <ul style="list-style-type: none"> – nom et numéro de téléphone de l'employeur; – nom de la compagnie d'assurance qui fournissait le régime collectif; – numéro de contrat collectif et numéro de certificat qu'ils utilisaient pour envoyer des demandes de règlement; et – date de fin de la couverture du régime collectif.
<p>2^e étape : Remplir la proposition</p> <p>Pour faire une demande électronique d'ASP ou de CPS, rendez-vous au site des conseillers pour accéder à la demande électronique sur la page d'accueil du produit de votre choix. Vous pouvez utiliser cette proposition lorsque vous rencontrez le Client en personne. Vous pouvez aussi envoyer un lien au Client afin qu'il remplisse la proposition lui-même, mais cela ne s'applique pas aux résidents du Québec*.</p>	
<p>Pour présenter une proposition d'ASP en utilisant la version papier, veuillez remplir le formulaire Assurance-santé personnelle – Proposition remplie avec un conseiller (F3494).</p>	<p>Pour présenter une proposition de CPS en utilisant la version papier, veuillez remplir le formulaire Choix protection-santé – Proposition remplie avec un conseiller (F4065).</p>
<p>Envoyez les propositions remplies et imprimées avec tout autre formulaire exigé à :</p> <p>Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie Assurance-santé personnelle 227, rue King Sud C.P. 1601, succ. Waterloo Waterloo, ON N2J 4C5</p>	

* Avec le nouveau cadre réglementaire qui est entré en vigueur le 13 juin 2019 pour les Clients du Québec, le processus de vente directe en ligne doit être comparable au processus de vente par l'entremise d'un conseiller.

À ne pas oublier

- Vous devez remettre aux Clients le formulaire de proposition qui est le plus à jour. Sinon, on pourrait exiger que vous demandiez au Client de présenter une nouvelle proposition en utilisant un formulaire à jour.
- Si le Client choisit une date de PB différente de la date d'effet du contrat, deux primes mensuelles du plein montant seront prélevées dans les 30 premiers jours.
- Veuillez demander au Client de lire son contrat attentivement. Certaines garanties comportent des délais d'attente.

Tarification

L'ASP a des lignes directrices de tarification différentes de celles de l'assurance-vie ou de l'assurance maladies graves. Un tarificateur peut souvent prendre une décision en se fondant sur les renseignements fournis dans la proposition. Nous pourrions aussi traiter la proposition d'un Client plus rapidement s'il la remplit en entier, en s'assurant d'inclure tous les renseignements concernant son état de santé général. Les tarificateurs de l'ASP tiennent compte des antécédents médicaux de la personne à assurer, y compris tout problème de santé antérieur.

Le CPS ne fait pas l'objet d'une tarification.

LE SAVIEZ-VOUS?



Il y a problème de santé ou traitement antérieur lorsqu'un Client a les symptômes d'une blessure, d'une maladie ou d'une affection ou lorsque des traitements, des soins, des conseils ou un diagnostic d'ordre médical ont été recommandés ou reçus pour cette blessure, maladie ou affection avant la date où la proposition a été signée.

Décisions de tarification

- Établissement standard
- Modifiée – l'offre faite comprend des exclusions en raison d'un traitement ou d'un problème de santé antérieur. Il peut y avoir une surprime en raison des antécédents médicaux de la personne.
- Refus – la couverture n'est pas offerte si le Client :
 - est actuellement en attente d'évaluations ou d'examens recommandés par un médecin;
 - est en attente d'une intervention chirurgicale; ou
 - a déjà eu l'une des maladies ou affections indiquées dans le tableau ci-dessous :

Maladies ou affections antérieures qui entraîneront un refus

Vous trouverez ci-dessous une liste partielle des problèmes médicaux courants qui rendent une personne non admissible à l'assurance; il peut y en avoir d'autres. Veuillez donc ne pas présenter une proposition si le Client a déjà souffert de l'une des maladies ou affections ci-dessous :

