

	Régime de base Questionnaire médical non requis au moment de la souscription d'assurance	Régime essentiel Questionnaire médical requis	Régime étendu Questionnaire médical requis
Médicaments sur ordonnance			
Liste de médicaments	Liste de médicaments essentiels de Manuvie	Liste de médicaments génériques [†] obligatoire de Manuvie	Liste de médicaments gérée de Manuvie
Frais d'exécution d'ordonnance	Le plafond des frais d'ordonnance est fixé à 6,50 \$, et les sommes payables sont assujetties à un pourcentage de remboursement. (Pas de plafond pour les frais d'ordonnance au QC.)	Couverture complète des frais d'exécution d'ordonnance raisonnables et usuels	Couverture complète des frais d'exécution d'ordonnance raisonnables et usuels
Contraceptifs	Pas de couverture	Pas de couverture	Couverture offerte
Remboursement par personne (Alb., I.-P.-É., Man., N.-B., N.-É., NU, Ont., T.-N.-L., T.N.-O., Yn)	Si l'achat s'effectue dans une pharmacie Costco Quel que soit l'âge : 90 %, jusqu'à concurrence de 650 \$ par année OU Si l'achat s'effectue dans une autre pharmacie Quel que soit l'âge : 70 %, jusqu'à concurrence de 525 \$ par année	Si l'achat s'effectue dans une pharmacie Costco Quel que soit l'âge : 95 %, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année contractuelle OU Si l'achat s'effectue dans une autre pharmacie Moins de 65 ans : 70 % de la première tranche de 750 \$, 90 % de la tranche suivante de 4 972 \$, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année contractuelle 65 ans et plus : 100 % de la première tranche de 750 \$, 90 % de la tranche suivante de 4 722 \$, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année contractuelle	Si l'achat s'effectue dans une pharmacie Costco Quel que soit l'âge : 100 %, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année contractuelle OU Si l'achat s'effectue dans une autre pharmacie Moins de 65 ans : 90 % de la première tranche de 2 222 \$, 100 % de la tranche suivante de 8 000 \$, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année contractuelle 65 ans et plus : 100 % de la première tranche de 750 \$, 90 % de la tranche suivante de 10 278 \$, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année contractuelle
Remboursement par personne (C.-B., Sask.)	Si l'achat s'effectue dans une pharmacie Costco Quel que soit l'âge : 90 %, jusqu'à concurrence de 650 \$ par année civile OU Si l'achat s'effectue dans une autre pharmacie Quel que soit l'âge : 70 %, jusqu'à concurrence de 525 \$ par année civile	Si l'achat s'effectue dans une pharmacie Costco Quel que soit l'âge : 95 %, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile OU Si l'achat s'effectue dans une autre pharmacie Quel que soit l'âge : 70 % de la première tranche de 750 \$, puis 90 % de la tranche suivante de 4 972 \$, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile	Si l'achat s'effectue dans une pharmacie Costco Quel que soit l'âge : 100 %, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année civile OU Si l'achat s'effectue dans une autre pharmacie Quel que soit l'âge : 90 % de la première tranche de 2 222 \$, puis 100 % de la tranche suivante de 8 000 \$, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année civile
Remboursement par personne (Québec seulement)	Quel que soit l'âge : 70 %, jusqu'à concurrence de 565 \$ par année civile	Quel que soit l'âge : 75 % de la première tranche de 1 500 \$, 95 % de la tranche suivante de 4 079 \$, jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par année civile	Quel que soit l'âge : 90 % de la première tranche de 2 000 \$, 100 % de la tranche suivante de 8 200 \$, jusqu'à concurrence de 10 000 \$ par année civile

Soins médicaux complémentaires

Maximum la vie durant	350 000 \$	400 000 \$	400 000 \$
Soins paramédicaux* – Comprend les visites chez : acupuncteurs, chiropraticiens, diététistes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres, naturopathes, podologues et massothérapeutes autorisés.			
Plafond par visite	20 \$	25 \$	25 \$
Nombre maximum de visites par année contractuelle	20	25	25
Radiographies du chiropraticien	35 \$ par année contractuelle	35 \$ par année contractuelle	35 \$ par année contractuelle
Psychologues			
Plafond pour la première visite	80 \$	80 \$	80 \$
Plafond pour la visite suivante	65 \$	65 \$	65 \$
Nombre maximum de visites par année contractuelle	15	15	15
Orthophonistes*			
Plafond pour la première visite	65 \$	65 \$	65 \$
Plafond pour la visite suivante	45 \$	45 \$	45 \$
Nombre maximum de visites par année contractuelle	15	15	15

[†] Médicament générique : Médicament souvent moins coûteux qui peut remplacer un produit de marque interchangeable. À noter : Les médicaments n'ont pas tous un équivalent générique. En cas d'achat d'un médicament non générique, le remboursement sera fonction du coût du médicament générique équivalent le moins cher, s'il y a lieu. S'il n'existe pas de produit générique, le médicament de marque sera remboursé selon le pourcentage de quote-part de votre régime.

* Frais remboursés après épuisement des prestations annuelles payables au titre du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial, le cas échéant.

