



Détails des protections couvertes

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – FRAIS D’OPTIQUE ET PARAMÉDICAUX

Pourcentage de remboursement

70 %

Maximum annuel par personne assurée

PRESTATION – 350 \$

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 – 150 \$ pour chaque deux années d’indemnisation.

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

LIMITES DE COUVERTURE – Maximum de 25 \$ par visite.

PRESTATION* – Massothérapeute, médecine traditionnelle chinoise, acupuncteur, diététicien, physiothérapeute, audiologiste, orthophoniste

LIMITES DE COUVERTURE – Maximum de 25 \$ par visite.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE – AUTRES SERVICES ET FOURNITURES

Pourcentage de remboursement

70 %

Maximum annuel par personne assurée

PRESTATION – 5 000 \$†

†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* – 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 \$.

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

*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 – AUTRES SERVICES ET FOURNITURES

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* – Équipement médical

LIMITES DE COUVERTURE – Maximum de 2 500 \$ par année d'indemnisation combiné avec appareils fonctionnels et services d'infirmier privé.

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.

PRESTATION – Vaccinations

LIMITES DE COUVERTURE – 70 % par demande d'indemnité. Le remboursement est basé sur les coûts courants et raisonnables de ces articles comme déterminés par AFBS.

** 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.

Maximum de 2 500 \$ par année d’indemnisation combiné avec appareils fonctionnels et services d’infirmier privé.

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. Doit avoir un facteur de compression de 15mmHG ou plus indiqué sur le reçu.
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) À la disposition des assurés qui utilisent l’insuline pour gérer leur taux de glycémie et de sucre	Maximum d’une par période de trois ans 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.