- Accident vasculaire cérébral (AVC) au cours des 5 dernières années
- Alcoolisme et toxicomanie (au cours des 5 dernières années)
- Anévrisme cérébral non opéré
- Angine au cours des 5 dernières années
- Anorexie mentale/boulimie au cours des 5 dernières années
- Anxiété, dépression ou trouble de l'humeur qui a requis une hospitalisation au cours des 12 derniers mois
- Arrêt cardiaque
- Cancer au cours des 5 dernières années
- Cardiomyopathie
- Chorée de Huntington
- Cirrhose hépatique
- Crise cardiaque au cours des 5 dernières années
- Démence
- Dystonie
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Greffe d'organe (moelle osseuse, foie, rein, cœur, poumon)
- Hépatite B, C ou D (chronique)
- Hydrocéphalie
- Insuffisance rénale
- Lupus érythémateux disséminé
- Maladie coronarienne, y compris un traitement par angioplastie ou un pontage aortocoronarien au cours des 5 dernières années
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Maladie hépatique (chronique)
- Maladie polykystique des reins
- Paralyse cérébrale
- Paralyse permanente
- Poids et taille – IMC de plus de 45
- Remplacement des valves du cœur au cours des 5 dernières années
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)
- Sida ou diagnostic de séropositivité au VIH au cours des 12 derniers mois
- Syndrome clinique isolé
- Tentative de suicide au cours des 3 dernières années
- Vessie neurogène

Modifications après l'établissement du contrat – ASP

Après qu'un contrat a été établi, le propriétaire du contrat a un délai de 30 jours pour faire une modification au contrat sans fournir de preuve d'assurabilité.

Option dentaire : pour les formules standard et améliorée de l'ASP

On peut supprimer l'assurance dentaire à tout moment, mais on ne peut l'ajouter qu'à la formule standard ou améliorée de l'ASP :

- lorsque le Client fait une demande d'assurance; ou
- dans les 30 premiers jours qui suivent l'établissement du contrat.

Pour ajouter l'option dentaire, le propriétaire du contrat doit remplir le formulaire Assurance-santé personnelle – Ajout d'une garantie facultative (F327).

Si un Client désire ajouter l'option dentaire après les 30 premiers jours, il doit remplir une nouvelle proposition et fournir des preuves d'assurabilité.

Couverture pour frais hospitaliers en chambre à deux lits pour tous les contrats d'ASP

Le propriétaire du contrat peut ajouter ou supprimer la couverture pour frais hospitaliers en chambre à deux lits en tout temps, sous réserve de l'approbation du service de tarification. Pour ajouter une garantie facultative, le Client doit fournir les renseignements médicaux nécessaires pour chaque personne assurée.

Ajouter un conjoint ou des personnes à charge

Le propriétaire du contrat peut faire une demande pour ajouter des membres de sa famille pourvu qu'ils répondent aux critères d'admissibilité et fournissent les preuves d'assurabilité nécessaires. Lorsqu'il ajoute son conjoint ou une personne à sa charge, le propriétaire du contrat doit remplir le formulaire Assurance-santé personnelle – Ajout d'un membre de la famille (F323).

Le propriétaire du contrat peut ajouter un enfant qu'il a légalement adopté ou un enfant de son conjoint pourvu que l'enfant dépende entièrement de lui pour ses moyens de subsistance et son soutien et qu'il est :

- a) âgé de moins de 21 ans;
- b) âgé de moins de 25 ans s'il fréquente à temps complet un collège ou une université; ou
- c) incapable de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique qui survient pendant qu'il dépend entièrement du propriétaire du contrat pour ses moyens de subsistance et son soutien et pendant qu'il est admissible aux termes de a) ou b) ci-dessus.

À leur naissance, les enfants peuvent être ajoutés au contrat sans preuves d'assurabilité, pourvu que le formulaire Assurance-santé personnelle – Ajout d'un membre de la famille (F323) soit rempli dans les 30 jours suivant la date de la naissance.

Modifications après l'établissement du contrat – CPS

Les Clients peuvent apporter des modifications à leur contrat CPS pourvu qu'ils le fassent au cours de la période d'admissibilité de 60 jours. Après 60 jours, le Client ne peut que supprimer l'option d'assurance dentaire.

Les personnes à charge et les conjoints peuvent être ajoutés au contrat sous réserve des critères d'admissibilité. Les enfants peuvent être ajoutés au contrat à leur naissance, pourvu que le formulaire Assurance-santé personnelle – Ajout d'un membre de la famille (F323) soit rempli dans les 30 jours suivant la date de la naissance.

Droit de mettre fin au contrat

Le propriétaire du contrat peut mettre fin au contrat n'importe quand en envoyant une demande écrite aux bureaux de Waterloo de la Sun Life. Pour éviter d'avoir à payer une prime mensuelle additionnelle, il devra nous donner le préavis de la résiliation au moins dix jours à l'avance.

LE SAVIEZ-VOUS?