	Régime de base Questionnaire médical non requis au moment de la souscription d'assurance	Régime essentiel Questionnaire médical requis	Régime étendu Questionnaire médical requis
Soins médicaux complémentaires (suite)			
Appareils auditifs Couverture de l'achat et des réparations jusqu'au plafond autorisé (par période de 4 années d'indemnisation).	Prestation maximale, si l'achat s'effectue dans un centre d'audioprothèses Costco Moins de 65 ans : 500 \$ 65 ans et plus : 600 \$ OU Prestation maximale, si l'achat s'effectue dans un autre centre d'audioprothèses Moins de 65 ans : 400 \$ 65 ans et plus : 500 \$	Prestation maximale, si l'achat s'effectue dans un centre d'audioprothèses Costco Moins de 65 ans : 500 \$ 65 ans et plus : 600 \$ OU Prestation maximale, si l'achat s'effectue dans un autre centre d'audioprothèses Moins de 65 ans : 400 \$ 65 ans et plus : 500 \$	Prestation maximale, si l'achat s'effectue dans un centre d'audioprothèses Costco Moins de 65 ans : 500 \$ 65 ans et plus : 600 \$ OU Prestation maximale, si l'achat s'effectue dans un autre centre d'audioprothèses Moins de 65 ans : 400 \$ 65 ans et plus : 500 \$
Transport par ambulance* Couvre les frais de transport par service d'ambulance autorisé jusqu'à l'hôpital.	Transport par ambulance par voie aérienne et par voie terrestre illimité	Transport par ambulance par voie aérienne et par voie terrestre illimité	Transport par ambulance par voie aérienne et par voie terrestre illimité
Soins à domicile et soins infirmiers, prothèses et équipement médical Couvre les frais pour les services offerts par les professionnels de la santé inscrits (y compris les infirmiers autorisés, les infirmiers auxiliaires autorisés, les infirmiers auxiliaires, les préposés aux services de soutien à la personne et les ergothérapeutes) et les frais engagés pour les bandages et pansements chirurgicaux et l'achat ou la location d'équipement nécessaire du point de vue médical recommandés par votre médecin et approuvés par Manuvie. Si des prestations sont payables en vertu du Programme d'appareils et accessoires fonctionnels, les paiements seront coordonnés.	Maximum par catégorie, par année contractuelle Moins de 65 ans : Plafond de 1 000 \$ pour la 1 ^{re} année Plafond de 1 300 \$ pour la 2 ^e année Plafond de 1 500 \$ pour la 3 ^e année Plafond de 1 700 \$ pour la 4 ^e année Plafond de 3 000 \$ pour la 5 ^e année et suivantes 65 ans et plus : Plafond de 1 100 \$ pour la 1 ^{re} année Plafond de 1 500 \$ pour la 2 ^e année Plafond de 1 700 \$ pour la 3 ^e année Plafond de 2 000 \$ pour la 4 ^e année Plafond de 3 500 \$ pour la 5 ^e année et suivantes	Moins de 65 ans : Plafond de 3 000 \$ par catégorie, par année contractuelle 65 ans et plus : Plafond de 3 500 \$ par catégorie, par année contractuelle	Moins de 65 ans : Plafond de 3 000 \$ par catégorie, par année contractuelle 65 ans et plus : Plafond de 3 500 \$ par catégorie, par année contractuelle
Orthèses sur mesure	225 \$ par année contractuelle	225 \$ par année contractuelle	225 \$ par année contractuelle
Soins dentaires à la suite d'un accident Couverture des traitements dentaires nécessaires à la suite d'un coup accidentel à la tête ou sur la bouche. Le traitement doit être demandé dans une période de 90 jours après l'accident.	10 000 \$ par année contractuelle	10 000 \$ par année contractuelle	10 000 \$ par année contractuelle
Décès et mutilation accidentels Prestation versée en cas de décès ou de mutilation résultant directement d'un accident et survenant dans l'année suivant la date de l'accident.	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 25 000 \$ pour les adultes de moins de 65 ans Jusqu'à 10 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 25 000 \$ pour les adultes de moins de 65 ans Jusqu'à 10 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus 	<ul style="list-style-type: none"> Jusqu'à 25 000 \$ pour les adultes de moins de 65 ans Jusqu'à 10 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus
Couverture pour survivant Il est prévu que pendant un an après le décès d'un adulte assuré, tout adulte assuré ou personne à charge admissible qui lui survit bénéficiera du maintien de la couverture et sera exonéré du paiement des primes.	Disponible un an après la date d'effet du contrat	Couverture offerte	Couverture offerte
Soins Virtuels TELUS Santé* Offre un accès en tout temps à des médecins et à des infirmières praticiennes au moyen de la messagerie texte ou du clavardage.	Inclus	Inclus	Inclus

*Frais remboursés après épuisement des prestations annuelles payables au titre du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial, le cas échéant.

* Soins Virtuels TELUS Santé est une marque de commerce de TELUS Corporation qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence. Manuvie ne peut pas garantir que ce service sera disponible indéfiniment.

