

### Détails des protections couvertes

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – FRAIS D’OPTIQUE ET PARAMÉDICAUX

### Pourcentage de remboursement

70 %

### Maximum annuel par personne assurée

**PRESTATION** – 1<sup>re</sup> année - 500 \$, 2<sup>e</sup> année - 500 \$, Années subséquentes - 750 \$

**PRESTATION** – Les soins d’optique (incluant l’examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste, les lunettes de correction ou les lentilles cornéennes et chirurgie au laser). Cela ne couvre pas les lunettes solaires d’ordonnance.

**LIMITES DE COUVERTURE** – 325 \$ pour chaque deux années d’indemnisation.

**PRESTATION** – Psychologue, chiropraticien, naturopathe, homéopathe, podologue, podiatre, ostéopraticien certifiés

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum de 45 \$ par visite.

**PRESTATION\*** – Massothérapeute, médecine traditionnelle chinoise, acupuncteur, diététicien certifiés

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum de 45 \$ par visite.

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – AUTRES SERVICES ET FOURNITURES

### Pourcentage de remboursement

70 %

### Maximum annuel par personne assurée

**PRESTATION** – 1<sup>re</sup> année - 7 500 \$†, 2<sup>e</sup> année - 7 500 \$†, Années subséquentes - 7 500 \$†

*†Le maximum inclut les prestations payées pour les frais d’optique et paramédicaux.*

**PRESTATION** – Transport d’urgence à l’hôpital par ambulance

**LIMITES DE COUVERTURE** – Le remboursement est basé sur tout montant de coassurance requis par votre province. Les services ambulanciers réguliers ne sont pas couverts. Cette prestation n’est pas offerte hors de votre province de résidence.

**PRESTATION** – Ambulance aérienne

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum de 4 000 \$ par année d’indemnisation, lorsque non payé par le régime provincial. Payable seulement pour les vols à partir et à destination de votre province de résidence.

*\*Ce symbole indique qu’une recommandation écrite de votre médecin doit être soumise spécifiant la maladie pour laquelle le traitement est prescrit. Cette recommandation écrite doit être fournie chaque année d’indemnisation avant que toute prestation soit versée.*

*Note spéciale: En ce qui concerne la massothérapie et l’acupuncture, une recommandation écrite peut être fournie à chaque période de trois ans d’indemnisation.*

### Détails des protections couvertes

## ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – AUTRES SERVICES ET FOURNITURES

**PRESTATION\*** – Les services d’un infirmier privé après une hospitalisation et requis du point de vue médical pour rétablissement en cours ou pour service de soins palliatifs de fin de vie à domicile. Les chirurgies ou procédures esthétiques sont exclues.

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum de 2 500 \$ par année d’indemnisation, Exige une autorisation préalable par AFBS. Le fournisseur peut être un infirmier auxiliaire autorisé, infirmier autorisé ou un infirmier praticien. Le remboursement d’AFBS vient après toute couverture du régime provincial qui peut s’appliquer. Les services doivent être mis en place immédiatement après le congé de l’hôpital et peuvent être étendus sur une période n’excédant pas 45 jours. Les chirurgies ou procédures esthétiques sont exclues. Ceci n’est pas une prestation de soins de longue durée.

Les services palliatifs ne sont payables qu’en une seule occasion. Les maximums annuels s’appliqueront, cependant les exigences d’hospitalisation et du maximum de 45 jours peuvent être exonérées par AFBS.

### **PRESTATION** – Hospitalisation

**LIMITES DE COUVERTURE** – Remboursé à 70 % pour les cinq premiers jours et à 100 % ensuite par année d’indemnisation. Les chambres à deux lits seulement. Les coûts d’une chambre de base sont couverts par votre régime provincial d’assurance maladie. Les coûts de chambre additionnels sont remboursés pour les soins de courte durée seulement lorsqu’ils sont fournis par un hôpital agréé. Le coût de chambre pour hospitalisation dans un établissement agréé qui fournit de la réadaptation physique sera couvert seulement lorsque ceci suit immédiatement au moins trois jours en soins de courte durée. Les coûts de chambre encourus dans un établissement fournissant des soins de convalescence, des soins de longue durée, un centre d’hébergement ou qui fournissent principalement des soins pour le traitement de dépendance ne sont pas couverts. Cette prestation n’est pas offerte de votre province de résidence.

