GUIDE PRIORITÉ SANTÉ ET OPTION SANTÉ*

Description des maladies graves

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

* Ce guide concerne les produits maladies graves Priorité Santé (y compris ceux pour enfant) et Option santé vendus depuis février 2018.

Pourquoi ce guide?

Ce guide est un document de référence pour vous aider à mieux comprendre les maladies graves couvertes par votre contrat d'assurance. Il ne remplace pas les clauses de votre contrat. Si vous faites une réclamation, l'assureur appliquera les définitions contenues dans votre contrat d'assurance.

La maladie qui fait l'objet du diagnostic doit se trouver dans la liste des maladies et conditions couvertes et le diagnostic doit répondre à toutes les exigences énoncées dans la définition. De plus, certaines limitations et exclusions peuvent s'expliquer, telles que le respect des périodes moratoires, de survie et de qualification expliquées ci-après.

Nous espérons que ce guide pourra vous aider à y voir plus clair.

Table des matières

Comment fonctionne l'assurance maladies graves? 2

Quelles sont les conditions à respecter pour être admissible à une prestation? 2

Est-ce que votre réclamation est payable en tout temps? 3

Que faire si vous avez une maladie grave? 3

Quelles sont les périodes à respecter? 4

- Période moratoire 4
- Période de survie 5
- Période de qualification 5

Liste des maladies et troubles payables à 100 % 6

- Cancers et tumeurs 6
- Accidentelles et fonctionnelles 6
- Cardiovasculaires 6
- Autres 6
- Neurologiques 6
- Organes vitaux 6
- En plus des 26 maladies graves, la protection Priorité santé pour enfant payable en 20 ans peut couvrir jusqu'à 6 maladies infantiles supplémentaires 6

Liste des maladies et troubles payables partiellement (avance) 7

- Cancers détectés à un stade précoce 7
- Troubles et interventions cardiovasculaires mineurs 7
- Autre partiel 7
- Comment fonctionnent les paiements partiels? 7
- Quelles sont les exclusions? 8

Descriptions des maladies et troubles couverts 9

- Cancers et tumeurs 9
  - Cancer (mettant la vie en danger) 11
  - Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire stade 1 12
  - Cancer de la prostate au stade T1A ou T1B 12
  - Carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein malignes 13
  - Carcinome in situ 14
  - Dermatofibrosarcome 15
  - Leucémie lymphoïde chronique au stade 0 15
  - Lymphome cutané primitif 16
  - Mélanome malin au stade 1 16
  - Tumeur cérébrale bénigne 17
  - Tumeurs carcinoïdes malignes 18
  - Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes 19
  - Autre cancer 20
- Cardiovasculaires 22
  - Accident vasculaire cérébral 22
  - Angioplastie coronarienne 24
  - Anévrisme de l'aorte coronarienne 24
  - Chirurgie de l'aorte 24
  - Crise cardiaque 25
  - Implantation d'un défibrilateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque 26
  - Pontage aortocoronarien 27
  - Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque 27
  - Traitement endovasculaire d'un anévrisme ou d'une maladie de l'aorte 27
- Neurologie 28
  - Démence (y compris la maladie d'Alzheimer) 28
  - Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques 29
  - Maladie de motoneurone 30
  - Méningite purulente 30
  - Sclérose en plaques 31
- Organes vitaux 32
  - Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe 32
  - Greffe d'un organe vital 32
  - Insuffisance rénale 32
  - **Ablations chirurgicales** 33
  - Mastectomie totale l'aorte 33
  - Prostatectomie totale 33
  - **Accidentelles et fonctionnelles** 34
  - Brûlures graves 34
  - Cécité 34
  - Coma 34
  - Lésion cérébrale 35
  - Paralysie 36
  - Perte de l'usage de la parole 36
  - Perte de membres 36
  - Surdité 36
- Autres 37
  - Anémie aplasique 37
  - Infection au VIH contractée au travail 38
  - Perte d'autonomie permanente 39
  - Perte d'autonomie temporaire 40
- Maladies infantiles 41
  - Fibrose kystique 41
  - Syndrome de Rett 41
  - Trouble du spectre de l'autisme 42
  - Diabète sucré de type 1 43
  - Dystrophie musculaire 44
  - Paralysie cérébrale 44

Quelles sont les périodes et leurs durées selon les maladies et troubles? 46

Comment fonctionne l'assurance maladies graves?

À la suite du diagnostic de l'une des maladies graves couvertes, vous recevrez un montant d'assurance libre d'impôt, que vous soyez en mesure de travailler ou non. Vous pourrez l'utiliser comme bon vous semble.

Quelles sont les conditions à respecter pour être admissible à une prestation?

- Seules sont couvertes les maladies graves expressément nommées par la police d'assurance ou l'avenant.
- La condition médicale et la spécificité de la maladie doivent répondre à leur description figurant au contrat.
- Le diagnostic de la maladie grave doit être posé par le ou la médecin lorsque le contrat est en vigueur.
- La période de survie* pour les interventions et troubles cardiovasculaires doit être respectée. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie.
- La période de qualification* applicable pour certaines maladies graves doit être respectée. Ainsi, à la suite d'un diagnostic répondant à tous les critères, une période de qualification s'amorce et doit s'être écoulée pour permettre l'admissibilité au versement du montant de l'assurance.
- La période moratoire* est applicable à certaines maladies graves. Aucun symptôme ou signe de maladie ne doit être relié à un diagnostic de maladie grave durant cette période.
- Les exclusions et limitations* doivent être respectées.

* Les périodes, exclusions et limitations seront expliquées plus loin. La période de survie ne s'applique pas au produit Option santé.

Est-ce que votre réclamation est payable en tout temps?

Il est possible que certaines réclamations ne soient pas payables en vertu de votre contrat. Par exemple, c'est le cas si votre maladie n'est pas couverte par votre contrat ou si votre diagnostic de cancer (mettant la vie en danger) vous a été remis dans les 90 jours suivant la mise en vigueur de votre contrat. Il est donc important de vous assurer que votre condition réponde à la définition du contrat, qu'elle respecte les exclusions et les périodes exigées et que vous remettez l'ensemble des documents demandés lors d'une réclamation à des fins d'analyse.

À titre d'exemple, voici certaines maladies et conditions qui ne sont pas couvertes par le contrat, même si elles causent de la souffrance :

- Maladie de Crohn
- Hernie
- Trouble bipolaire
- Remplacement de la hanche
- Fibromyalgie

Que faire si vous avez une maladie grave?

Lorsque votre médecin vous remet un diagnostic de maladie grave, il est important de prendre connaissance de la définition de celle-ci dans votre contrat.

- Y a-t-il une période moratoire, de survie ou de qualification pour cette maladie?
- Celle-ci se qualifie-t-elle pour un versement partiel ou total de la prestation prévue à mon contrat d'assurance maladies graves?
- Fait-elle partie des maladies couvertes par votre protection d'assurance maladies graves?

Notre Centre de relations avec la clientèle ou votre conseiller ou conseillère en sécurité financière sera en mesure de déterminer les documents à remplir, de dresser la liste des pièces justificatives requises et de vous accompagner dans la démarche de réclamation.

Une fois tous les documents demandés remplis, vous pouvez les retourner à Desjardins Assurances pour que nous commencions à étudier votre demande. Prenez note que ce n'est que lorsque nous aurons reçu tous les renseignements requis que nous serons en mesure de prendre une décision.

Lorsque l'analyse de votre demande sera terminée, nous communiquerons avec vous dans les jours suivants afin de vous donner les détails de la décision prise (demande acceptée ou refusée) et d'établir les modalités de paiement de la prestation, le cas échéant. Il faut compter un certain nombre de jours pour obtenir votre versement.

Quelles sont les périodes à respecter?

Selon la maladie grave, pour obtenir une prestation, certaines périodes doivent être respectées. Ces périodes sont présentées dans le tableau de la *page 46*.

