

Assurance maladies graves Chèque-vie^{MD} – Affections couvertes

Comparaison des libellés des contrats

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Chirurgie de l'aorte	<p>Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique ou de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p>	<p>Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de toute partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique ou de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.</p>	<p>Changement important.</p> <p>La définition a été élargie pour inclure le remplacement de toute partie de l'aorte.</p> <p>La partie des exclusions a été ajoutée pour éclaircir certains points concernant les interventions pour lesquelles aucune prestation n'était payable selon la définition contenue dans la version antérieure du contrat Chèque-vie.</p>
Anémie aplastique	<p>Affection non couverte par la version antérieure de Chèque-vie</p>	<p>Diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne de l'anémie, une neutropénie et une thrombocytopénie, et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ stimulation de la moelle osseuse, ■ immunosuppresseurs, ■ greffe de moelle osseuse. <p>Le diagnostic d'anémie aplastique doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>Changement important.</p> <p>L'anémie aplastique a été ajoutée aux affections couvertes par Chèque-vie.</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Méningite purulente	Affection non couverte par la version antérieure du contrat Chèque-vie	<p>Diagnostic formel de méningite, confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture, et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.</p> <p>Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une méningite virale.</p>	<p>Changement important.</p> <p>La méningite purulente a été ajoutée aux affections couvertes par Chèque-vie.</p>
Tumeur cérébrale bénigne	<p>Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer un ou des déficits neurologiques documentés et irréversibles.</p> <p>Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusion Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « tumeur cérébrale bénigne » pour des adénomes pituitaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.</p> <p>Si, dans les 90 jours suivant la date de l'établissement ou la date de la dernière remise en vigueur de la couverture, selon la date la plus éloignée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un assuré au titre de cette couverture fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne; ou ■ un assuré au titre de cette couverture présente des signes ou des symptômes ou subit des examens menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic; <p>aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée pour une tumeur cérébrale bénigne à cet assuré au titre de la couverture.</p>	<p>Diagnostic formel d'une tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou une radiothérapie, ou provoquer un ou des déficits neurologiques documentés et irréversibles.</p> <p>Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes ni de prestation Intervention rapide si, dans les 90 jours suivant</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la date d'établissement de la couverture, ou ■ la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure <p>l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la couverture), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou ■ a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre de la couverture). 	<p>Aucun changement important n'est apporté à la couverture (libellé, restructuration de phrase).</p> <p>La partie de l'exclusion été modifiée pour éclaircir certains points.</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Tumeur cérébrale bénigne (suite)	L'information décrite ci-dessus relative aux signes, aux symptômes et aux examens ainsi qu'au diagnostic doit être transmise dans les six mois suivant la date du diagnostic, en écrivant à l'unité des Règlements, Assurance individuelle de notre siège social canadien. Si l'information n'est pas transmise, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation d'assurance maladies graves pour une tumeur cérébrale bénigne, ou toute prestation pour une affection couverte ou une affection à Intervention rapide causée par une tumeur cérébrale bénigne ou par son traitement.	Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur une tumeur cérébrale bénigne, ou sur toute maladie grave causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement. Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas d'adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.	
Cécité		Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par : <ul style="list-style-type: none"> ■ une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les deux yeux, ou ■ un champ visuel inférieur à 20 degrés pour les deux yeux. Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste. Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.	Aucun changement.
Cancer (mettant la vie en danger)	Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la croissance et la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée. Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « cancer » pour les cancers suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ carcinome <i>in situ</i>, ■ mélanome malin au stade 1A (mélanome dont l'épaisseur est égale ou inférieure à 1 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V), 	Diagnostic formel d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus sains. Les types de cancer comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée. Exclusions Dans la présente exclusion, l'expression « quelque cancer que ce soit » comprend tous les cancers, même dans le cas où ils n'auraient pas été couverts par les définitions de cancer pour une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide.	Changement important. L'expression « <i>mettant la vie en danger</i> » a été ajoutée au titre de la définition pour permettre d'établir les attentes. La définition de « cancer » a été clarifiée afin d'identifier les formes communes de cancer et d'établir si elles donnent droit au versement de la prestation entière. Un des changements a consisté à ajouter l'exclusion de certains cancers non menaçants pour la vie (p. ex. cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire diagnostiqué à un stade précoce). Les phrases ont été reformulées et restructurées, particulièrement en ce qui a trait à la période moratoire d'exclusion. La mention de deux documents de référence a été ajoutée pour apporter des précisions supplémentaires.