Lorsque le propriétaire du contrat annule son contrat dans les 10 jours civils suivant son établissement, nous lui remboursons les primes payées. Le délai de 10 jours commence cinq jours ouvrables après l'établissement du contrat. Au Québec, le propriétaire du contrat dispose d'un délai de 30 jours civils à partir de la date à laquelle il a reçu sa trousse de bienvenue ou de 60 jours à partir de la date de l'établissement du contrat, selon la première occurrence.

Les demandes d'annulation doivent être présentées par écrit. Si une demande de règlement a été faite, aucune prime ne sera remboursée.

Pour faire une demande de règlement

Les demandes de règlement de frais remboursables peuvent être présentées :

- en utilisant l'application **ma Sun Life mobile**;
- en ligne à www.masunlife.ca; ou
- sur papier, en utilisant le formulaire approprié qui figure dans la liste ci-dessous et en l'envoyant à l'adresse qui paraît sur le formulaire.

Les demandes de règlement qui répondent aux conditions requises doivent nous parvenir dans les 12 mois qui suivent la date où les frais remboursables ont été engagés. Les demandes de règlement présentées plus de 12 mois après que les frais ont été engagés ne seront pas acceptées. Si le contrat a pris fin, les demandes de remboursement doivent nous parvenir dans les 3 mois qui suivent la date où il a pris fin.

Application ma Sun Life mobile

Les propriétaires de contrat ASP et CPS peuvent utiliser leur appareil mobile pour gérer leur contrat grâce à l'application **ma Sun Life mobile**. Bon nombre de Clients trouvent que grâce à l'application mobile, ils peuvent plus facilement :

- présenter leurs demandes de règlement pour les soins de la vue, les services paramédicaux et les soins dentaires (le cas échéant) aux fins de traitement automatique;
- recevoir le règlement dans leur compte bancaire en 48 heures;
- voir l'état du paiement des demandes de règlement récentes;
- avoir accès à leur carte-médicaments et à leur carte d'assistance-voyage (le cas échéant);
- avoir accès à des outils de planification financière interactifs; et
- sauf pour les résidents du Québec, obtenir des renseignements détaillés sur un médicament, ses effets et la possibilité de substitution d'un médicament générique ou d'une thérapie parallèle (en vigueur depuis octobre 2014).

Services Web

Les propriétaires de contrat ASP et CPS peuvent se rendre sur masunlife.ca pour :

- présenter leurs demandes de règlement en ligne pour les soins de la vue, les services paramédicaux et les soins dentaires (le cas échéant);
- recevoir le paiement directement dans leur compte bancaire;
- imprimer des formulaires de demande de règlement;
- voir leur couverture et l'historique de leurs demandes de règlement; et
- voir les médicaments d'ordonnance remboursables.

S'inscrire aux services Web

- Mobile : rendez-vous à masunlife.ca
- Services Web : rendez-vous à masunlife.ca ou appelez au **1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433)**.

Pour s'inscrire, les Clients doivent donner leur numéro de contrat (037000) et leur numéro d'identification (qui figure sur leur contrat).

L'application **ma Sun Life mobile** et les services Web sont offerts aux Clients des Garanties collectives de la Sun Life. Les propriétaires de contrat ASP et CPS pourraient y voir des renseignements qui ne s'appliquent pas à leur contrat en particulier, mais les précisions sur la couverture sont exactes*.

Demandes de règlement sur papier

Certaines demandes de règlement ne peuvent être présentées que sur un formulaire papier. Par exemple : les demandes de règlement pour fournitures médicales. Si le Client le préfère, il peut aussi présenter une demande de règlement pour les soins de la vue, les services paramédicaux ou les soins dentaires (le cas échéant) en utilisant un formulaire sur papier plutôt que sur le Web.

Pour présenter une demande de règlement pour les soins dentaires, le propriétaire du contrat remplit : la Demande de règlement Garantie Frais dentaires pour assurance-santé personnelle (formulaire F4137).

Pour présenter une demande de règlement pour les soins médicaux, le propriétaire du contrat remplit : la Demande de règlement Garantie Frais médicaux pour assurance-santé personnelle (formulaire F4136).