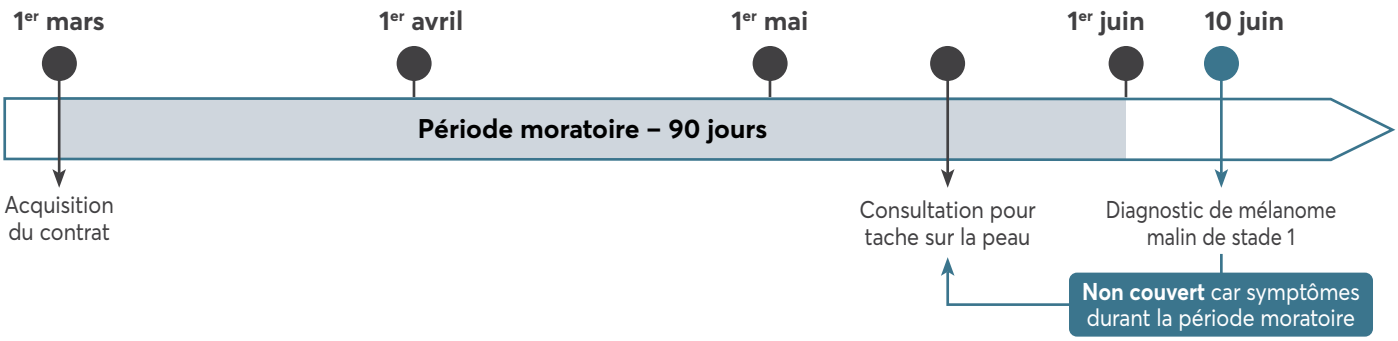
Période moratoire

Pour qu'un montant puisse être payable pour certaines maladies, la protection d'assurance maladies graves doit être en vigueur pendant une période précise, appelée période moratoire, avant :

- L'apparition des premiers symptômes ou signes (peu importe la date du diagnostic);
- Toute investigation menant au diagnostic (peu importe la date de votre diagnostic); ou
- Le diagnostic même de la maladie.

Exemple de période moratoire :

Vous avez acquis un contrat Priorité santé le 1er mars. Au cours du mois de mai, vous apercevez une nouvelle tache sur votre peau. Dans les jours qui suivent, vous consultez votre médecin pour vous assurer que cette tache est inoffensive. Le 10 juin (soit 100 jours après la date de prise d'effet de votre contrat), on vous confirme un diagnostic de mélanome malin de stade 1. Bien que le diagnostic soit posé après la période moratoire de 90 jours, si vous déposez une demande de prestation, celle-ci sera refusée, car vous avez eu des symptômes durant la période moratoire.



Période de survie

La période de survie s'applique uniquement aux maladies et aux interventions cardiovasculaires. Elle correspond aux 30 jours écoulés à la suite d'un trouble de santé diagnostiqué ou d'une intervention chirurgicale pratiquée. La période de survie n'inclut pas les jours où les fonctions vitales sont maintenues artificiellement. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi de cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau.

Cette période n'est pas exigée pour les produits Option santé.

Période de qualification

Période minimale durant laquelle la personne assurée doit avoir certains symptômes, déficits neurologiques, pertes de fonctions ou doit rencontrer certains critères.

Le début de la période démarre à un moment précis selon la définition de la maladie grave au contrat. Par exemple, la période débute à partir de la date du diagnostic, de la date de l'évènement déclencheur, de la perte de fonctions ou du moment où la personne assurée satisfait les critères indiqués dans la définition.

IMPORTANT

La période de qualification débute lorsque les critères d'admissibilités sont respectés.

Par exemple, en cas de perte d'autonomie, la période de qualification démarre lorsque vous n'êtes plus capable de faire deux des six activités quotidiennes décrites au contrat. Ainsi, le diagnostic de la maladie ne suffit pas toujours. L'ensemble des critères doivent être respectés pour vous donner droit à une prestation.

Liste des maladies et troubles payables à 100 %

Cancers et tumeurs

- Cancer (mettant la vie en danger)
- Tumeur cérébrale bénigne

Accidentelles et fonctionnelles

- Brûlures graves
- Cécité
- Coma
- Lésion cérébrale acquise
- Paralysie
- Perte de l'usage de parole
- Perte de membres
- Surdité

Cardiovasculaires

- Accident vasculaire cérébral
- Chirurgie de l'aorte
- Crise cardiaque
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Autres

- Anémie aplasique
- Infection au VIH contractée au travail
- Perte d'autonomie permanente

Neurologiques

- Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
- Maladie du motoneurone
- Méningite purulente
- Sclérose en plaques

Organes vitaux

- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Greffe d'un organe vital
- Insuffisance rénale

En plus des 26 maladies graves, la protection Priorité santé pour enfant payable en 20 ans peut couvrir jusqu'à 6 maladies infantiles supplémentaires :

- Diabète sucré de type 1
- Dystrophie musculaire
- Fibrose kystique
- Syndrome de Rett
- Trouble du spectre de l'autisme
- Paralysie cérébrale

Ce n'est pas parce que votre médecin vous remet un diagnostic de maladie que la prestation prévue au contrat sera payable. Les montants seront versés si le diagnostic répond à la définition de la maladie prévue au contrat.

Liste des maladies et troubles payables partiellement (avance)

Cancers détectés à un stade précoce

- Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade 1
- Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b
- Carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein
- Carcinome in situ
- Dermatofibrosarcome
- Leucémie lymphoïde chronique au stade 0
- Lymphome cutané primitif
- Mélanome malin au stade 1
- Tumeurs carcinoïdes malignes
- Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes
- Autres cancers

Troubles et interventions cardiovasculaires mineurs

- Angioplastie coronarienne
- Anévrisme de l'aorte
- Implantation d'un défibrillateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque
- Traitement endovasculaire d'un anévrisme ou d'une maladie de l'aorte

Autre partiel

- Mastectomie totale
- Prostatectomie totale
- Perte d'autonomie temporaire

Comment fonctionnent les paiements partiels?

L'assurance maladies graves prévoit aussi un versement partiel (une avance) pour certains troubles et maladies ne répondant pas aux définitions des maladies couvertes. Ces versements varient entre 1 % et 30 %. Il est possible de recevoir jusqu'à cinq versements, soit un par catégorie.

Catégories	Avances
Cancers détectés à un stade précoce	Avance de 15 % du montant d'assurance pour un maximum de 50 000 $
Autres cancers	Avance de 1 % du montant d'assurance pour un maximum de 5 000 $
Ablations chirurgicales	Avance de 30 % du montant d'assurance pour un maximum de 100 000 $
Troubles et interventions cardiovasculaires mineurs	Avance de 15 % du montant d'assurance pour un maximum de 50 000 $
Perte d'autonomie temporaire	Avance de 15 % du montant d'assurance pour un maximum de 25 000 $

IMPORTANT

Au fil des ans, si vous faites plus d'une réclamation en lien avec un diagnostic de cancer touchant différentes catégories d'avance, les versements seront déductibles l'un de l'autre. Pour mieux comprendre, veuillez vous référer à l'exemple de la page suivante.

Exemple d'un cas donnant droit à des avances :

Laura acquiert un contrat d'assurance maladies graves Priorité santé de 100 000 $.

Cinq ans plus tard, elle reçoit un diagnostic de carcinome basocellulaire (un cancer de la peau dont l'évolution est très favorable lorsque traité) appartenant à la catégorie « Autres cancers ». Laura a alors droit à une prestation de 1 000 $.

Dix ans plus tard, on diagnostique à Laura un carcinome canalaire in situ du sein. Cette maladie fait partie de la catégorie « Cancers détectés à un stade précoce ». Conséquemment, Laura recevra 14 000 $ puisqu'on lui a déjà versé 1 000 $ pour son diagnostic de carcinome basocellulaire 10 ans plus tôt.

L'année suivante, l'évolution de son cancer fait en sorte qu'elle doit subir une mastectomie totale incluse à la catégorie « Ablations chirurgicales ». Ainsi, Laura a droit à un montant de 30 000 $ moins les prestations déjà versées totalisant 15 000 $.

