

ASSURANCE MALADIES GRAVES SUN LIFE
COMPARAISON DES DÉFINITIONS DES
MALADIES ET AFFECTIONS COUVERTES

À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017

Table des matières

MALADIES QUI DONNENT DROIT À UNE PRESTATION COMPLÈTE	3
› Accident vasculaire cérébral	3
› Anémie aplasique	3
› Brûlures sévères, maintenant Brûlures graves	4
› Cancer, maintenant Cancer (mettant la vie en danger)	4
› Cécité	5
› Chirurgie coronarienne, maintenant Pontage aortocoronarien	6
› Chirurgie de l'aorte	6
› Coma	7
› Crise cardiaque (infarctus du myocarde), maintenant Crise cardiaque	7
› Infection au VIH dans le cadre de l'occupation, maintenant Infection à VIH contractée au travail	8
› Insuffisance rénale	9
› Lésion cérébrale acquise	9
› Maladie d'Alzheimer, maintenant Démence, y compris maladie d'Alzheimer	10
› Maladie de Parkinson, maintenant Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	11
› Maladie du neurone moteur, maintenant Maladie du motoneurone	12
› Méningite bactérienne, maintenant Méningite purulente	13
› Paralysie	13
› Perte d'autonomie	14
› Perte de la parole, maintenant Perte de l'usage de la parole	15
› Perte de membres	15
› Remplacement des valves du cœur, maintenant Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	15
› Sclérose en plaques	16
› Surdité	16
› Transplantation d'un organe vital, maintenant Greffe d'un organe vital	17
› Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, maintenant Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	17
› Tumeur cérébrale bénigne	18
MALADIES QUI DONNENT DROIT À UNE PRESTATION PARTIELLE	19
› Angioplastie coronarienne	20
› Cancer – cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)	20
› Cancer – cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1	20
› Cancer – carcinome canalaire in situ du sein	20
› Cancer – leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai	21
› Cancer – mélanome malin au stade 1A	21
MALADIES DE L'ENFANCE QUI DONNENT DROIT À UNE PRESTATION COMPLÈTE	22
› Cardiopathie congénitale	22
› Diabète sucré de type 1	23
› Dystrophie musculaire	23
› Fibrose kystique	24
› Paralysie cérébrale	24

Maladies qui donnent droit à une prestation complète

Le terme «diagnostic définitif» est remplacé par «diagnostic formel»

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
<p>Accident vasculaire cérébral</p> <p>Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> > apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et > nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. <p>Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou > accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou > infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment. 	<p>Un accident vasculaire cérébral est défini comme le diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> > apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et > nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. <p>Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > attaques ischémiques cérébrales transitoires, ou > accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou > infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment. 	<p>La couverture n'a pas changé. Changements mineurs apportés au texte.</p>
<p>Anémie aplasique</p> <p>L'anémie aplasique est définie comme le diagnostic définitif, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la 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 la moelle osseuse. <p>Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>L'anémie aplasique est définie comme le diagnostic formel, confirmé par biopsie, d'une défaillance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la 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 la moelle osseuse. <p>Le diagnostic d'anémie aplasique doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé. Changements mineurs apportés au texte.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Brûlures sévères, maintenant Brûlures graves		
<p>Les brûlures sévères sont définies comme le diagnostic définitif de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.</p> <p>Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date où elle a subi les brûlures sévères.</p>	<p>Les brûlures graves sont définies comme le diagnostic formel de brûlures du troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.</p> <p>Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date où elle a subi les brûlures graves.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
Cancer, maintenant Cancer (mettant la vie en danger)		
<p>Le cancer est défini comme un diagnostic définitif d'une tumeur caractérisée par la prolifération anarchique de cellules malignes et l'invasion des tissus.</p> <p>Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le cancer (mettant la vie en danger) est défini comme un diagnostic formel d'une tumeur, qui doit être 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.</p> <p>Le diagnostic de cancer doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La mention «mettant la vie en danger» a été ajoutée dans le nom de la maladie. La définition énumère les différents types de cancers/tumeurs qui sont couverts ainsi que ceux qui ne le sont pas.</p> <p>La structure de certaines phrases qui se trouvent notamment dans la partie traitant de la période moratoire a été modifiée.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Cette définition ne couvre pas ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > carcinome in situ; > mélanome malin au stade 1A (mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V); > tout cancer de la peau, autre le mélanome et qui n'est pas métastatique (ne s'est pas propagé à des organes éloignés); ou > cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b). 	<p>Aucune prestation n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites («borderline») ou de non invasives, carcinome in situ (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 noeuds lymphoïdes ou de métastases; > tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans noeuds lymphoïdes ni métastases; > cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans noeuds 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 noeuds lymphoïdes ni métastases; > 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. 	
DÉLAI D'ATTENTE DE 90 JOURS POUR UN CANCER		
<p>Aucune prestation n'est payable si la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> > a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou > a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), <p>dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la date la plus récente où une proposition a été signée pour ce contrat; > la date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat; > la date du contrat; ou > la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat. 		