Veillez envoyer les formulaires dûment remplis et les reçus originaux au bureau de règlement le plus proche :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C.P. 11658, succ. CV
Montréal, QC H3C 6C1

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
C.P. 2010, succ. Waterloo
Waterloo, ON N2J 0A6

** Les propriétaires de contrat ASP qui ont des exclusions ne verront pas leurs exclusions dans **masunlife.ca**. Même s'ils peuvent y voir les médicaments d'ordonnance, ils doivent consulter la section pertinente de leur contrat pour savoir ce que comprend leur propre couverture pour les médicaments et ce qui est exclu.*

Paiement des médicaments d'ordonnance

Paiement avec la carte-médicaments à paiement direct

Exception faite des résidents du Québec, les Clients peuvent utiliser leur carte-médicaments à paiement direct à la pharmacie. La partie du montant couvert par leur contrat sera automatiquement déduite. Le Client paie alors le solde.

Pour des raisons de sécurité, la carte-médicaments à paiement direct est envoyée séparément de la trousse de bienvenue lorsque le contrat est établi. Les Clients peuvent télécharger et imprimer la carte en suivant ces étapes :

Sur le site masunlife.ca, sélectionner :

- Ma couverture
- Cliquer sur Ma carte-couverture
- Sélectionner Imprimer

Paiement sans carte-médicaments à paiement direct

Les Clients qui habitent au Québec ou qui n'utilisent pas leur carte-médicaments à paiement direct doivent déboursier le coût complet des médicaments et envoyer ensuite une demande de règlement. Ils doivent ensuite envoyer le formulaire sur papier Demande de règlement Garantie Frais médicaux pour assurance-santé personnelle (F4136) et les reçus originaux au bureau de règlement le plus proche :

Sun Life du Canada, compagnie
d'assurance-vie
C.P. 11658, succ. CV
Montréal, QC H3C 6C1

Sun Life du Canada, compagnie
d'assurance-vie
C.P. 2010, succ. Waterloo
Waterloo, ON N2J 0A6

Demandes de règlement de soins médicaux d'urgence en voyage

Il est important que les Clients suivent sans tarder les étapes ci-dessous lorsqu'ils ont une urgence médicale en voyage :

1. Le Client doit appeler l'assistance téléphonique, qui est ouverte 24 heures sur 24, et dont le numéro figure sur la carte d'assistance-voyage ou demander à quelqu'un d'appeler pour lui. Notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence vérifiera la couverture d'assurance-santé privée et d'assurance-maladie provinciale du Client afin de prendre les dispositions nécessaires pour effectuer les paiements au nom de la personne assurée, du conjoint assuré ou de la personne à charge assurée.
2. La personne assurée doit signer un formulaire autorisant notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence à recouvrer tout montant payable au régime d'assurance-maladie provincial.
3. La personne assurée est responsable des frais engagés qui ne sont pas couverts par son contrat ou par son régime d'assurance-maladie provincial. Le propriétaire du contrat devra rembourser notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence pour tout montant en surplus versé à son nom.
4. Si le Client reçoit des factures pour ces frais par la suite, il devra les envoyer à notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence, qui en coordonnera le paiement avec le régime d'assurance-maladie provincial et la Sun Life.
5. Notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence peut exiger une preuve de voyage (par exemple, billet d'avion, reçus d'essence, reçus de location de voiture) pour prouver que les dates de voyages sont dans le délai de 60 jours. Si la preuve n'est pas fournie, la demande de règlement peut être refusée.

Les Clients doivent envoyer leurs demandes de règlement pour des soins hospitaliers ou d'un médecin reçus à l'extérieur de la province à notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence, avant de les présenter à leur régime d'assurance-maladie provincial. On peut obtenir l'adresse de notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence en accédant au site Web des Services aux participants de la Sun Life, www.masunlife.ca, ou en téléphonant au centre de service à la clientèle de la Sun Life, au numéro sans frais **1-800-361-6212**.

En suivant ces étapes, vous accélérerez le processus de remboursement. La Sun Life et notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence coordonnent le processus de remboursement avec la plupart des régimes provinciaux et assureurs et envoient un chèque au propriétaire du contrat pour les frais remboursables. Notre fournisseur de services d'assistance-voyage en cas d'urgence demande aux Clients de signer un formulaire l'autorisant à agir en leur nom avant que la demande de règlement soit traitée.

Quand la couverture de 60 jours prend-elle fin?

La couverture de 60 jours prend fin, peu importe si une demande de règlement a été faite ou non, lorsque la personne assurée a quitté la province où elle vit et n'y est pas retournée pour la durée nécessaire pour obtenir une autre période de couverture de 60 jours. La personne assurée doit retourner dans la province où elle vit pendant la période exigée de 24 heures ou de 20 jours consécutifs pour avoir droit à une autre couverture pour soins médicaux d'urgence en voyage de 60 jours.