**PRESTATION\*** – Soins à domicile après une hospitalisation\* ou lorsque médicalement nécessaires pour un rétablissement en cours

**LIMITES DE COUVERTURE** – Remboursé à 70 % jusqu’à un maximum de 30 \$ par jour pour un maximum de 30 jours par année d’indemnisation.

Exige une autorisation préalable par AFBS et le fournisseur doit être supervisé par une organisation reconnue à cet effet. Les services peuvent être fournis par un infirmier autorisé, un infirmier auxiliaire, un infirmier praticien, un préposé au service de soutien personnel (PSSP), un infirmier de l’Ordre de Victoria (VON) ou autre prestataire de soins de santé jugé approprié par le médecin de l’assuré et AFBS. Un remboursement pour un membre de la famille ou un compagnon ne sera pas considéré. Ceci doit être précédé par une chirurgie (à l’exception de chirurgie esthétique) exigeant au moins une nuit d’hospitalisation ou par une hospitalisation d’au moins trois jours en soins de courte durée ou suivant une réadaptation physique dans un établissement médical désigné pour offrir ces services. Cette prestation de soins à domicile doit être utilisée dans les 90 jours suivant le congé. Le remboursement d’AFBS vient après toute couverture du régime provincial qui peut s’appliquer.

### **PRESTATION\*** – Perruques

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum à vie de 1 000 \$ seulement pour les patients suivant un traitement anticancéreux.

### **PRESTATION** – Tests de fertilité

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum à vie de 2 500 \$.

\*Ce symbole indique qu’une recommandation écrite de votre médecin doit être soumise spécifiant la maladie pour laquelle le traitement est prescrit. Cette recommandation écrite doit être fournie chaque année d’indemnisation avant que toute prestation soit versée. **Note spéciale:** En ce qui concerne la massothérapie et l’acupuncture, une recommandation écrite peut être fournie à chaque période de trois ans d’indemnisation.



*Détails des protections couvertes*

## **ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – AUTRES SERVICES ET FOURNITURES**

**PRESTATION\*** – Membres artificiels et prothèses oculaires

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum de 5 000 \$ par cinq ans d'indemnisation pour une couverture continue. Réduite à trois ans d'indemnisation pour un enfant à charge âgé de moins de 18 ans.

**PRESTATION\*** – Appareils auditifs

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum de 500 \$ par quatre ans d'indemnisation ou deux ans d'indemnisation pour un enfant à charge âgé de moins de 18 ans.

**PRESTATION** – Orthétiques

**LIMITES DE COUVERTURE** – Remboursé jusqu'à 70 % pour un maximum de 150 \$ par année d'indemnisation. Les orthèses doivent être prescrites par l'un des professionnels suivants : médecin, podiatre (DPM), podologue (D CH ou D Pod M). De plus, le produit doit être fourni par l'un des fournisseurs suivants et inclure l'évaluation biomécanique ainsi qu'un reçu détaillé énumérant toutes les pièces et modifications. Les fournisseurs reconnus sont : orthésiste (CO ou CPO(c)), podo-orthésiste (C Ped(c) ou C Ped (MC)), podiatre (DPM), podologue (D CH ou D Pod M). Les noms et qualifications du spécialiste qui prescrit et du fournisseur doivent être clairement indiqués.

**PRESTATION\*** – Physiothérapeute

**LIMITATIONS** – Maximum de 750 \$ par année d'indemnisation.

**PRESTATION** – Prestation de soins de la vue après une chirurgie pour cataractey

**LIMITES DE COUVERTURE** – 70 % avec un maximum à vie de 500 \$ par oeil. Ceci inclut le paiement pour des lunettes d'ordonnance, des lentilles cornéennes ou des lentilles prothétiques. Tout suivi de correction au laser est exclu. Cette prestation est payable en plus de toute prestation de soins optiques payables.

**PRESTATION\*** – Audiologiste, orthophoniste

**LIMITES DE COUVERTURE** – Maximum combiné de 750 \$ par année d'indemnisation.

**PRESTATION\*** – Équipement médical

**LIMITES DE COUVERTURE** – **Lit d'hôpital** – Location ou achat jusqu'à un maximum à vie de 1 500 \$.

**Fauteuil roulant** – Location ou achat jusqu'à un maximum à vie de 1 000 \$.

**Réserve d'oxygène** – Location ou achat.

**PRESTATION** – Lésion dentaire accidentelle

**LIMITES DE COUVERTURE** – Remboursée à 70 % des dépenses dentaires.

*\* Ce symbole indique qu'une recommandation écrite de votre médecin doit être soumise spécifiant la maladie pour laquelle le traitement est prescrit. Cette recommandation écrite doit être fournie chaque année d'indemnisation avant que toute prestation soit versée.*

Détails des protections couvertes

**ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – APPAREILS FONCTIONNELS**

**Appareils fonctionnels\*\*** – L’achat ou la location d’appareils fonctionnels, d’aides à la mobilité et d’équipement médical est limité aux articles énumérés ci-dessous.