Après ces réclamations, Laura demeure couverte pour un montant pouvant aller jusqu'à 100 000 $, moins les 30 000 $ déjà versés. Advenant un nouveau trouble de santé dans une catégorie autre que les trois pour lesquelles elle a déjà reçu une prestation, Laura aurait droit à une prestation de 70 000 $ (100 000 $ moins 30 000 $).

Quelles sont les exclusions?

- Toutes les exclusions indiquées s'appliquent pour chaque trouble de santé.
- Aucune prestation ne sera payable pour la personne assurée pour tout trouble de santé diagnostiqué après son décès.
- Aucune prestation ne sera payable pour la personne assurée pour tout trouble de santé qui résulte directement ou indirectement :
  - d'une blessure que la personne assurée s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
  - d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, que la personne assurée y ait pris part ou non;
  - de la conduite d'un véhicule motorisé par la personne assurée alors qu'elle est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
  - de l'usage illégal ou illicite de toute drogue;
  - de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz;
  - de la consommation volontaire de médicaments obtenus sur ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par un professionnel de la santé ou de médicaments obtenus sans ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par le fabricant.

Descriptions des maladies et troubles couverts

Cancers et tumeurs

Tous les types de cancer prennent naissance dans les cellules du corps. Normalement, les cellules de l'organisme se multiplient de manière contrôlée.

Elles se divisent lorsque nécessaire et meurent lorsqu'elles sont divisées en trop grand nombre de fois ou lorsqu'elles sont endommagées.

Toutefois, lorsque les cellules se multiplient de façon anormale dans un tissu sain, cela peut mener à la formation d'une masse appelée tumeur.

Il existe deux types de tumeurs : les non cancéreuses (ou bénignes) et les cancéreuses (ou malignes).

Les tumeurs non cancéreuses sont formées de cellules d'apparence normale qui restent à un seul endroit et qui ne se propagent pas. Mais ces tumeurs peuvent quand même devenir assez grosses. Les tumeurs non cancéreuses ne réapparaissent généralement pas une fois qu'on les a enlevées.

Les tumeurs cancéreuses sont formées de cellules malignes, différentes des cellules normales, qui peuvent envahir les tissus voisins et se propager à d'autres parties du corps. Cela se produit quand les cellules cancéreuses entrent dans le sang ou le système lymphatique. Même une fois la tumeur cancéreuse enlevée, le cancer risque de réapparaître parce que des cellules cancéreuses pourraient s'être déjà propagées de la tumeur à d'autres parties du corps. Les cancers sont classés selon leur stade d'évolution.

Source : ***Types de cancer | Société canadienne du cancer***

La protection vous couvre en cas de cancer de tous types. En effet, selon le stade d'évolution de votre cancer, un versement partiel ou total du montant de la protection sera effectué.

Les médecins emploient la classification AJCC[1] ou TNM[2] pour assigner un stade global variant de 0 à 4 à de nombreux types de cancer. Pour les stades 1 à 4, on utilise souvent les chiffres romains I, II, III et IV. En général, plus le numéro du stade est élevé, plus le cancer s'est propagé.

- Stade 0 – c'est un carcinome *in situ* ou un changement précancéreux;
- Stade 1 – la tumeur est habituellement petite et elle ne s'est pas développée hors de l'organe dans lequel elle a pris naissance;
- Stades 2 et 3 – la tumeur est grosse ou s'est développée hors de l'organe dans lequel elle a pris naissance jusque dans les tissus voisins;
- Stade 4 – le cancer s'est propagé par le sang ou le système lymphatique jusqu'à un emplacement éloigné (propagation métastatique).

Source : ***https://cancer.ca/fr/cancer-information/what-is-cancer/stage-and-grade/staging***

[1] American Joint Committee on Cancer

[2] Les trois lettres symbolisent la propagation de la maladie cancéreuse sur le site de la tumeur primitive (T), dans les ganglions lymphatiques voisins (N pour *node* en anglais) et à distance pour d'éventuelles métastases (M)

Selon le stade du cancer, le versement de la protection peut varier. Voici des exemples pour mieux comprendre le fonctionnement des versements lors d'un diagnostic d'un cancer.

Exemple de paiement d'un cancer de la langue selon le stade :

Le cancer de la langue au stade 0 correspond à un *carcinome in situ*. Il est donc payable à 15% du montant de la protection selon le contrat. Cependant, lorsque le stade du cancer de la langue évolue et se catégorise comme un cancer de stade entre 1 et 4, celui-ci est alors considéré comme un cancer mettant la vie en danger. En effet, à partir du stade 1, le cancer provoque une invasion dans les tissus. Conséquemment, il répond à la cause de *cancer (mettant la vie en danger)* et est payable à 100 %.

Exemple de paiement d'un cancer de la peau selon le stade évolutif :

L'épaisseur du mélanome, l'ulcération et le stade du cancer sont des éléments qui affectent la prestation reçue.

Un mélanome de stade 0 (in situ) est couvert comme *autres cancers* au contrat et donne le droit à 1 % de la prestation.

Au stade 1A sans ulcération, le cancer est un *mélanome malin au stade 1* payable à 15 % de la protection tandis que s'il y a ulcération, il est alors payable à 100 % et répond à la définition de *cancer (mettant la vie en danger)*.

Au stade 1B, le mélanome répond généralement à la définition de *cancer (mettant la vie en danger)* s'il n'est pas ulcéré. Cependant, un mélanome de stade T1B de grosseur entre 0,8 et 1,0 mm ne répond pas à la définition de *cancer (mettant la vie en danger)*, mais bien celle de mélanome malin stade 1.

Le stade 2 et plus est un mélanome répondant à la définition de *cancer (mettant la vie en danger)* et payable à 100 %.

Ainsi, il est important de comprendre que, selon le diagnostic de cancer reçu, son stade et plusieurs autres caractéristiques, la définition de celui-ci peut répondre à une autre définition que celle de *cancer (mettant la vie en danger)*. Conséquemment, le paiement de la protection varie selon la définition répondue.

Cancer (mettant la vie en danger)

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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 cancers comprennent le carcinome, le mélanome, la leucémie, le lymphome et le sarcome. Le diagnostic de cancer (mettant la vie en danger) doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « cancer (mettant la vie en danger) » pour :* a) un carcinome in situ (Tis), des tumeurs au stade Ta ou des lésions qualifiées de bénignes, de précancéreuses, d'incertaines, de limites (« bordeline ») ou de non invasives; b) un 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 métastases des ganglions lymphatiques ou de métastases à distance; c) tout cancer de la peau sans présence de mélanome, sans métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance; d) un cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance; e) un cancer de la thyroïde papillaire ou un 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 métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance; f) une leucémie lymphoïde chronique à un stade inférieur au stade 1 selon la classification de Rai; g) des tumeurs stromales gastro-intestinales malignes et des tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. Aux fins de l'interprétation de la présente exclusion : • 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 classification du cancer (7e édition, 2010) de l'AJCC; • le terme « classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46;219, 1975). *Aucune prestation ne sera payable pour tout « cancer (mettant la vie en danger) » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement. **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire stade 1

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'un cancer de la thyroïde papillaire ou d'un 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 métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance. Le diagnostic d'un cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade 1 doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade 1 » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Cancer de la prostate au stade T1A ou T1B

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b, sans métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance. Le diagnostic de cancer de la prostate au stade T1a ou T1b doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « cancer de la prostate au stade T1a ou T1b » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein malignes

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'un carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein. Le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Carcinome in situ