suite à la page suivante

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Cancer, maintenant Cancer (mettant la vie en danger), suite		
<p>OBLIGATION DE DÉCLARER</p> <p>Il vous incombe de nous déclarer tout renseignement concernant un cancer, sans égard à la date du diagnostic. Si les renseignements nous sont communiqués dans les 6 mois de la date du diagnostic, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeurera en vigueur. Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois de la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement à l'égard de l'ensemble ou de n'importe laquelle des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > cancer; > toute maladie grave couverte causée par un cancer; ou > toute maladie grave couverte causée par le traitement d'un cancer. 	<p>DÉLAI D'ATTENTE DE 90 JOURS POUR UN CANCER</p> <p>Aucune prestation n'est payable au titre d'un cancer si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > date où la proposition a été signée pour le contrat; > date du contrat; > date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat; > date de la dernière remise en vigueur du contrat; <p>la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> > a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou > a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat). 	<p>La mention «mettant la vie en danger» a été ajoutée dans le nom de la maladie. La définition énumère les différents types de cancers/tumeurs qui sont couverts ainsi que ceux qui ne le sont pas.</p> <p>La structure de certaines phrases qui se trouvent notamment dans la partie traitant de la période moratoire a été modifiée.</p>
OBLIGATION DE NOUS INFORMER D 'UN CANCER		
<p>Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'un cancer, sans égard à la date du diagnostic.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour cancer est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur. > Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave couverte causée par un cancer ou son traitement. 		
Cécité		
<p>La cécité est définie comme un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :</p> <ul style="list-style-type: none"> > une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux, ou > un champ visuel de moins de 20 degrés dans les deux yeux. <p>Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La cécité est définie comme un diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :</p> <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. <p>Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Chirurgie coronarienne, maintenant Pontage aortocoronarien		
<p>La chirurgie coronarienne est définie comme une chirurgie du cœur visant à remédier par pontage aortocoronarien au rétrécissement ou à l'obstruction d'au moins une artère coronaire. Les interventions non chirurgicales, ou par biais de cathéters, telles que l'angioplastie percutanée et l'utilisation du laser aux fins de désobstruction ne sont pas couvertes.</p> <p>Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p>	<p>Le pontage aortocoronarien est défini comme une intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «pontage aortocoronarien» en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intraartérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais la construction des phrases a changé et les exclusions sont définies plus clairement.</p>
Chirurgie de l'aorte		
<p>La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale pour remédier à une anomalie de l'aorte qui nécessite une excision et le remplacement chirurgical de l'aorte au moyen d'un greffon. On entend par «aorte» l'aorte thoracique et abdominale, mais non ses ramifications.</p> <p>Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p>	<p>La chirurgie de l'aorte est définie comme une intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme «aorte» s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «chirurgie de l'aorte» en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intraartérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.</p>	<p>La couverture n'a pas changé. Ce qui n'est pas couvert au titre de cette définition est indiqué plus clairement.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Coma		
<p>Le coma est défini comme le diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant les 96 heures.</p>	<p>Le coma est défini comme le 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 4 ou moins pendant cette période.</p>	<p>La couverture n'a pas changé. Changements mineurs apportés au texte.</p>
<p>Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	
EXCLUSIONS		
<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p>	<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> > un coma médicalement provoqué, ou > un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue, ou > un diagnostic de mort cérébrale. 	<ul style="list-style-type: none"> > le coma a été médicalement provoqué; > le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; > un diagnostic de mort cérébrale a été posé. 	
Crise cardiaque (infarctus du myocarde), maintenant Crise cardiaque		
<p>La crise cardiaque (infarctus du myocarde) est définie comme le diagnostic définitif de la nécrose d'une partie du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de la circulation sanguine mise en évidence par l'élévation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux attestant le diagnostic d'un infarctus, et présentant au moins un des éléments suivants :</p>	<p>La crise cardiaque est définie comme le diagnostic formel de la mort 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>	<p>La couverture n'a pas changé, mais la construction des phrases a changé.</p>
<ul style="list-style-type: none"> > des symptômes de crise cardiaque, > de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde, ou > l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne. 	<ul style="list-style-type: none"> > symptômes de crise cardiaque; > changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; > apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne. 	
<p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	
EXCLUSIONS		
<p>La crise cardiaque ne comprend pas :</p>	<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p>	
<ul style="list-style-type: none"> > l'élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais non limité à, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q, ou > la découverte de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée précédemment. 	<ul style="list-style-type: none"> > augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; > changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme «crise cardiaque» ci-dessus. 	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Infection au VIH dans le cadre de l'occupation, maintenant Infection à VIH contractée au travail		
<p>L'infection au VIH dans le cadre de l'occupation est définie comme un diagnostic définitif d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle durant l'exercice des fonctions normales de l'emploi de la personne assurée, et qui a exposé celle-ci à des fluides corporels contaminés par le VIH.</p> <p>La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la date la plus récente où la proposition a été signée pour le contrat, > la date du contrat, > la date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat, ou > la date de la dernière remise en vigueur du contrat. <p>La prestation relative à cette affection n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la blessure accidentelle doit nous être déclarée dans les 14 jours suivant l'accident, > une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être négatif, > une sérologie du VIH doit être effectuée entre 90 et 180 jours suivant la blessure accidentelle et le résultat doit être positif, > tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire approuvé au Canada ou aux États-Unis, > la blessure accidentelle doit être déclarée, faire l'objet d'une enquête et être documentée selon les normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis. <p>Le diagnostic d'infection au VIH dans le cadre de l'occupation doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la deuxième sérologie du VIH décrite ci-dessus.</p>	<p>L'infection à VIH contractée au travail est définie comme un diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.</p> <p>La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir eu lieu après la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > date la plus récente où la proposition a été signée pour le contrat; > date du contrat; > date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat; > date de la dernière remise en vigueur du contrat. <p>La prestation relative à cette affection n'est payable que si toutes les conditions suivantes sont respectées :</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; > 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 normes de santé et de sécurité au travail au Canada ou aux États-Unis. <p>Le diagnostic d'infection à VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la deuxième sérologie du VIH décrite ci-dessus.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la personne assurée a refusé d'utiliser tout vaccin, approuvé et disponible, offrant une protection contre le VIH, > un traitement approuvé et curatif pour l'infection au VIH est devenu disponible avant la blessure accidentelle, > l'infection au VIH a eu lieu à la suite d'une blessure non accidentelle (incluant, mais sans s'y limiter, la transmission sexuelle ou l'usage de drogues intraveineuses). 	<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun 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; > 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. 	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Insuffisance rénale		