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Cancer (mettant la vie en danger) (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ■ tout cancer de la peau sans présence de mélanome et non métastatique, ou ■ cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b). <p>Dans la présente exclusion, l'expression « quelque cancer que ce soit » comprend tous les cancers, même dans le cas où ils n'auraient pas été couverts par les définitions de cancer pour une prestation Affections couvertes ou une prestation Intervention rapide.</p> <p>Si, dans les 90 jours suivant la date de l'établissement ou suivant la date de la dernière remise en vigueur de la couverture, selon la date la plus éloignée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un assuré au titre de cette couverture fait l'objet d'un diagnostic de quelque cancer que ce soit; ou ■ un assuré au titre de cette couverture présente des signes ou des symptômes ou subit des examens menant à un diagnostic de quelque cancer que ce soit, sans égard à la date du diagnostic; <p>aucune prestation d'assurance maladies graves ne sera versée pour quelque cancer que ce soit à cet assuré au titre de la couverture.</p> <p>L'information décrite ci-dessus relative aux signes, aux symptômes et aux examens ainsi qu'au diagnostic doit être transmise dans les six mois suivant la date du diagnostic, en écrivant à l'unité des Règlements, Assurance individuelle de notre siège social canadien. Si l'information n'est pas transmise, nous avons le droit de refuser toute demande de prestation d'assurance maladies graves pour un cancer, ou toute prestation pour une affection couverte ou une affection à Intervention rapide causée par quelque cancer que ce soit ou par son traitement.</p>	<p>Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes ni de prestation Intervention rapide si, dans les 90 jours suivant</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la date d'établissement de la couverture, ou ■ la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure, <p>l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la couverture), peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou ■ a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la couverture). <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur un cancer, ou sur toute maladie grave causée par quelque cancer que ce soit ou son traitement.</p> <p>Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites ou de non invasives, carcinome <i>in situ</i> (Tis) ou tumeurs au stade Ta, ■ cancer de la peau avec présence de mélanome malin dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, à moins d'être ulcéré ou accompagné de nœuds lymphoïdes ou de métastases, ■ tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans nœuds lymphoïdes ni métastases, ■ cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans nœuds lymphoïdes ni métastases, ■ cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire, ou les deux, dont le plus grand diamètre tumoral est inférieur ou égal à 2 cm et qui est au stade T1, sans nœuds lymphoïdes ni métastases, 	

Affections couvertes	Libellé du contrat précédent (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Cancer (mettant la vie en danger) (suite)		<ul style="list-style-type: none"> ■ leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai, ■ tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. <p>Aux fins du contrat, les termes « Tis, Ta, T1a, T1b, T1 et stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de stadification du cancer (7^e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC).</p> <p>Aux fins du contrat, le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication <i>Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia</i> (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46:219, 1975).</p>	
Coma		<p>Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période.</p> <p>Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ un coma médicalement provoqué, ■ un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogues, ou ■ un diagnostic de mort cérébrale. 	Aucun changement.
Pontage coronarien	Chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.	Chirurgie cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'un pontage par greffe. L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.	Aucun changement important n'est apporté à la couverture (libellé, restructuration de phrase). L'exclusion a été clarifiée.