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de nouvelle tumeur focale autonome formée de cellules carcinomateuses qui n'a pas encore envahi les tissus normaux. Par « envahi », on entend une infiltration qui dépasse la couche épithéliale basale. Le diagnostic de carcinome in situ doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition de « carcinome in situ » pour :* a) un carcinome basocellulaire, un carcinome spinocellulaire ou un carcinome cutané intraépidermal; b) un carcinome urothélial papillaire de la vessie de stade TaN0M0; c) des lésions au col de l'utérus, si elles sont détectées à la suite d'un frottis cervical (PAP test) et qu'elles sont caractérisées par la présence d'une néoplasie intraépithéliale cervicale (CIN) de stade 1 (CIN I), 2 (CIN II) ou 3 (CIN III); d) toutes les tumeurs qui, d'un point de vue histologique, sont qualifiées de bénignes, précancéreuses, limites (« borderline ») ou dont le potentiel de malignité est faible; les dysplasies de tout stade, les lésions intraépithéliales malpighiennes (HSIL et LSIL) de tout stade, les néoplasies intraépithéliales de tout stade, à moins qu'elles soient classifiées comme des Tis ou des carcinomes in situ, selon la classification de l'AJCC. Aux fins de l'interprétation de la présente exclusion, les termes « Tis et carcinome *in situ* selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de classification du cancer (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). *Aucune prestation ne sera payable pour tout « carcinome in situ » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Dermatofibrosarcome

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de dermatofibrosarcome localisé au niveau de la peau, sans métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance. Le diagnostic de dermatofibrosarcome doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « dermatofibrosarcome » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Leucémie lymphoïde chronique au stade 0

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai. Le diagnostic de leucémie lymphoïde chronique au stade 0 selon la classification de Rai doit être confirmé par des tests sanguins ou d'autres tests diagnostiques acceptés cliniquement et posé par un spécialiste. Aux fins de l'interprétation de la présente définition, le terme « stade 0 selon classification de Rai » s'applique comme l'indique la publication Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia (KR Rai, A Sawitsky, EP Cronkite, AD Chanana, RN Levy et BS Pasternack, Blood 46;219, 1975).	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « leucémie lymphoïde chronique au stade 0 » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Lymphome cutané primitif

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de lymphome cutané primitif (ayant pris naissance au niveau de la peau) des cellules T, NK ou B, sans métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance. Le diagnostic de lymphome cutané sans présence de métastases doit être confirmé par une biopsie histopathologique ou d'autres tests diagnostiques acceptés cliniquement et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « lymphome cutané primitif » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Mélanome malin au stade 1

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de mélanome malin au stade 1 dont l'épaisseur est inférieure ou égale à 1 mm, sans ulcérations et sans métastases des ganglions lymphatiques ni métastases à distance. Le diagnostic de mélanome malin au stade 1 doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable pour tout « mélanome malin au stade 1 » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Tumeur cérébrale bénigne

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
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.	Aucune prestation ne sera payable pour les « tumeurs bénignes » d'un diamètre inférieur à 10 mm qui se développe dans l'hypophyse (appelées adénomes hypophysaires). Cette tumeur à croissance lente est non maligne au grade I et II. *Aucune prestation ne sera payable pour tout « tumeur cérébrale bénigne » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

BON À SAVOIR

Précision sur les déficits neurologiques

Les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Tumeurs carcinoïdes malignes

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de tumeurs carcinoïdes malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. Le diagnostic de tumeurs carcinoïdes malignes doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	Aux fins de l'interprétation de la présente définition, les termes « stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de classification du cancer (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). *Aucune prestation ne sera payable pour tout « tumeurs carcinoïdes malignes » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de tumeurs stromales gastro-intestinales malignes à un stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC. Le diagnostic de tumeurs stromales gastro-intestinales malignes doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	Aux fins de l'interprétation de la présente définition, les termes « stade inférieur au stade 2 selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de classification du cancer (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). *Aucune prestation ne sera payable pour tout « tumeurs stromales gastro-intestinales malignes » si :* Dans les 90 jours suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée : a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de cancer (couvert ou non en vertu de la présente garantie), peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU b) a reçu un diagnostic de cancer (couvert ou non au titre de la présente garantie). **Obligation d'informer la compagnie** Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et les investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur un cancer ou sur tout trouble de santé causé par un cancer ou son traitement.

Autre cancer

Avance de 1 % (max 5 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de tout cancer qui ne correspond pas à la définition de « cancer (mettant la vie en danger) » ni à la définition de tout cancer identifié dans la catégorie « cancers détectés à un stade précoce » de la présente garantie. Le diagnostic de tout « autre cancer » doit être confirmé par une biopsie histopathologique et posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « autre cancer » pour :* a) des lésions au col de l'utérus, si elles sont détectées à la suite d'un frottis cervical (PAP test) et qu'elles sont caractérisées par la présence d'une néoplasie intraépithéliale cervicale (CIN) de stade 1 (CIN I) ou 2 (CIN II); b) toutes les tumeurs qui, d'un point de vue histologique, sont qualifiées de bénignes, précancéreuses, limites (« borderline ») ou dont le potentiel de malignité est faible; les dysplasies de tout stade, les lésions intraépithéliales malpighiennes (HSIL et LSIL) de tout stade, les néoplasies intraépithéliales de tout stade, à moins qu'elles soient classifiées comme des Tis ou des carcinomes in situ, selon la classification de l'AJCC. Aux fins de l'interprétation de la présente exclusion, les termes « Tis ou carcinome in situ, selon la classification de l'AJCC » s'appliquent suivant la définition indiquée dans le manuel de classification du cancer (7e édition, 2010) de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC). Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « autre cancer » pour toute la durée de la présente garantie si le diagnostic est posé dans les 12 mois suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure.

Cardiovasculaires

Une maladie du cœur est tout problème de santé qui affecte la structure ou le fonctionnement du cœur. On croit parfois à tort qu'il n'en existe qu'un seul type, alors qu'en fait, les maladies du cœur sont nombreuses. Les causes de ces problèmes de santé sont d'ailleurs diverses.

Source : *Les types de maladies du cœur | Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (coeuretauc.ca)*

**** Prenez note que la période de survie ne s'applique pas pour les produits Option santé.**

Accident vasculaire cérébral

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne, ou par une embolie de source extracrânienne, avec : a) apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; b) nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique; persistant pendant plus de 30 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » pour :* a) un **accident ischémique transitoire** : d'interruption temporaire, généralement de moins d'une heure, de l'apport du sang au cerveau; b) un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme : de saignement dans le cerveau à la suite d'un accident; c) un **infarctus lacunaire** qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » : infarctus qui n'est pas un accident vasculaire selon la définition ci-haut.

BON À SAVOIR

Accident ischémique transitoire : L'accident ischémique transitoire, ou mini-AVC, survient lorsqu'un petit caillot bouche brièvement une artère. Les symptômes de l'AIT disparaissent complètement en moins de 24 heures (habituellement en moins d'une heure).

Source : *AIT | Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (coeuretauc.ca)*

Infarctus lacunaire : L'infarctus lacunaire fait référence à de minuscules AVC ischémique, qui ne mesurent généralement pas plus de 1 cm de diamètre environ. Dans l'infarctus lacunaire, l'une des petites artères situées en profondeur du cerveau s'obstrue lorsqu'une partie de sa paroi se détériore et est remplacée par un mélange de graisse et de tissu conjonctif. Seule une petite partie du cerveau est endommagée suite à un infarctus lacunaire, et le pronostic est généralement favorable.

Source : *Accident vasculaire cérébral ischémique – Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs – Manuels MSD pour le grand public (merckmanuals.com)*

BON À SAVOIR

Précision sur les déficits neurologiques

Les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

EST-CE QU'UN AVC EST TOUJOURS COUVERT?

Marc se rend à l'urgence à la suite de la perte partielle et subite de la vision de l'œil droit. Il ressent également un mal de tête progressif au niveau frontal gauche.

Après avoir passé des examens médicaux, il reçoit un diagnostic d'AVC occipital gauche.

Durant son séjour à l'hôpital, Marc recouvre entièrement la vision de l'œil droit et obtient son congé. Toutefois, il souffre toujours de maux de tête et prend des médicaments pour en réduire la fréquence et l'intensité.