<p>L'insuffisance rénale est définie comme le diagnostic définitif d'une insuffisance chronique et irréversible des deux reins qui nécessite des traitements réguliers par hémodialyse ou par dialyse péritonéale, ou par une greffe rénale.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>L'insuffisance rénale est définie comme le 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
Lésion cérébrale acquise		
<p>La lésion cérébrale acquise est définie comme le diagnostic formel de dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique, à une anoxie ou à une encéphalite et entraînant des signes et symptômes de déficience neurologique qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> › sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique, › persistent pendant plus de 180 jours après la date du diagnostic, et › sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale qui corroborent le diagnostic. <p>Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par un spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.</p>	<p>La lésion cérébrale acquise est définie comme le diagnostic formel de nouveaux dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique, à une anoxie ou à une encéphalite et entraînant des signes et symptômes de déficience neurologique qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> › sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique; › sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale comme une résonance magnétique du système nerveux (IRM) ou une tomодensitométrie (TDM) qui viennent corroborer la nature et la position des nouveaux dommages et le moment où ils sont survenus; et › persistent pendant plus de 180 jours suivant la date du diagnostic. <p>Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par un spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus ont été satisfaites.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais le texte a été rendu plus clair.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> › anomalie décelée à la scintigraphie, cérébrale ou autre, sans manifestation clinique, ou › signes neurologiques sans symptômes d'anomalie. 	<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> › anomalie décelée à la scintigraphie, cérébrale ou autre, sans lien avec une détérioration clinique précise; › signes neurologiques sans symptômes d'anomalie. 	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Maladie d'Alzheimer, maintenant Démence, y compris maladie d'Alzheimer		
<p>La maladie d'Alzheimer est définie comme le diagnostic définitif d'une affection dégénérative progressive du cerveau. La personne assurée doit présenter des signes de détérioration intellectuelle affectant la mémoire et le jugement, et entraînant une réduction marquée du fonctionnement mental et social. Cette réduction doit nécessiter une surveillance journalière de 8 heures au minimum.</p> <p>Le diagnostic de maladie d'Alzheimer doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La démence, y compris maladie d'Alzheimer, est définie comme le diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > aphasie (un trouble de la parole); > apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes); > agnosie (difficulté à reconnaître des objets); > perturbation des fonctions exécutives (p. ex., incapacité d'avoir une pensée abstraite et de concevoir, entreprendre, organiser, surveiller et arrêter un comportement complexe) qui a une incidence sur la vie quotidienne. <p>La personne assurée doit présenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> > une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un minexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) dont le résultat est de 20/30 ou moins, ou un score équivalent dans un ou plusieurs autres tests des fonctions cognitives généralement acceptés sur le plan médical; et > des preuves d'une détérioration progressive des fonctions cognitives et d'une perturbation des activités quotidiennes obtenues soit par une batterie de tests cognitifs soit par l'historique de la maladie sur une période d'au moins 6 mois. <p>Le diagnostic de démence doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le terme «démence» a été ajouté dans le nom de la couverte.</p> <p>La définition est plus longue et il y est fait mention maintenant de la détérioration de la mémoire et de la perturbation d'au moins une fonction cognitive.</p> <p>L'exigence relative à la surveillance journalière d'au moins 8 heures a été retirée.</p> <p>La liste des symptômes que la personne doit présenter est plus longue. L'exclusion a été modifiée et fait référence à tout trouble affectif ou schizophrénique ou au délire. Le nom du document servant de référence au mini examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) a été ajouté.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Aucune prestation n'est payable pour tout autre désordre organique du cerveau de type démentiel ainsi que pour les maladies psychiatriques.</p>	<p>Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «démence» pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.</p> <p>Aux fins du contrat, la référence à un minexamen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189.</p>	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Maladie de Parkinson, maintenant Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques		
<p>La maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic définitif de la maladie de Parkinson primitive idiopathique, laquelle se caractérise par un minimum de 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>Le diagnostic de maladie de Parkinson doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit remplir les conditions énoncées ci-dessus et survivre pendant 30 jours après la date où toutes ces conditions sont remplies.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour tout autre type de parkinsonisme.</p>	<p>La maladie de Parkinson est définie comme le diagnostic formel de maladie de Parkinson primaire, un trouble neurologique permanent devant avoir pour caractéristiques la bradykinésie (lenteur des mouvements) et au moins un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > rigidité musculaire; > tremblement de repos. <p>La personne assurée doit manifester des signes objectifs de détérioration progressive des fonctions depuis au moins un an, et son neurologue traitant doit lui avoir prescrit un médicament dopaminergique ou un traitement médical équivalent généralement reconnu contre la maladie de Parkinson.</p> <p>Le syndrome parkinsonien atypique est défini comme le diagnostic formel de paralysie supranucléaire progressive, de dégénérescence cortico-basale ou d'atrophie multisystémique.</p> <p>Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus ont été satisfaites.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour tout autre type de parkinsonisme.</p> <p>LA COUVERTURE POUR LA MALADIE DE PARKINSON ET LES SYNDROMES PARKINSONIENS ATYPIQUES COMPORTE UN DÉLAI D'ATTENTE D'UN AN</p> <p>Aucune prestation relative à la maladie de Parkinson ou aux syndromes parkinsoniens atypiques n'est payable si dans l'année qui suit la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > date où la proposition a été signée pour le contrat; > date du contrat; > date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat; > date de la dernière remise en vigueur du contrat; <p>la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> > a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic d'un syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre parkinsonisme, sans égard à la date du diagnostic; ou > a reçu un diagnostic de la maladie de Parkinson, d'un syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre parkinsonisme. 	<p>La définition, plus longue, inclut maintenant la notion de «syndromes parkinsoniens atypiques» qui étaient exclus dans l'ancienne définition.</p> <p>La définition contient maintenant une période moratoire d'exclusion pour toute maladie ou symptôme qui se manifeste durant la première année de couverture. Comme pour les autres périodes moratoires, les renseignements concernant l'état de santé doivent être communiqués à la Financière Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic.</p>