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Pontage coronarien (suite)	<p>Exclusion</p> <p>Aucune prestation Affections couvertes ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage coronarien » si le traitement de la coronaropathie se limite à des interventions non chirurgicales ou à des techniques à base de cathéter, comme l'angioplastie par ballonnet et l'embolectomie au laser.</p>	<p>Exclusions</p> <p>Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.</p>	
Surdité		<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.</p> <p>Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente</p> <p>Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	Aucun changement.
<p>Démence, maladie d'Alzheimer comprise (auparavant appelée « Maladie d'Alzheimer »)</p>	<p>Diagnostic formel d'une maladie cérébrale dégénérative progressive. L'assuré doit présenter une perte des facultés intellectuelles marquée par un affaiblissement de la mémoire et du jugement, qui entraîne une réduction importante des capacités mentales et une détérioration des fonctions sociales et qui nécessite une supervision d'au moins huit heures par jour. Le diagnostic de la maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente</p> <p>Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusion</p> <p>Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « maladie d'Alzheimer » pour tout autre trouble cérébral organique et toute autre maladie psychiatrique entraînant la démence.</p>	<p>Diagnostic formel de démence caractérisée par une détérioration progressive de la mémoire et par au moins une des manifestations suivantes touchant les fonctions cognitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ aphasie (trouble du langage), ■ apraxie (difficulté à accomplir des tâches courantes), ■ agnosie (difficulté à reconnaître des objets), ■ perturbation des fonctions de contrôle supérieures (dites « exécutives ») (par exemple, capacité de pensée abstraite, ainsi que planification, esprit d'initiative, organisation, contrôle et interruption de comportements complexes), ce qui a une incidence sur les activités de la vie quotidienne. <p>L'assuré doit présenter les signes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ démence de niveau au moins modéré, attestée par un mini-examen de l'état mental dont le score est de 20/30 ou moins ou par un ou plusieurs autres examens généralement reconnus par la profession médicale pour l'évaluation des fonctions cognitives et dont le score est équivalent, ■ détérioration progressive des fonctions cognitives et de la capacité de fonctionner au quotidien attestée par une série de tests cognitifs ou par un examen des antécédents pendant une période d'au moins six mois. 	<p>Changement important.</p> <p>La définition de la maladie d'Alzheimer a été élargie pour inclure d'autres formes de démence.</p> <p>La nécessité d'une supervision d'au moins huit heures par jour a été retirée de la définition.</p> <p>Le nombre des symptômes que doit présenter un patient a été augmenté.</p> <p>On a ajouté la référence au <i>Mini Mental State Exam</i>.</p> <p>L'exclusion a été clarifiée.</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
<p>Démence, maladie d'Alzheimer comprise (auparavant appelée « Maladie d'Alzheimer ») (suite)</p>		<p>Aux fins du contrat, le mini-examen de l'état mental fait référence au <i>Mini Mental State Exam</i> (Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189).</p> <p>Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas de troubles affectifs ou schizophréniques, ou encore de délirium.</p>	
<p>Crise cardiaque</p>	<p>Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ symptômes de crise cardiaque, ■ changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque, ou ■ apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne. <p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « crise cardiaque » dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q, ou ■ changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus. 	<p>Diagnostic formel de la nécrose du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine, qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ symptômes de crise cardiaque, ■ changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque, ou ■ apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne. <p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q, ou ■ changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus. 	<p>Aucun changement important n'est apporté à la couverture (quelques changements mineurs au libellé).</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Remplacement ou réparation valvulaires	<p>Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p> <p>Exclusion Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « remplacement valvulaire » pour la réparation de valvules cardiaques.</p>	<p>Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à réparer une ou plusieurs valvules cardiaques défailantes.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la chirurgie.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans le cas d'une angioplastie, d'une intervention intra-artérielle, d'une intervention percutanée par cathéter ou d'une intervention non chirurgicale.</p>	<p>Changement important.</p> <p>La réparation (et non seulement le remplacement) des valvules cardiaques a été ajoutée à la définition.</p> <p>L'exclusion a été mise à jour et clarifiée.</p>
Insuffisance rénale		<p>Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	<p>Aucun changement.</p>
Perte de membres		<p>Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.</p> <p>Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle le deuxième membre est amputé.</p>	<p>Aucun changement.</p>
Perte de l'usage de la parole	<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.</p> <p>Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p>Exclusion Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.</p>	<p>Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.</p> <p>Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour toute cause psychiatrique.</p>	<p>Aucun changement important n'est apporté à la couverture (quelques changements mineurs au libellé).</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe		<p>Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation payable au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital et en attente d'une greffe », l'assuré doit être inscrit à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise.</p> <p>Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date d'inscription de l'assuré dans le centre de transplantation mentionné ci-dessus.</p>	Aucun changement.
Greffe d'un organe vital		<p>Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation payable au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », l'assuré doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.</p> <p>Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date de la greffe.</p>	Aucun changement.
Maladie du motoneurone		<p>Diagnostic formel de troubles suivants exclusivement :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), ■ sclérose latérale primitive, ■ atrophie musculaire progressive, ■ paralysie bulbaire progressive, ■ paralysie pseudo-bulbaire. <p>Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'affection est diagnostiquée.</p>	Aucun changement.