Si la couverture pour soins médicaux d'urgence en voyage a pris fin et que la personne assurée est :

- âgée de moins de 65 ans, elle devient admissible à une autre période de 60 jours de couverture lorsqu'elle retourne dans la province où elle vit pour une période de 24 heures.
- âgée de 65 ans ou plus, elle devient admissible à une autre période de 60 jours de couverture lorsqu'elle retourne dans la province où elle vit pour une période de 20 jours consécutifs.

Exclusions générales

Même si la couverture ASP ou CPS est offerte et en place, il y a des situations où nous ne versons aucun remboursement, notamment :

- frais que les lois ne nous permettent pas de rembourser;
- services ou articles qui, selon nous, sont de nature esthétique;
- services ou articles qui, selon nous, sont de nature expérimentale;
- frais de livraison, de transport et d'administration;
- services et produits que la personne utilise de sa propre initiative ou qui sont fournis ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne assurée ou qui a un lien de parenté avec la personne assurée par le sang ou par le mariage;
- services ou articles couverts disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout programme de l'État, sous réserve des dispositions énoncées à la rubrique Intégration avec les programmes de l'État, sauf si la présente assurance en prévoit explicitement le remboursement;
- services ou articles qui ne sont pas habituellement fournis pour le traitement d'une maladie, y compris les traitements expérimentaux ou les traitements de recherche. Par traitements expérimentaux ou traitements de recherche, on entend les traitements qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le grand public;
- services ou articles qui ne correspondent pas à des frais médicaux remboursables en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada);
- frais engagés hors de la province du domicile pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente.

Nous ne versons aucune prestation lorsque la demande de règlement se rapporte à une maladie attribuable à l'une des causes suivantes :

- acte d'hostilité de forces armées, insurrection, ou participation à une émeute ou à un mouvement populaire;
- participation à la perpétration d'un acte criminel.

Règlement des frais remboursables

Règlements

- Le propriétaire du contrat peut faire verser le paiement de ses demandes de règlement directement dans son compte bancaire en s'inscrivant sur www.masunlife.ca.
- Les frais remboursables lui seront versés environ deux semaines après que la Sun Life recevra la demande de règlement.

Calcul du montant que nous remboursons :

1. Nous vérifions que tous les frais engagés sont remboursables.
2. Nous déterminons si des limites contractuelles s'appliquent aux frais engagés. Si certains frais ne sont pas remboursables, nous les déduisons du total des frais dont on demande le remboursement.
3. Nous comparons, pour tous les frais remboursables :
 - a) le montant des frais dont on demande le remboursement;
 - b) les frais d'usage pour les frais en question; et
 - c) le maximum que le Client peut demander, qui est indiqué à la page du sommaire de la couverture et dans les dispositions du contrat.

Le montant que nous remboursons est basé sur le moins élevé de ces trois montants.

Virement automatique

Les propriétaires de contrat qui sont inscrits aux services Web peuvent faire verser le paiement de leurs demandes de règlement directement sur leurs comptes bancaires. Voici le processus :

- Les conjoints qui possèdent un contrat distinct doivent s'inscrire séparément aux services Web.
- Le paiement des demandes de règlement sur papier est déposé directement dans le compte bancaire du propriétaire du contrat s'il est inscrit aux services Web et a demandé le virement automatique.
- Le propriétaire du contrat peut utiliser les services Web pour mettre à jour les renseignements sur son compte bancaire. Cela ne change pas le compte utilisé pour payer ses primes.
- Le propriétaire du contrat ne peut avoir qu'un seul compte aux fins du virement automatique pour tous les frais couverts.

Avantages concurrentiels

Maximum pour médicaments onéreux prévu par les formules standard et améliorée de l'ASP

Les formules standard et améliorée de l'ASP offrent une couverture pour les frais de médicaments onéreux. Chaque année, le propriétaire du contrat peut présenter des demandes de règlement de médicaments remboursables pouvant atteindre 100 000 \$ pour la formule standard et 250 000 \$ pour la formule améliorée.

La couverture de certains assureurs pour les médicaments est illimitée. Nos maximums de 100 000 \$ et de 250 000 \$ tiennent compte de nos résultats techniques à l'égard du coût des médicaments onéreux. Ce qui fait que les formules standard et améliorée de l'ASP procurent aux Clients une couverture réaliste et abordable pour les médicaments onéreux.