suite à la page suivante

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Maladie de Parkinson, maintenant Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques, suite		
	<p data-bbox="664 338 1179 422">OBLIGATION DE NOUS INFORMER DE LA MALADIE DE PARKINSON ET DE SYNDROMES PARKINSONIENS ATYPIQUES</p> <p data-bbox="664 436 1133 548">Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence de la maladie de Parkinson ou de syndromes parkinsoniens atypiques, sans égard à la date du diagnostic :</p> <ul data-bbox="664 562 1187 968" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="664 562 1187 730">> Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour maladie de Parkinson ou syndromes parkinsoniens atypiques est exclue en raison du délai d'attente d'un an, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur. <li data-bbox="664 741 1187 968">> Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou toute maladie grave couverte causée par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement. 	<p data-bbox="1235 338 1534 478">La définition, plus longue, inclut maintenant la notion de «syndromes parkinsoniens atypiques» qui étaient exclus dans l'ancienne définition.</p> <p data-bbox="1235 489 1534 863">La définition contient maintenant une période moratoire d'exclusion pour toute maladie ou symptôme qui se manifeste durant la première année de couverture. Comme pour les autres périodes moratoires, les renseignements concernant l'état de santé doivent être communiqués à la Financière Sun Life dans les 6 mois qui suivent la date du diagnostic.</p>
Maladie du neurone moteur, maintenant Maladie du motoneurone		
<p data-bbox="90 1062 646 1146">La maladie du neurone moteur est définie comme le diagnostic formel d'une des maladies suivantes et se limite à ces maladies :</p> <ul data-bbox="90 1157 646 1350" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="90 1157 646 1213">> sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), <li data-bbox="90 1220 363 1247">> sclérose latérale primitive, <li data-bbox="90 1255 428 1283">> amyotrophie spinale progressive, <li data-bbox="90 1289 428 1316">> paralysie bulbaire progressive, ou <li data-bbox="90 1325 355 1350">> paralysie pseudobulbaire. <p data-bbox="90 1360 646 1444">Le diagnostic de maladie du neurone moteur doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p data-bbox="664 1062 1187 1146">La maladie du motoneurone est définie comme le diagnostic formel d'une des maladies suivantes et se limite à ces maladies :</p> <ul data-bbox="664 1157 1187 1350" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="664 1157 992 1184">> atrophie musculaire progressive; <li data-bbox="664 1192 971 1220">> paralysie bulbaire progressive; <li data-bbox="664 1226 935 1253">> paralysie pseudo-bulbaire; <li data-bbox="664 1262 1187 1318">> sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig); <li data-bbox="664 1325 935 1350">> sclérose latérale primitive. <p data-bbox="664 1360 1187 1444">Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p data-bbox="1235 1062 1534 1089">La couverture n'a pas changé.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Méningite bactérienne, maintenant Méningite purulente		
<p>La méningite bactérienne est définie comme un diagnostic définitif 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 du diagnostic.</p> <p>Le diagnostic de méningite bactérienne doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La méningite purulente est définie comme un 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. La personne assurée doit survivre pendant 90 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans le cas d'une méningite virale.</p>	<p>Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «méningite purulente» dans le cas d'une méningite virale.</p>	
Paralysie		
<p>La paralysie est définie comme le diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours après l'événement déclencheur.</p> <p>Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.</p>	<p>La paralysie est définie comme le diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins 2 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. La personne assurée doit survivre pendant au moins 90 jours après la date de l'événement déclencheur.</p>	<p>La couverture n'a pas changé. Changements mineurs apportés au texte.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
<p>Perte d'autonomie</p>	<p>La perte d'autonomie est définie comme le diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement.</p> <p>Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus ont été satisfaites.</p> <p>Les activités de la vie quotidienne sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> > se laver : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; > se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; > se servir des toilettes : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; > être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle; > se mouvoir : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels; > se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels. 	<p>Suppression de la notion de déficience cognitive et de sa définition, de la mention d'une surveillance journalière continue d'un minimum de 8 heures et de l'exclusion concernant tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.</p> <p>Les troubles cognitifs ont été retirés de la définition de Perte d'autonomie, mais ils sont couverts par la définition de Démence, y compris maladie d'Alzheimer.</p>
<p>La perte d'autonomie est définie comme le diagnostic définitif :</p> <ul style="list-style-type: none"> > d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins deux des six activités de la vie quotidienne, ou > d'une déficience cognitive telle que définie ci-après, > pour une période continue d'au moins 90 jours sans espoir raisonnable de rétablissement. <p>Les activités de la vie quotidienne sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Prendre son bain : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires. > Se vêtir : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris orthèses, membres artificiels ou autres accessoires chirurgicaux. > Faire sa toilette : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète. > Être continent : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau d'hygiène personnelle compatible avec un bon état de santé général. > Se mouvoir : capacité d'entrer et de sortir d'un lit, de s'asseoir ou de se relever d'une chaise ou d'une chaise roulante, avec ou sans l'aide d'équipement d'appoint. > Se nourrir : capacité de consommer de la nourriture ou des breuvages qui ont été préparés et servis, avec ou sans l'aide d'ustensiles adaptés. <p>La déficience cognitive est définie comme la détérioration mentale et la perte de l'aptitude intellectuelle, se manifestant par une détérioration de la mémoire, de l'orientation et de la faculté de raisonner, lesquelles sont mesurables et qui résultent d'une cause organique objective diagnostiquée par un spécialiste. Le degré de déficience cognitive doit être suffisamment grave pour nécessiter une surveillance journalière continue d'un minimum de huit heures par jour.