Marc consulte son neurologue quatre semaines après son hospitalisation. Il lui explique qu'il ne présente pas de nouveaux symptômes neurologiques, mais qu'il a toujours des maux de tête légers et se sent trop fatigué depuis son AVC pour reprendre le travail.

Bien que Marc ait subi un AVC et qu'il ait initialement présenté un déficit neurologique objectif (perte de la vision de l'œil droit), celui-ci s'est résorbé à l'intérieur d'une période de 30 jours. De plus, même s'il a des maux de tête et se dit fatigué depuis son AVC, ses symptômes ne sont pas des déficits neurologiques objectifs pouvant être constatés lors d'un examen clinique. Par conséquent, l'AVC de Marc ne répond pas à la définition de son contrat.

Angioplastie coronarienne

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale visant à remédier au rétrécissement ou à l'obstruction d'une artère coronaire qui fournit le sang au cœur afin de permettre une circulation ininterrompue de sang. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique.

Anévrisme de l'aorte coronarienne

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'anévrisme de l'aorte caractérisé par l'élargissement des parois de l'aorte atteignant un diamètre d'au moins 55 mm pour les hommes ou d'au moins 50 mm pour les femmes. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. Le diagnostic d'anévrisme de l'aorte doit être confirmé par des tests d'imagerie diagnostique et posé par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique.

Chirurgie de l'aorte

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique. *Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » pour :* a) une angioplastie; b) une intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée; OU c) une intervention non chirurgicale.

Crise cardiaque

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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 et qui sont accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes : a) symptômes de crise cardiaque; b) changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque; c) apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne. Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique. *Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque » pour :* a) une 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; b) des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

EST-CE QUE LA MALADIE DONNE DROIT À DES PRESTATIONS DÈS L'APPARITION DE SYMPTÔMES S'APPARENTANT À LA CRISE CARDIAQUE?

Kathy se présente à l'urgence parce qu'elle est essoufflée, ressent un serrement à la poitrine et croit qu'elle est en train de faire une crise cardiaque. Après lui avoir fait un électrocardiogramme et une prise de sang, on lui diagnostique plutôt une angine.

Dans cette situation, Kathy n'est pas couverte par son assurance, car le diagnostic qu'elle a reçu ne correspond pas à celui d'une crise cardiaque, mais à celui d'une angine, malgré la présence de symptômes similaires.

Implantation d'un défibrilateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale visant à implanter un défibrillateur cardiaque permanent ou un stimulateur cardiaque permanent : a) en raison d'une arythmie cardiaque grave qui ne peut être traitée autrement; ou b) dans le cadre de traitements de **resynchronisation cardiaque**. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique.

BON À SAVOIR

Resynchronisation cardiaque : Certaines personnes atteintes d'insuffisance cardiaque avancée souffrent d'un retard entre la contraction du ventricule droit et celle du ventricule gauche (les cavités inférieures du cœur). Pour un traitement de resynchronisation cardiaque, un chirurgien insère un petit dispositif électronique qui a pour fonction de synchroniser les contractions des deux ventricules.

Source : Thérapie de resynchronisation cardiaque (TRC) (stimulateur biventriculaire) | Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (coeuretavc.ca)

Pontage aortocoronarien

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique. *Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » pour :* a) une angioplastie (déboucher ou à élargir l'artère coronarienne rétrécissante ou bouchée); b) une intervention chirurgicale intra-artérielle (administration de médicament de chimiothérapie) ou transcathéter percutanée (implantation par petites incisions dans l'aine ou le thorax); OU c) une intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valve cardiaque

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique ou à en corriger les défauts ou les anomalies. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique. *Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » pour :* a) une angioplastie; b) une intervention chirurgicale intra-artérielle; OU c) une intervention non chirurgicale.

Traitement endovasculaire d'un anévrisme ou d'une maladie de l'aorte

Avance de 15 % (max 50 000 $)

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale pratiquée au moyen de techniques mini-invasives ou intra-artérielles visant à traiter un anévrisme ou à réparer ou à corriger un rétrécissement, une obstruction ou une dissection de l'aorte. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire, confirmée par des tests d'imagerie diagnostique et pratiquée par un spécialiste.	Une période de survie de 30 jours s'applique.

Neurologie

La neurologie est la branche de la médecine qui s'intéresse à la prévention et au traitement des maladies du système nerveux. Les neurologues diagnostiquent et traitent les troubles du système nerveux touchant le cerveau et la moelle épinière ainsi que les autres maladies neurologiques et musculaires. En plus d'être douloureuses, bon nombre de maladies neurologiques sont aussi chroniques, débilitantes et incurables.

Source : ***https://www.cma.ca/sites/default/files/2019-01/neurology-fr.pdf***

Démence (y compris la maladie d'Alzheimer)

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de démence, soit la détérioration progressive de la mémoire et au moins une des perturbations cognitives suivantes : a) aphasie (trouble de la parole); b) apraxie (difficulté à exécuter des tâches courantes); c) agnosie (difficulté à reconnaître des objets); d) perturbation des fonctions exécutives (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. La personne assurée doit présenter : a) une démence de gravité modérée, qui doit être démontrée par un mini-examen 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 b) 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. Aux fins de l'interprétation de la présente définition, la référence à un mini-examen de l'état mental (Mini Mental State Exam) renvoie à Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, J Psychiatr Res. 1975;12(3):189. Le diagnostic de démence (y compris la maladie d'Alzheimer) doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme de « démence (y compris la maladie d'Alzheimer) » pour des troubles affectifs ou schizophréniques ou le délire.*

EST-CE QUE L'ALZHEIMER EST TOUJOURS COUVERT?

Depuis quelques temps, Laura constate que sa mémoire est moins bonne, car elle doit se prendre souvent des notes. Également, elle constate chercher ses mots de plus en plus. Ainsi, elle a décidé de consulter son médecin de famille qui l'a référé à un spécialiste. Laura se voit diagnostiquer la maladie d'Alzheimer à un stade léger.

Bien que Laura a un diagnostic d'Alzheimer confirmé par un médecin spécialiste, elle n'est pour l'instant pas éligible à un versement, car sa maladie est de stade léger et ne satisfait donc pas actuellement les critères à son contrat.

2 ans plus tard, Laura consulte son médecin avec sa fille qui indique que sa mère présente des symptômes cognitifs de plus en plus importants. Elle n'est plus en mesure de réaliser ses tâches quotidiennes seules dues à ses problèmes de mémoire significatifs.

Son médecin a confirmé que sa maladie d'Alzheimer a progressé et que celle-ci est maintenant de stade modéré.

Ainsi, elle répond maintenant aux critères de son contrat pour la maladie d'Alzheimer et reçoit, conséquemment, le versement total de sa protection d'assurance maladie grave.

Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques

100 % du montant de la protection versée

Définition

Maladie de Parkinson :

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 :

a) rigidité musculaire; OU

b) tremblement au repos.

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.

Syndrome parkinsonien atypique :

Diagnostic formel de **paralysie supranucléaire progressive**, de **dégénérescence cortico-basale** ou d'**atrophie multisystémique**.

Le diagnostic de maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique doit être posé par un neurologue.

Exclusions

Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques » pour tout autre type de parkinsonisme.

Dans les 12 mois suivant la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est postérieure, la personne assurée :

a) a présenté des signes ou des symptômes, ou s'est soumise à des investigations qui ont mené à l'établissement d'un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme, peu importe la date d'établissement du diagnostic; OU

b) a reçu un diagnostic de maladie de Parkinson, de syndrome parkinsonien atypique ou de tout autre type de parkinsonisme.

Obligation d'informer la compagnie

Les renseignements médicaux concernant le diagnostic ainsi que les signes, les symptômes et investigations qui ont mené à l'établissement du diagnostic doivent être communiqués à la compagnie dans les 6 mois suivant la date d'établissement du diagnostic. Si ces renseignements ne sont pas fournis dans le délai prescrit, la compagnie peut refuser toute demande de prestations portant sur la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique, ou sur tout trouble de santé causé par la maladie de Parkinson ou un syndrome parkinsonien atypique ou son traitement.