Couverture pour médicament générique et de marque

Les contrats ASP et CPS couvrent les médicaments génériques. Les médicaments de marque sont couverts lorsqu'ils répondent aux conditions requises. Les contrats de certains assureurs ne couvrent que le coût des médicaments génériques.

Si un Client avait droit au remboursement d'un médicament de marque au titre de son régime collectif, il serait probablement remboursé pour le même médicament au titre du CPS, à concurrence du maximum que prévoit son contrat. Les médicaments doivent répondre aux conditions requises et aux critères de substitution générique décrits dans le contrat ASP ou CPS.

Délai de 60 jours pour les soins médicaux d'urgence en voyage

Les Clients qui aiment voyager pour des périodes prolongées aimeront notre couverture pour soins médicaux d'urgence en voyage. Si leur ASP ou CPS comprend cette garantie, ils bénéficient d'une couverture maximale de 1 000 000 \$ pour les 60 premiers jours de leur voyage pour des événements médicaux d'urgence et imprévus.

Cette garantie demeure en vigueur jusqu'au 80^e anniversaire de naissance de la personne assurée. Plusieurs assureurs offrent une garantie qui prend fin à un plus jeune âge ou ne l'offrent pas du tout, et la durée du voyage couverte est de 30 jours ou moins, ce qui est beaucoup plus court que ce qu'offre la Sun Life.

Maximum pour soins infirmiers et soins de soutien à domicile

Après une maladie ou une blessure, la personne assurée peut avoir besoin des services d'une infirmière ou d'un travailleur certifié de soutien à domicile pour l'aider à demeurer dans sa maison. Avec la formule améliorée de l'ASP, le propriétaire du contrat peut se faire rembourser un montant annuel global de 10 000 \$ et un maximum viager global de 30 000 \$ pour les services couverts.

Bon nombre d'assureurs ne couvrent pas les services d'un travailleur certifié de soutien à domicile et ont des plafonds de couverture moins élevés.

Lumino Santé

Les propriétaires de contrat ASP et CPS ont directement accès au réseau Lumino Santé, un réseau de ressources en santé, sur l'appli ma Sun Life mobile.

Ils peuvent chercher les meilleurs dentistes, chiropraticiens ou autres professionnels de la santé à proximité en utilisant l'outil Trouver un professionnel Lumino. Il y a plus de 150 000 fournisseurs ainsi que des évaluations et des renseignements sur les coûts.

En utilisant les ressources et les offres de Lumino Santé, ils peuvent trouver des rabais et des offres spéciales. Il y a différentes catégories, comme les soins de la vue et de l'ouïe, les ressources et produits médicaux, le mieux-être mental, et plus encore.

Pas de maximum par visite pour les services paramédicaux

Les formules standard et améliorée de l'ASP ne sont pas dotées d'un maximum par visite pour les services de spécialistes paramédicaux couverts. Nos contrats CPS B et C ont un maximum par visite uniquement pour les services d'un psychologue/travailleur social.

Grâce au plafond annuel prévu par ces contrats, il est plus facile pour le propriétaire du contrat de profiter pleinement de sa couverture. Ainsi, il aura moins de frais à sa charge qu'il n'en aurait avec des types de contrats dotés d'un maximum par visite.

Demandes de règlement faciles à envoyer grâce à l'application ma Sun Life mobile

La gestion de la couverture et des demandes de règlement est facile pour les propriétaires de contrat grâce à l'application **ma Sun Life mobile**. Bien des assureurs n'offrent pas d'application mobile.

L'application **ma Sun Life mobile** permet aux propriétaires de contrat de se renseigner sur un médicament et sur son prix régulier et d'en savoir plus sur la possibilité de substitution d'un médicament générique ou d'une thérapie parallèle.

Les propriétaires de contrat ASP et CPS peuvent présenter leurs demandes de règlement pour les soins de la vue, services paramédicaux et soins dentaires en utilisant leur appareil mobile. De cette manière, leur demande sera traitée plus rapidement.

En savoir plus

Vous voulez en savoir plus sur les caractéristiques et les avantages de l'Assurance-santé personnelle et du Choix protection-santé? Communiquez avec votre directeur des ventes ou visitez sunlife.ca/conseiller.

Il est important de rencontrer les Clients régulièrement pour passer en revue leur couverture et les aider, s'il y a lieu, en ce qui touche les transformations ou les renouvellements prévus au contrat, afin de vous assurer qu'ils bénéficient de la protection qui répond à leurs besoins.

Notre appui. Votre croissance.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Sun Life.
© Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, 2022. 820-3492-05-23



Sun Life