</p> <p>L'établissement de la déficience cognitive sera fondé sur des données cliniques et des évaluations normalisées et valides desdites déficiences.</p> <p>Le diagnostic de perte d'autonomie doit être posé par un spécialiste. Il n'y a aucune autre période de survie à satisfaire une fois que les conditions énoncées ci-dessus sont satisfaites.</p>	<p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour tout trouble mental ou nerveux non imputable à une cause organique.</p>	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Perte de la parole, maintenant Perte de l'usage de la parole		
<p>La perte de la parole est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour une période continue d'au moins 180 jours.</p> <p>Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 180 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La perte de l'usage de la parole est définie comme le 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. La personne assurée doit survivre pendant 180 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Aucune prestation n'est payable pour cette affection si la perte de la parole est due à une cause psychiatrique.</p>	<p>Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «perte de l'usage de la parole» pour toute cause psychiatrique.</p>	
Perte de membres		
<p>La perte de membres est définie comme le diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux ou plusieurs membres au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.</p> <p>Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La perte de membres est définie comme le 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais la construction des phrases a changé.</p>
Remplacement des valves du cœur, maintenant Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque		
<p>Le remplacement des valves du cœur est défini comme le remplacement chirurgical de toute valve du cœur par une valve naturelle ou mécanique.</p> <p>Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette chirurgie. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p>	<p>Le remplacement ou la réparation d'une valvule cardiaque est défini comme une intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique, ou à en corriger les défauts ou les anomalies.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p>	<p>La couverture comprend maintenant la réparation d'une valvule cardiaque, car celle-ci est une intervention désormais plus courante.</p>
EXCLUSIONS	EXCLUSIONS	
<p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour la réparation d'une valve cardiaque.</p>	<p>Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque» en cas d'angioplastie, d'intervention chirurgicale intraartérielle ou transcathéter percutanée ou d'intervention non chirurgicale.</p>	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Sclérose en plaques		
<p>La sclérose en plaques est définie comme le diagnostic définitif d'au moins un des troubles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> > au moins deux épisodes distincts, confirmés par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou > des anomalies neurologiques bien définies persistant pour une période continue d'au moins 6 mois, confirmées par une résonance magnétique du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation, ou > un seul épisode, confirmé par plusieurs résonances magnétiques du système nerveux (IRM) démontrant des lésions multiples de démyélinisation et s'étant développées à des intervalles d'au moins un mois. <p>Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La sclérose en plaques est définie comme le 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 6 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé. Changements mineurs apportés au texte.</p>
Surdité		
<p>La surdité est définie comme le diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz.</p> <p>Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La surdité est définie comme le 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. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Transplantation d'un organe vital, maintenant Greffe d'un organe vital		
<p>La transplantation d'un organe vital est définie comme le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital, la personne assurée doit subir une chirurgie pour recevoir par transplantation un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse, en se limitant à ces organes.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.</p>	<p>La greffe d'un organe vital est définie comme une intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme «greffe d'un organe vital», la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.</p> <p>Le diagnostic de greffe d'un organe vital doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la transplantation.</p>	La couverture n'a pas changé.
Transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, maintenant Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe		
<p>La transplantation d'un organe vital sur liste d'attente est définie comme le diagnostic définitif d'insuffisance irréversible du coeur, des deux poumons, du foie, des deux reins ou de la moelle osseuse. La transplantation doit être médicalement nécessaire. Pour avoir droit à la prestation relative à une transplantation d'un organe vital sur liste d'attente, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise.</p> <p>La date du diagnostic est réputée être la date d'inscription de la personne assurée à un tel programme de transplantation.</p> <p>Le diagnostic d'insuffisance irréversible d'un organe doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe est définie comme le diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du coeur, 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 relative à la défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe, la personne assurée doit être inscrite comme receveuse dans un programme de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis et qui effectue la forme de transplantation requise.</p> <p>La date d'établissement du diagnostic est la date de l'inscription de la personne assurée dans un centre de transplantation.</p> <p>Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	La couverture n'a pas changé.