BON À SAVOIR

Paralysie supranucléaire progressive : La paralysie supranucléaire progressive (PSP) est une maladie neurologique rare. À mesure que la maladie progresse, ces symptômes s'aggravent et des troubles des mouvements oculaires, d'élocution, de déglutition et de pensée se manifestent.

Source : Syndromes parkinsoniens atypiques – Parkinson Canada

Dégénérescence cortico-basale : La DCB est une maladie neurologique rare qui se traduit par une détérioration ou une dégénérescence de certaines parties du cerveau.

Source : Syndromes parkinsoniens atypiques – Parkinson Canada

Atrophie multisystémique : L'atrophie multisystémique est un trouble évolutif mortel qui raidit les muscles et provoque des dysfonctionnements du mouvement, une perte de coordination et des anomalies fonctionnelles des processus physiologiques internes (comme la tension artérielle et le contrôle vésical.

Source : Atrophie multisystémique (AMS) – Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs – Manuels MSD pour le grand public (merckmanuals.com)

Maladie de motoneurone

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de l'un des troubles suivants exclusivement : sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose latérale primitive, atrophie musculaire progressive, paralysie bulbaire progressive ou paralysie pseudo-bulbaire. Le diagnostic de maladie du motoneurone doit être posé par un spécialiste.	—

Méningite purulente

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « méningite purulente » pour une méningite virale.*

BON À SAVOIR

Différence entre une méningite viral et bactérienne (purulente)

La méningite est une inflammation des méninges (fines membranes entourant le cerveau et la moelle épinière) et du liquide céphalorachidien (LCR). La méningite est le plus souvent causée par une infection. La méningite peut être causée par une multitude d'agents infectieux, surtout des virus et des bactéries. Ces microorganismes sont responsables de 2 grandes entités ayant des manifestations cliniques, des traitements et des pronostic bien distincts, soit la méningite virale ou la méningite bactérienne (purulente).

Source : chap6-meningites.pdf (gouv.qc.ca)

Précision sur les déficits neurologiques

Les déficits neurologiques doivent être détectables par un spécialiste et peuvent inclure, sans s'y limiter, une perte de l'ouïe mesurable, une perte de vision mesurable, un déclin mesurable de la fonction neurocognitive, une perte objective de la sensibilité, la paralysie, une faiblesse localisée, la dysarthrie (difficulté de prononciation), la dysphasie (difficulté de langage), la dysphagie (difficulté à avaler), une démarche anormale (difficulté à marcher), un manque d'équilibre, un manque de coordination, ou l'apparition de convulsions qui sont en cours de traitement. Le mal de tête et la fatigue ne seront pas considérés comme des déficits neurologiques.

Sclérose en plaques

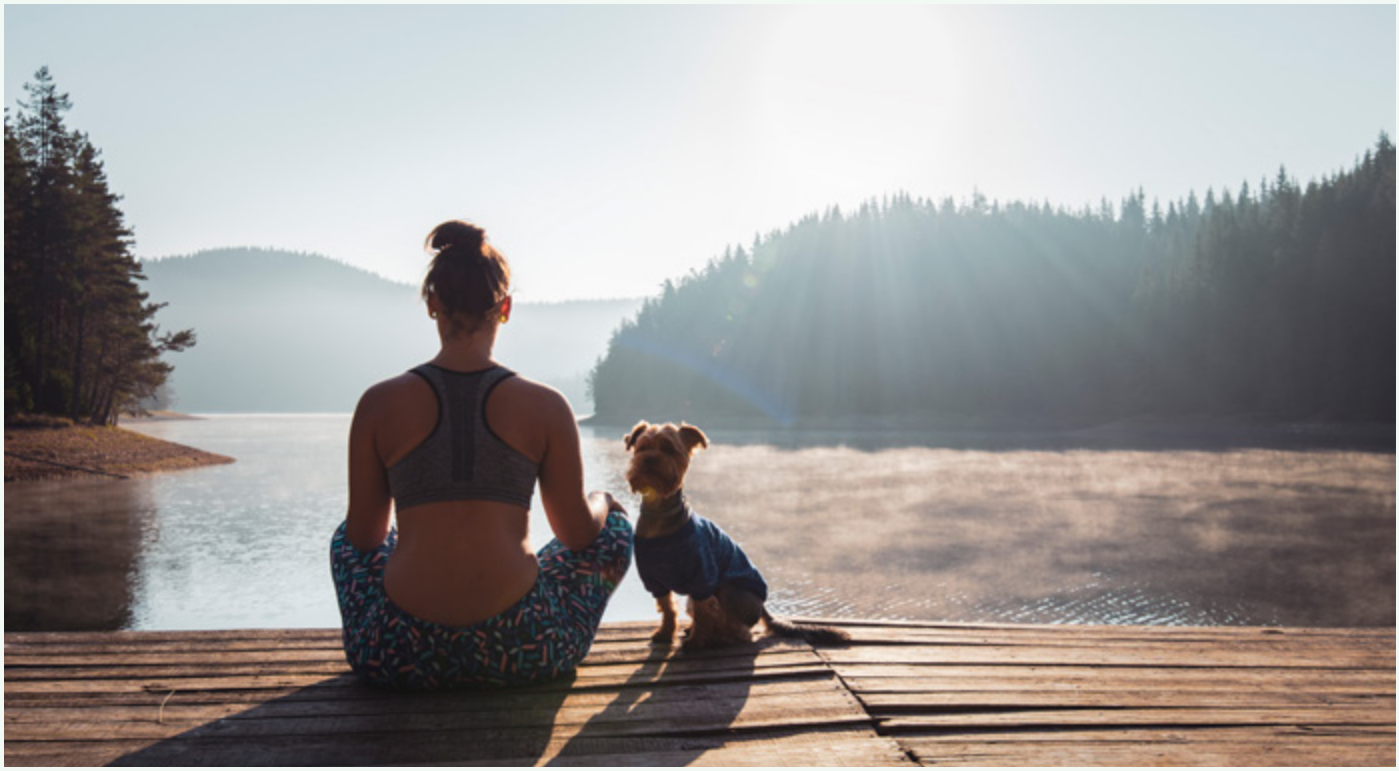
100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'au moins une des manifestations suivantes : a) au moins 2 poussées cliniques distinctes confirmées par imagerie par résonance magnétique (IRM) du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; b) anomalies neurologiques précises persistant pendant plus de 6 mois, confirmées par IRM du système nerveux qui démontre des plaques disséminées de démyélinisation; c) 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. Le diagnostic de sclérose en plaques doit être posé par un spécialiste.	—-

BON À SAVOIR

Démyélinisation : La démyélinisation est la destruction des tissus enveloppant les nerfs, appelés gaine de myéline.

Autres maladies démyélinisantes primaires –Troubles du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs – Manuels MSD pour le grand public (merckmanuals.com)



Organes vitaux

Les organes vitaux sont identifiables pour la plupart à leur protection interne renforcée par une boîte, la boîte crânienne ou une cage, la cage thoracique, en plus de l'enveloppe corporelle. Il s'agit du cerveau, du cœur, des poumons, du foie, du pancréas et des reins.

Source : ***Nous pouvons vivre sans... (passeportsante.net)***

Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du cœur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour avoir droit à la prestation exigible au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.	—-

Greffe d'un organe vital

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du cœur, des 2 poumons, du foie, des 2 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 cœur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement. Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste, et l'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un spécialiste.	—

Insuffisance rénale

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des 2 reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale. Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.	—

ABLATIONS CHIRURGICALES

Opération qui consiste à enlever une anomalie, une tumeur, un organe ou une partie d'organe lors d'une recherche de diagnostic ou d'un traitement.