PRESTATION	LIMITES DE COUVERTURE
Cadre de marche*	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Sondes urétrales	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Plâtres, attelles, cannes, béquilles*, bandage herniaire	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Collet cervical*	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Tubes trachéostomiques	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Fournitures pour colostomie et ostomie lorsqu’il y a une stomie	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Compteur de glucose de sang, lecteur continu de moniteur de glucose, ensembles de perfusion d’insuline, bandes de test et aiguilles	Couvert jusqu’à concurrence des frais habituels courants.
Attelles abdominales, dorsales ou genouillères*	Maximum à vie de 500 \$ chacune pour attelles abdominales ou dorsales. Maximum à vie de 500 \$ par genou pour genouillère.
Machine CPAP (ventilation à pression positive continue)*	Maximum à vie de 500 \$.
Machine IPPB (ventilation à pression positive intermittente)*	Maximum à vie de 500 \$.
Moniteurs d’apnée pour dysrythmie respiratoire*	Maximum à vie de 500 \$.
Luminothérapie si TAS (troubles affectifs saisonniers) a été diagnostiqué*	Maximum à vie de 200 \$.
Fournitures pour CPAP et IPPB	Maximum de 100 \$ par année d’indemnisation.
Appareils fonctionnels et aides médicales nécessaires après chirurgie*	Maximum de 500 \$ par incident. Maximum à vie de 2 500 \$. Les rénovations de domicile incluant appareils d’élévation, barres d’appui et poteaux sont exclues.
Machine Tens (neurostimulation électrique transcutanée pour douleur chronique)*	Maximum à vie de 500 \$.
Bas de contention et bas de compression	Maximum de quatre paires par année d’indemnisation.
Soutien-gorge de contention	Maximum de deux par année d’indemnisation.
Trousse de démarrage continu du moniteur de glucose (lecteur & capteurs initiaux) (comme Freestyle libre Flash)	Maximum d’une par trois ans d’indemnisation.
Capteurs de surveillance du glucose continus À la disposition des assurés qui utilisent l’insuline pour gérer leur taux de glycémie et de sucre	Maximum de 1 000 \$ par année d’indemnisation.
Pompe à insuline*	Maximum à vie de 1 000 \$.
Prothèse mammaire externe (lorsque requis après une mastectomie totale ou radicale)	Maximum d’une par année d’indemnisation.
Bonnets couvre-moignons	Maximum de quatre paires par année d’indemnisation.

\* Ce symbole indique qu’une recommandation écrite de votre médecin doit être soumise spécifiant la maladie pour laquelle le traitement est prescrit. Cette recommandation écrite doit être fournie chaque année d’indemnisation avant que toute prestation soit versée.

\*\* Pour les autres appareils fonctionnels énumérés, AFBS peut demander une recommandation médicale écrite avec la demande de soumission et à sa discrétion.

### *Détails des protections couvertes*

#### **DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE QUI – NE SONT PAS ADMISSIBLES**

Les services et fournitures qui ne sont pas spécifiquement énumérés comme dépenses admissibles ne sont pas admissibles pour indemnité par le régime Arts et Spectacle. De même, les points suivants ne sont pas admissibles pour indemnité :

- Versement des primes de l'assurance maladie provinciale.
- Les services payables par tout programme provincial d'hospitalisation ou par le régime provincial d'assurance maladie, par CSPAAT, par d'autres agences gouvernementales ou par autres sources.
- Les honoraires des médecins pour remplir les formulaires ou rapports, les rendez-vous manqués ou les examens requis pour souscrire à une assurance.
- Les frais de séjour à l'hôpital en salle.
- Chirurgie esthétique.
- Voyage pour raisons de santé ou pour repos thérapeutique.
- Blessure corporelle suite à une guerre, une insurrection ou une émeute.
- Couverture pour une personne à charge à moins que le membre ait choisi de l'assurer et ait versé les primes appropriées.
- Les factures pour hospitalisation ou honoraires de médecin hors du pays. Interventions chirurgicales effectuées en cabinet privé ou hors du régime provincial d'assurance maladie.