DÉFINITION SÉRIE 2012

DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017

OBSERVATION

Tumeur cérébrale bénigne

La tumeur cérébrale bénigne est définie comme le diagnostic définitif d'une tumeur non maligne située dans la voûte du crâne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse. La tumeur doit nécessiter un traitement chirurgical ou par radiation ou provoquer des déficits neurologiques documentés et irréversibles.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

EXCLUSIONS

Aucune prestation relative à cette affection n'est payable dans les cas de microadénomes pituitaires de moins de 10 mm.

DÉLAI D'ATTENTE DE 90 JOURS POUR UNE TUMEUR CÉRÉBRALE BÉNIGNE

Aucune prestation relative à une tumeur cérébrale bénigne n'est payable si la personne assurée :

- > a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant au diagnostic de tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic; ou
- > a fait l'objet d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne,

dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- > la date la plus récente où une proposition a été signée pour ce contrat;
- > la date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat;
- > la date du contrat; ou
- > la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat.

OBLIGATION DE DÉCLARER

Il vous incombe de nous déclarer tout renseignement concernant une tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic. Si les renseignements nous sont communiqués dans les 6 mois de la date du diagnostic, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeurera en vigueur. Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois de la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement à l'égard de l'ensemble ou de n'importe laquelle des affections suivantes :

- > tumeur cérébrale bénigne;
- > toute maladie grave couverte causée par une tumeur cérébrale bénigne; ou
- > toute maladie grave couverte causée par le traitement d'une tumeur cérébrale bénigne.

La tumeur cérébrale bénigne est définie comme le 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 des déficits neurologiques objectifs et irréversibles.

Le diagnostic de tumeur cérébrale bénigne doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable au titre de la définition du terme «tumeur cérébrale bénigne» pour des adénomes hypophysaires d'un diamètre inférieur à 10 mm.

DÉLAI D'ATTENTE DE 90 JOURS POUR UNE TUMEUR CÉRÉBRALE BÉNIGNE

Aucune prestation n'est payable au titre de la tumeur cérébrale bénigne si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :

- > date où la proposition a été signée pour le contrat;
 - > date du contrat;
 - > date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat;
 - > date de la dernière remise en vigueur du contrat;
- la personne assurée :

- > a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat), peu importe la date d'établissement du diagnostic; ou
- > a reçu un diagnostic de tumeur cérébrale bénigne (couverte ou non au titre du contrat).

OBLIGATION DE NOUS INFORMER D'UNE TUMEUR CÉRÉBRALE BÉNIGNE

Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'une tumeur cérébrale bénigne, sans égard à la date du diagnostic.

Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour tumeur cérébrale bénigne est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.

Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour une tumeur cérébrale bénigne ou toute maladie grave couverte causée par une tumeur cérébrale bénigne ou son traitement.