Source : Définition ablation (e-cancer.fr)

Mastectomie totale l'aorte

Avance de 30 % (max 100 000 $)

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale visant à enlever complètement un ou 2 seins en vue d'arrêter la propagation de cellules cancéreuses à la suite d'un diagnostic de carcinome in situ du sein. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	—

Prostatectomie totale

Avance de 30 % (max 100 000 $)

Définition	Exclusions
Intervention chirurgicale visant à enlever complètement la prostate, les vésicules séminales ainsi qu'une partie de l'urètre en vue d'arrêter la propagation de cellules cancéreuses à la suite d'un diagnostic de cancer de la prostate. Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.	—

ACCIDENTELLES ET FONCTIONNELLES

Votre contrat d'assurance maladies graves couvre certains troubles de santé suite à des accidents et certains autres troubles de santé pouvant découler d'une maladie.

Brûlures graves

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de brûlures au 3e degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.	—

Cécité

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des 2 yeux attestée par : a) une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les 2 yeux; OU b) un champ visuel inférieur à 20 degrés dans les 2 yeux. Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.	—

Coma

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « coma » si :* a) le coma a été médicalement provoqué; b) le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; c) un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

BON À SAVOIR

Échelle de coma de Glasgow : Pour évaluer l'état de conscience, l'échelle de Glasgow se base sur la réactivité du patient à trois composantes: l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. Le « score de Glasgow » oscille entre 3 (coma profond) et 15 (personne complètement consciente).

Source : OIIQ perspective-infirmiere-vol-16-no-2-2019.pdf (oiiq.org)

Lésion cérébrale

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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 neurologiques qui : a) sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique; b) sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale comme une résonance magnétique du système nerveux (IRM) ou une **tomodensitométrie** (TDM) qui viennent corroborer la nature et la position des nouveaux dommages et le moment où ils sont survenus; ET c) persistent pendant plus de 180 jours suivant la date du diagnostic. Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « lésion cérébrale acquise » pour :* a) une anomalie décelée à la scintigraphie, cérébrale ou autre, sans lien avec une détérioration clinique précise; b) tout symptôme post-commotion cérébrale; c) des signes neurologiques sans symptômes d'anomalies.

BON À SAVOIR

Anoxie : L'anoxie désigne un arrêt de la distribution sanguine de l'oxygène au niveau des tissus de notre organisme, et en conséquence la souffrance cellulaire qui en résulte. Il s'agit du stade le plus grave de l'hypoxie, trouble qui survient lorsque notre organisme est partiellement privé d'oxygène. L'hypoxie et l'anoxie peuvent affecter tous les organes principaux dont le cerveau et le cœur.

Source : Hypoxie et anoxie – Lésion Cérébrale Canada (braininjurycanada.ca)

Encéphalite : L'encéphalite est une inflammation du cerveau, une lésion cérébrale non traumatique rare qui peut causer des dommages graves ou même la mort.

Source : You searched for Encéphalite – Lésion Cérébrale Canada (braininjurycanada.ca)

Tomodensitométrie : La tomodensitométrie (TDM) est un examen d'imagerie lors duquel on utilise un ordinateur pour assembler une série de clichés radiographiques afin de créer des images détaillées à 3D d'organes, de tissus, d'os et de vaisseaux sanguins du corps.

Source : Tomodensitométrie (TDM) | Société canadienne du cancer

Paralysie

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.	—

Perte de l'usage de la parole

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.*

Perte de membres

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de la séparation complète de 2 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. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.	—

Surdité

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des 2 oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.	—

AUTRES

L'assurance maladies graves de Desjardins vous couvre pour des troubles de santé autres que cardiovasculaire, cancer et neurologique.

Anémie aplasique

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'une insuffisance 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 : a) stimulation de la moelle osseuse; b) immunosuppresseurs; c) greffe de la moelle osseuse. Le diagnostic d'anémie aplasique doit être confirmé par une biopsie et posé par un spécialiste.	—

BON À SAVOIR

Neutropénie : La neutropénie et la leucopénie sont des mots employés pour dire qu'il y a une baisse du nombre de globules blancs (GB) dans le sang.

Source : ***Nombre peu élevé de globules blancs (neutropénie) | Société canadienne du cancer***

Thrombocytopénie : La thrombocytopénie est un trouble causé par une baisse du nombre de plaquettes dans le sang.

Source : ***Nombre peu élevé de plaquettes (thrombocytopénie) | Société canadienne du cancer***

Infection au VIH contractée au travail

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
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. La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de prise d'effet de la présente garantie ou la date de prise d'effet de la dernière remise en vigueur de la présente garantie, si cette date est ultérieure. *La prestation exigible au titre de la définition du terme « infection au VIH contractée au travail » ne sera versée que si TOUTES LES CONDITIONS SUIVANTES sont satisfaites :* a) la blessure accidentelle doit être signalée à la compagnie dans les 14 jours suivant cette blessure; b) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif; c) une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif; d) d. tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis; e) 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. Le diagnostic d'infection au VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.	*Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « infection au VIH contractée au travail » si :* a) la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH; b) un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle; c) l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Perte d'autonomie permanente

Avance de 15 % (max 25 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente 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. Les activités de la vie quotidienne sont : a) 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; b) 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; c) 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; d) 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; e) 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; f) 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. Le diagnostic de perte d'autonomie permanente doit être posé par un spécialiste.	—

Perte d'autonomie temporaire

Avance de 15 % (max 25 000 $)

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'une incapacité totale d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne sur une période continue d'au moins 90 jours. Les activités de la vie quotidienne sont : a) 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; b) 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; c) 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; d) 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; e) 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; f) 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. Le diagnostic de perte d'autonomie temporaire doit être posé par un spécialiste.	—

Maladies infantiles

En plus des 26 maladies graves, la protection Priorité santé pour enfant payable en 20 ans couvre l'enfant assuré contre trois maladies infantiles (trouble du spectre de l'autisme, fibrose kystique et syndrome de Rett) et offre l'option d'ajouter trois maladies infantiles supplémentaires (diabète sucré de type 1, dystrophie musculaire et paralysie cérébrale).

Fibrose kystique

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel de fibrose kystique mis en évidence par une maladie pulmonaire chronique et une insuffisance pancréatique. Le diagnostic de fibrose kystique doit être posé par un spécialiste.	Aucune prestation ne sera payable si le diagnostic est confirmé après le 24e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Syndrome de Rett

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel d'une maladie génétique qui affecte le développement du système nerveux central. Le diagnostic du syndrome de Rett doit reposer sur au moins 2 des manifestations suivantes : • perte partielle ou complète de l'usage des mains; • perte partielle ou complète du langage appris; • recul des capacités à ramper ou à marcher; • présence de mouvements stéréotypés des mains (ex. : battements, torsions, frottements, tapotements). Toute perte ou tout recul du développement de la personne assurée doit être suivi d'une période de récupération ou de stabilisation. Le diagnostic du syndrome de Rett doit être posé par un spécialiste.	a) Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « syndrome de Rett » pour une personne assurée dont le 3e anniversaire de naissance survient avant la date de prise d'effet de la présente garantie. b) Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « syndrome de Rett » si le diagnostic est confirmé après le 6e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Trouble du spectre de l'autisme

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic formel du trouble du spectre de l'autisme correspondant à la définition qui en est faite dans la 5e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie (APA). a) Déficits persistants dans la communication et l'interaction sociales dans différents contextes qui se manifestent par la présence d'au moins un des éléments suivants : • déficits en matière de réciprocité sociale et émotionnelle; • déficits en matière de comportements de communication non verbale utilisés pour interagir avec les autres; • déficits en matière de développement, de maintien et de compréhension des relations avec les autres. ET b) Modèles de comportement, activités ou intérêts restreints et répétitifs qui se manifestent par au moins 2 des éléments suivants : • discours, utilisation d'objets ou mouvements moteurs stéréotypés ou répétitifs; • attachement excessif à des routines, modèles de comportement verbal et non verbal ritualisés ou résistance excessive au changement; • intérêts très restreints, à tendance fixative, anormaux quant à l'intensité et à leur concentration; • hyper-réactivité ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel envers des éléments sensoriels de l'environnement. ET c) Anomalies significatives et cliniquement observables dans le fonctionnement social, le travail ou d'autres sphères importantes du fonctionnement.	a) Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « trouble du spectre de l'autisme » pour une personne assurée dont le 3e anniversaire de naissance survient avant la date de prise d'effet de la présente garantie. b) Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « trouble du spectre de l'autisme » si le diagnostic est confirmé après le 6e anniversaire de naissance de la personne assurée.