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Sclérose en plaques		<p>Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ au moins deux poussées cliniques distinctes, confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation, ■ anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de six mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation, ■ une seule poussée, confirmée par plusieurs IRM du système nerveux qui démontrent des plaques disséminées de démyélinisation apparues à des intervalles d'au moins un mois. <p>Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p>	Aucun changement.
Infection à VIH contractée au travail	<p>Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la date de prise d'effet de la couverture; ou ■ la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci. <p>La prestation Affections couvertes payable au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la blessure accidentelle doit nous être signalée dans les 14 jours suivant cette blessure, ■ une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif, ■ une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif, 	<p>Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé l'assuré à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'il exerçait sa profession habituelle. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la date d'établissement de la couverture, ou ■ la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de celle-ci. <p>La prestation Affections couvertes payable au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » ne sera versée que si toutes les conditions suivantes sont satisfaites :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la blessure accidentelle doit nous être signalée dans les 14 jours suivant la blessure, ■ une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif, ■ une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif, 	Aucun changement important n'est apporté à la couverture (quelques changements mineurs au libellé).

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
<p>Infection à VIH contractée au travail (suite)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis, et ■ la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail. <p>Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle toutes les conditions ci-dessus sont remplies.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'assuré a décidé de ne pas se faire administrer des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH, ■ un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle, ou ■ l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables 	<ul style="list-style-type: none"> ■ tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis, ■ la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail. <p>Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle tous les critères ci-dessus sont remplis.</p> <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « infection à VIH contractée au travail » dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ l'assuré a décidé de ne pas se faire administrer des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH, ■ un traitement approuvé contre l'infection à VIH était disponible avant la blessure accidentelle, ou ■ l'infection à VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables 	
<p>Paralysie</p>		<p>Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.</p> <p>Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p>	<p>Aucun changement.</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis	<p>Diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire idiopathique, caractérisée par au moins deux des manifestations cliniques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ rigidité musculaire, ■ tremblements, ou ■ bradykinésie (lenteur anormale des mouvements, ralentissement des réactions physiques et mentales). <p>L'assuré doit avoir besoin d'une aide physique importante de la part d'un autre adulte pour accomplir au moins deux des six activités de la vie quotidienne ci-dessous.</p> <p>Les activités de la vie quotidienne aux fins de la prestation Affections couvertes pour cette affection sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou à la débarbouillette, avec ou sans l'aide d'accessoires. ■ S'habiller : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres prothèses chirurgicales. ■ Se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'assurer son hygiène personnelle complète. ■ Être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou appareils chirurgicaux de façon à maintenir un niveau raisonnable d'hygiène personnelle. ■ Se lever du lit, se coucher, s'asseoir ou se lever d'une chaise : capacité de prendre place dans un lit, sur une chaise ou dans un fauteuil roulant et de se lever, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint. ■ Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés. <p>Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ date à laquelle toutes les conditions ci-dessus sont remplies; et ■ 30^e jour suivant la date du diagnostic. 	