La couverture n'a pas changé. La structure de certaines phrases qui se trouvent notamment dans la partie traitant de la période moratoire a été modifiée.

Maladies qui donnent droit à une prestation partielle

Le terme «diagnostic définitif» est remplacé par «diagnostic formel»

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
<p>Nota : L'exclusion suivante s'applique à tous les cancers ouvrant droit à une prestation partielle.</p> <p>Aucune prestation relative à ces affections n'est payable si dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > la date où une proposition a été signée pour ce contrat; > la date du contrat; > la date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat; > la date de la dernière remise en vigueur de ce contrat. <p>la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> > a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou > a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans ce contrat). <p>OBLIGATION DE DÉCLARER</p> <p>Il vous incombe de nous déclarer tout renseignement concernant un cancer, sans égard à la date du diagnostic. Si les renseignements nous sont communiqués dans les 6 mois de la date du diagnostic, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeurera en vigueur. Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois de la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement à l'égard de l'ensemble ou de n'importe laquelle des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > cancer > toute maladie grave couverte causée par un cancer; ou > toute maladie grave couverte causée par le traitement d'un cancer. 	<p>Nota : L'exclusion suivante s'applique à tous les cancers ouvrant droit à une prestation partielle.</p> <p>Aucune prestation n'est payable au titre d'un cancer si, dans les 90 premiers jours suivant la plus récente des dates suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > date où la proposition a été signée pour le présent contrat; > date du contrat; > date de la décision de tarification, mais uniquement si elle est indiquée dans le contrat; > date de la dernière remise en vigueur du présent contrat. <p>la personne assurée :</p> <ul style="list-style-type: none"> > a présenté des signes ou des symptômes ou subi des investigations menant à un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat), sans égard à la date du diagnostic; ou > a fait l'objet d'un diagnostic de cancer (couvert ou exclu dans le contrat). <p>OBLIGATION DE NOUS INFORMER D'UN CANCER</p> <p>Vous avez la responsabilité de nous informer de la présence d'un cancer, sans égard à la date du diagnostic.</p> <p>Si vous nous informez dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic et que la couverture pour cancer est exclue en raison du délai d'attente de 90 jours, la couverture pour toutes les autres maladies graves couvertes demeure en vigueur.</p> <p>Si les renseignements ne nous sont pas communiqués dans les 6 mois suivant la date du diagnostic, nous avons le droit de refuser toute demande de règlement pour un cancer ou toute maladie grave couverte causée par un cancer ou son traitement.</p>	

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Angioplastie coronarienne		
<p>L'angioplastie coronarienne est définie comme une intervention visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au coeur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.</p> <p>Un spécialiste doit déterminer la nécessité médicale de cette intervention. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de l'intervention.</p>	<p>L'angioplastie coronarienne est définie comme une intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au coeur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang.</p> <p>L'intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de l'intervention.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais le texte a été amélioré.</p>
Cancer – cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)		
<p>Le cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique.</p> <p>Le diagnostic de cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le diagnostic de cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b) doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu prostatique. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais le texte a été amélioré.</p>
Cancer – cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1		
	<p>Le cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire est défini comme le diagnostic formel d'un 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 noeuds lymphoïdes ni métastases.</p> <p>Le diagnostic de cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>«Cancer – cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade T1» est une nouvelle affection qui donne droit à une prestation partielle.</p>
Cancer – carcinome canalaire in situ du sein		
<p>Le carcinome canalaire in situ du sein est un cancer non invasif qui doit être confirmé par une biopsie.</p> <p>Le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le carcinome canalaire in situ du sein est un cancer non invasif.</p> <p>Le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais le texte a été amélioré.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Cancer – leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai		
	<p>La leucémie lymphoïde chronique est définie comme le diagnostic formel d'une leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai.</p> <p>Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p> <p>EXCLUSIONS</p> <p>Aucune prestation relative à cette affection n'est payable pour une lymphocytose monoclonale dite de signification indéterminée (LMUS).</p>	<p>«Cancer – leucémie lymphoïde chronique (LLC) au stade 0 selon la classification de Rai» est une nouvelle affection qui donne droit à une prestation partielle.</p>
Cancer – mélanome malin au stade 1A		
<p>Le mélanome malin au stade 1A est un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, confirmé par une biopsie, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.</p> <p>Le diagnostic de mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le mélanome malin au stade 1A est un mélanome d'une épaisseur inférieure ou égale à 1,0 mm, confirmé par une biopsie, non ulcéré et sans invasion de niveau de Clark IV ou V.</p> <p>Le diagnostic de mélanome malin au stade 1A doit être posé par un spécialiste et confirmé par un examen pathologique du tissu. La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais le texte a été amélioré.</p>

Maladies de l'enfance qui donnent droit à une prestation complète

Le terme «diagnostic définitif» est remplacé par «diagnostic formel»