BON À SAVOIR

Le trouble du spectre de l'autisme est un trouble neurodéveloppemental présent à la naissance. Les premières manifestations peuvent apparaître lors de la petite enfance, généralement vers l'âge de 2 ans. Ce trouble touche plusieurs aspects du développement de l'enfant. Il influe sur la capacité de l'enfant à communiquer et à entrer en relation avec les autres en plus de restreindre ses champs d'intérêts.

*Source : **Le trouble du spectre de l'autisme (naitreetgrandir.com)***

Diabète sucré de type 1

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic définitif du diabète sucré de type 1 caractérisé par une déficience absolue de sécrétion d'insuline et une dépendance continue à l'insuline exogène pour la survie. La preuve doit être faite qu'il y a dépendance à l'insuline depuis une période minimale de 3 mois. Le diagnostic de diabète sucré de type 1 doit être posé par un spécialiste.	Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « diabète sucré de type 1 » si le diagnostic est confirmé après le 24e anniversaire de naissance de la personne assurée.

BON À SAVOIR

Chez la personne qui vit avec le diabète de type 1, le pancréas ne produit pas d'insuline. C'est pourquoi elle doit s'injecter de l'insuline plusieurs fois par jour ou utiliser une pompe à insuline, afin d'imiter le fonctionnement normal du pancréas.

*Source : **Qu'est-ce que l'insuline? | Diabète Québec (diabete.qc.ca)***

Dystrophie musculaire

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic définitif de dystrophie musculaire caractérisé par des anomalies neurologiques bien définies. Le diagnostic de dystrophie musculaire doit être posé par un spécialiste et confirmé une **électromyographie** et une biopsie musculaire.	Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « dystrophie musculaire » si le diagnostic est confirmé après le 24e anniversaire de naissance de la personne assurée.

BON À SAVOIR

Électromyographie : L'électromyogramme est une technique d'examen permettant l'évaluation et le diagnostic des maladies des nerfs et des muscles. Elle utilise la stimulation électrique des nerfs périphériques (études de conduction) et parfois l'insertion intra-musculaire d'une petite électrode

Source : Électromyogramme – Clinique Neuro-Lévis (cliniqueneurolevis.com)

Paralysie cérébrale

100 % du montant de la protection versée

Définition	Exclusions
Diagnostic définitif de paralysie cérébrale révélé par des troubles neurologiques non évolutifs caractérisés par des spasmes et une incoordination des mouvements. Le diagnostic de paralysie cérébrale doit être posé par un spécialiste.	Aucune prestation ne sera payable au titre de la définition du terme « paralysie cérébrale » si le diagnostic est confirmé après le 24e anniversaire de naissance de la personne assurée.

Quelles sont les périodes et leurs durées selon les maladies et troubles?

Même si votre médecin vous remet un diagnostic de maladie grave, il n'est pas garanti que vous serez admissible à une prestation. Les prestations sont versées selon la définition de la maladie prévue au contrat. De plus, certaines limitations et exclusions peuvent être applicables, telles que le respect des périodes moratoire, de survie et de qualification.

Cancers et tumeurs

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Cancer (mettant la vie en danger)	—	90 jours	—	100 %
Cancer de la thyroïde papillaire ou cancer de la thyroïde folliculaire au stade 1	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Cancer de la prostate au stade T1a ou T1b	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Carcinome canalaire in situ du sein ou carcinome lobulaire in situ du sein	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Carcinome in situ	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Dermatofibrosarcome	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Leucémie lymphoïde chronique au stade 0	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Lymphome cutané primitif	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Mélanome malin au stade 1	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Tumeurs carcinoïdes malignes	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Tumeur cérébrale bénigne	—	90 jours	—	100 %
Tumeurs stromales gastro-intestinales malignes	—	90 jours	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Autre cancer	—	12 mois	—	1 % jusqu'à 5 000 $

Cardiovasculaires

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Accident vasculaire cérébral	—	—	30 jours	100 %
Angioplastie coronarienne	30 jours	—	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Anévrisme de l'aorte	30 jours	—	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Chirurgie de l'aorte	30 jours	—	—	100 %
Crise cardiaque	30 jours	—	—	100 %
Implantation d'un défibrillateur cardiaque ou d'un stimulateur cardiaque	30 jours	—	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Traitement endovasculaire d'un anévrisme ou d'une maladie de l'aorte	30 jours	—	—	15 % jusqu'à 50 000 $
Pontage aortocoronarien	30 jours	—	—	100 %
Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque	30 jours	—	—	100 %

Prenez note que la période de survie ne s'applique pas pour les produits Option santé.

Neurologies

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Démence, y compris la maladie d'Alzheimer	—	—	6 mois	100 %
Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques	—	12 mois	—	100 %
Maladie du motoneurone	—	—	—	100 %
Méningite purulente	—	—	90 jours	100 %
Sclérose en plaques	—	—	6 mois*	100 %

* Certains critères permettent d'outrepasser la période de 6 mois.

Organes vitaux

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe	—	—	—	100 %
Greffe d'un organe vital	—	—	—	100 %
Insuffisance rénale	—	—	—	100 %

Ablations chirurgicales

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Mastectomie totale	—	—	—	30 % jusqu'à 100 000 $
Prostatectomie totale	—	—	—	30 % jusqu'à 100 000 $

Accidentelles et fonctionnelles

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Brûlures graves	—	—	—	100 %
Cécité	—	—	—	100 %
Coma	—	—	96 heures	100 %
Lésion cérébrale acquise	—	—	180 jours	100 %
Paralysie	—	—	90 jours	100 %
Perte de l'usage de la parole	—	—	180 jours	100 %
Perte de membres	—	—	—	100 %
Surdité	—	—	—	100 %

Autres

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Anémie aplasique	—	—	—	100 %
Infection à VIH contractée au travail	—	—	90 à 180 jours	100 %

Soins de longue durée

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Perte d'autonomie permanente	—	—	90 jours	100 %
Perte d'autonomie temporaire	—	—	90 jours	15 % jusqu'à 25 000 $

Maladie infantile

Maladies et troubles	Période de survie	Période moratoire	Période de qualification	Paiement
Diabète sucré de type 1	—	—	3 mois	100 %
Trouble du spectre de l'autisme	—	—	—	100 %
Fibrose kystique	—	—	—	100 %
Syndrome de Rett	—	—	—	100 %
Dystrophie musculaire	—	—	—	100 %
Paralysie cérébrale	—	—	—	100 %

Envisager l'avenir en toute confiance

Choisir Desjardins Assurances

C'est choisir la force et la stabilité d'une entreprise spécialisée en assurance de personnes et en épargne-retraite sur qui plus de 7,5 millions de Canadiens et Canadiennes comptent chaque jour pour assurer leur sécurité financière. Desjardins Assurances s'appuie sur une expérience plus que centenaire et est l'une des principales sociétés d'assurance vie au pays.

C'est aussi choisir le Mouvement Desjardins, la coopérative financière la plus importante en Amérique du Nord et l'une des institutions financières les mieux capitalisées au pays. Desjardins jouit d'excellentes cotes de crédit, comparables à celles de plusieurs grandes banques canadiennes, et même internationales, ce qui lui vaut notamment d'être reconnu parmi les institutions financières les plus solides dans le monde selon le magazine *The Banker*.

desjardinsassurancevie.com | desjardins.com

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins[MD], Desjardins Assurances[MC], les marques de commerce comprenant le mot Desjardins et leurs logos sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec, employées sous licence.
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013

Ce document est imprimé sur du papier Rolland Enviro. 100 %

23175F (2023-09)