<p>Diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, affection neurologique permanente caractérisée par une bradykinésie (lenteur des mouvements) et par au moins un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ rigidité musculaire, ■ tremblements de repos. <p>Troubles parkinsoniens atypiques précis : diagnostic formel d'une paralysie supranucléaire progressive, d'une dégénérescence cortico-basale ou d'une atrophie multisystématisée.</p> <p>L'assuré doit présenter des signes objectifs de dégénérescence progressive des fonctions pendant au moins un an et pour lesquels le neurologue traitant a prescrit des médicaments dopaminergiques ou d'autres médicaments généralement reconnus par la profession médicale pour le traitement de la maladie de Parkinson.</p> <p>Le diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis doit être posé par un neurologue.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la plus éloignée des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ date à laquelle tous les critères ci-dessus sont remplis, ou ■ 30^e jour suivant la date du diagnostic. <p>Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes pour tout autre type de parkinsonisme.</p> <p>Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes si, dans l'année suivant</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la date d'établissement de la couverture, ou ■ la date de la dernière remise en vigueur de celle-ci si cette date est postérieure <p>l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis, peu importe la date d'établissement du diagnostic, ou 	<p>Changement important.</p> <p>La définition a été élargie pour inclure les troubles parkinsoniens atypiques précis.</p> <p>Les incidences sur les activités de la vie quotidienne ont été supprimées.</p> <p>Une exclusion a été ajoutée dans le cas où l'assuré présente des signes ou des symptômes ou est soumis à des examens qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic au cours de la première année de couverture.</p>

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Maladie de Parkinson et troubles parkinsoniens atypiques précis (suite)	<p>Exclusion Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson » pour tous les autres types de parkinsonisme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson ou d'un trouble parkinsonien atypique précis. <p>Les renseignements médicaux concernant le diagnostic et tous signes, symptômes ou examens qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent nous être communiqués dans les six mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, nous pouvons refuser toute demande de règlement portant sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la maladie de Parkinson, ou ■ des troubles parkinsoniens atypiques précis, <p>ou sur toute maladie grave causée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ la maladie de Parkinson, ou ■ des troubles parkinsoniens atypiques précis, <p>ou leur traitement.</p>	
Brûlures graves		<p>Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.</p> <p>Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période de 30 jours suivant la date à laquelle l'assuré subit les brûlures graves.</p>	Aucun changement.
Accident vasculaire cérébral (AVC)	<p>Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrâniennes, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et ■ nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, <p>persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.</p> <p>Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les conditions ci-dessus sont remplies.</p>	<p>Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou une hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrâniennes, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et ■ nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique, <p>persistant pendant plus de 30 jours après la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.</p> <p>Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.</p> <p>Période d'attente Période à courir jusqu'à la date à laquelle les critères ci-dessus sont remplis.</p>	Aucun changement important n'est apporté à la couverture (quelques changements mineurs au libellé).

Affections couvertes	Libellé du contrat antérieur (selon les définitions de référence de 2008 de l'ACCAP*)	Libellé du nouveau contrat (selon les définitions de référence de 2013 de l'ACCAP*)	Aperçu des changements
Accident vasculaire cérébral (AVC) (suite)	Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ accident ischémique transitoire, ■ accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ■ infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus. 	Exclusions Nous ne versons pas de prestation Affections couvertes dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> ■ accident ischémique transitoire, ■ accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ■ infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus. 	

*ACCAP (Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes).



RÉSERVÉ AUX CONSEILLERS – NE PAS COMMUNIQUER AU GRAND PUBLIC.

Chèque-vie est une marque de commerce déposée de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

CS1185F 01/15