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
<p>Cardiopathie congénitale</p> <p>La cardiopathie congénitale est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes par l'assurance ou l'une des affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.</p> <p>AFFECTIONS CARDIAQUES COUVERTES PAR L'ASSURANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> > Coarctation de l'aorte > Maladie d'Ebstein > Syndrome d'Eisenmenger > Tétralogie de Fallot > Transposition des gros vaisseaux <p>Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de la personne assurée, > être posé par un spécialiste, et > être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p> <p>AFFECTIONS CARDIAQUES COUVERTES PAR L'ASSURANCE SI UNE CHIRURGIE À COEUR OUVERT EST PRATIQUÉE</p> <p>Les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Communication interauriculaire > Communication interventriculaire > Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré > Sténose aortique > Sténose pulmonaire <p>Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Fermeture percutanée de la communication interauriculaire > Interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée 	<p>La cardiopathie congénitale est définie comme le diagnostic formel d'au moins une des affections cardiaques suivantes couvertes.</p> <p>AFFECTIONS CARDIAQUES COUVERTES PAR L'ASSURANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> > Coarctation de l'aorte > Maladie d'Ebstein > Syndrome d'Eisenmenger > Tétralogie de Fallot > Transposition des gros vaisseaux <p>Le diagnostic de l'affection cardiaque doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; > être posé par un spécialiste; et > être confirmé au moyen de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables. <p>PÉRIODE DE SURVIE</p> <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p> <p>La cardiopathie congénitale couvre également les affections cardiaques décrites ci-dessous pour lesquelles une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée afin d'y remédier.</p> <p>AFFECTIONS CARDIAQUES COUVERTES PAR L'ASSURANCE SI UNE CHIRURGIE À COEUR OUVERT EST PRATIQUÉE</p> <p>Les affections cardiaques suivantes sont couvertes seulement si une chirurgie à coeur ouvert est pratiquée pour remédier à au moins l'une d'entre elles :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Communication interauriculaire > Communication interventriculaire > Rétrécissement aortique sous-valvulaire modéré > Sténose aortique > Sténose pulmonaire <p>Cette définition ne couvre pas les interventions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> > Fermeture percutanée de la communication interauriculaire > Interventions au moyen de cathéters, comme la valvuloplastie percutanée. 	<p>La couverture n'a pas changé, mais la construction des phrases a changé.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Cardiopathie congénitale, suite		
<p>Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un spécialiste et la chirurgie doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être recommandée par un spécialiste, > être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables, et > être effectuée par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p>	<p>Le diagnostic de l'affection cardiaque doit être posé par un spécialiste et la chirurgie doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être recommandée par un spécialiste; > être considérée comme nécessaire à la suite de l'utilisation de techniques d'imagerie cardiaque que nous jugeons acceptables; et > être effectuée par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date de la chirurgie.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais la construction des phrases a changé.</p>
Diabète sucré de type 1		
<p>Le diabète sucré de type 1 est défini comme un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne assurée par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins 3 mois consécutifs.</p> <p>Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de la personne assurée, et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>Le diabète sucré de type 1 est défini comme un diagnostic formel de diabète sucré de type 1 qui se manifeste chez la personne assurée par une absence totale d'insuline et une dépendance continue aux injections d'insuline exogène pour survivre. La dépendance à l'insuline doit persister pendant au moins 3 mois consécutifs.</p> <p>Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
Dystrophie musculaire		
<p>La dystrophie musculaire est définie comme un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne assurée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et la biopsie musculaire.</p> <p>Le diagnostic de dystrophie musculaire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de la personne assurée, et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La dystrophie musculaire est définie comme un diagnostic formel de dystrophie musculaire qui se manifeste chez la personne assurée par des anomalies neurologiques bien définies, confirmées par l'électromyographie et, une biopsie musculaire ou d'autres tests que nous jugeons acceptables pour confirmer le diagnostic.</p> <p>Le diagnostic de dystrophie musculaire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé, mais le texte a été amélioré.</p>

DÉFINITION SÉRIE 2012	DÉFINITION À EFFET DU 2 OCTOBRE 2017	OBSERVATION
Fibrose kystique		
<p>La fibrose kystique est définie comme un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne assurée par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.</p> <p>Le diagnostic de fibrose kystique doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de la personne assurée, et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La fibrose kystique est définie comme un diagnostic formel de fibrose kystique qui se manifeste chez la personne assurée par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique.</p> <p>Le diagnostic de fibrose kystique doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>
Paralysie cérébrale		
<p>La paralysie cérébrale est définie comme le diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui affecte le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.</p> <p>Le diagnostic de paralysie cérébrale doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La paralysie cérébrale est définie comme le diagnostic formel d'un trouble neurologique non progressif qui fait perdre le contrôle des muscles. Elle est caractérisée par la spasticité et le manque de coordination des mouvements.</p> <p>Le diagnostic de paralysie cérébrale doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> > être posé avant le 24^e anniversaire de naissance de la personne assurée; et > être posé par un spécialiste. <p>La personne assurée doit survivre pendant 30 jours après la date du diagnostic.</p>	<p>La couverture n'a pas changé.</p>

Ce guide sert de référence seulement et il ne remplace pas le contrat.

La vie est plus radieuse sous le soleil