	Régime de base Questionnaire médical non requis au moment de la souscription d'assurance	Régime essentiel Questionnaire médical requis	Régime étendu Questionnaire médical requis
Services dentaires			
Couverture des services de base payés en fonction des honoraires stipulés dans le tarif des actes bucco-dentaires de l'ordre des dentistes de votre province ou territoire. S'il y a lieu, la couverture pour les soins dentaires commence à l'âge auquel prend fin la couverture des soins dentaires au titre du régime public d'assurance maladie.	Inclus dans le Régime de base	Couverture facultative disponible avec le Régime essentiel	Couverture facultative disponible avec le Régime étendu
Période d'attente	Pas de période d'attente	Pas de période d'attente	Pas de période d'attente
Remboursement pour les soins d'entretien courants et préventifs : les obturations, les nettoyages, le détartrage, les examens, le polissage et les extractions sélectives.	70 % des premiers 500 \$ pour tous les services existants et tous les services de grande envergure (chirurgie buccale, les services d'endodontie, de parodontie), comme dans le cas de la Formule essentielle avec soins dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % de la première tranche de 300 \$ • 50 % de la tranche suivante de 850 \$ 	Examens, les diagnostics et détartrage: <ul style="list-style-type: none"> • 100 % de la première tranche de 500 \$ • 60 % par la suite Autres soins d'entretien: <ul style="list-style-type: none"> • 90 % de la première tranche de 500 \$ • 60 % par la suite
Maximum par année contractuelle	Première année et années suivantes : 350 \$	Première année et années suivantes : 665 \$	Aucun maximum annuel
Visites de rappel	9 mois	9 mois	6 mois
Remboursement des soins extensifs, notamment la chirurgie buccale, et les soins endodontiques et parodontiques.	Inclus dans le maximum ci-dessus	Inclus dans le maximum ci-dessus	<ul style="list-style-type: none"> • Première année et deuxième année : 60 % • Troisième année et années suivantes : 80 % • Maximum pour la première année : 400 \$
Remboursement des soins de restauration importants, notamment les couronnes, ponts, prothèses dentaires et orthodontie.	Pas de couverture	Pas de couverture	<ul style="list-style-type: none"> • Première année : 0 % • Deuxième année et années suivantes : 60 %
Maximum par année contractuelle	s.o.	s.o.	Maximum combiné pour une période de 3 années : 1 250 \$
Soins de la vue			
Couverture des frais engagés pour les verres de prescription et les montures, les lentilles cornéennes, la chirurgie au laser et les visites chez l'optométriste.*	150 \$ par période de 2 années d'indemnisation consécutives. Couverture des frais engagés pour les verres de prescription et les montures, les lentilles cornéennes et la chirurgie au laser. OU Si vous achetez vos montures ou vos verres de prescription chez Costco, l'indemnité maximale mentionnée ci-dessus augmentera jusqu'à 250 \$. Visites chez l'optométriste : 80 \$ par période de 2 années d'indemnisation. Cette garantie n'est offerte que lorsque les visites chez l'optométriste ne sont pas couvertes au titre du régime public d'assurance maladie.	250 \$ par période de 2 années d'indemnisation consécutives. Couverture des verres de prescription et des montures, les lentilles cornéennes et la chirurgie au laser. OU Si vous achetez vos montures ou vos verres de prescription chez Costco, l'indemnité maximale mentionnée ci-dessus augmentera jusqu'à 300 \$. Visites chez l'optométriste : 80 \$ par période de 2 années d'indemnisation. Cette garantie n'est offerte que lorsque les visites chez l'optométriste ne sont pas couvertes au titre du régime public d'assurance maladie.	250 \$ par période de 2 années d'indemnisation consécutives. Couverture des frais engagés pour les verres de prescription et les montures, les lentilles cornéennes et la chirurgie au laser. OU Si vous achetez vos montures ou vos verres de prescription chez Costco, l'indemnité maximale mentionnée ci-dessus augmentera jusqu'à 300 \$. Visites chez l'optométriste : 80 \$ par période de 2 années d'indemnisation. Cette garantie n'est offerte que lorsque les visites chez l'optométriste ne sont pas couvertes au titre du régime public d'assurance maladie. Couverture facultative disponible avec le Régime étendu : 500 \$ par période de 3 années d'indemnisation consécutives.
Période d'attente	Pas de période d'attente	Pas de période d'attente	Pas de période d'attente

* Frais remboursés après épuisement des prestations annuelles payables au titre du régime d'assurance-maladie provincial ou territorial, le cas échéant.

	Régime de base Questionnaire médical non requis au moment de la souscription d'assurance	Régime essentiel Questionnaire médical requis	Régime étendu Questionnaire médical requis
--	--	---	--

Hospitalisation – Différence de tarif entre une chambre individuelle ou à deux lits et le tarif des chambres communes d'un hôpital général (soins de courte durée).

	Aucune couverture sous le Régime de base	Couverture facultative disponible avec le Régime essentiel	Couverture facultative disponible avec le Régime étendu
Type de chambre	Pas de couverture	Chambre à deux lits	Chambre individuelle et chambre à deux lits
Frais maximum par jour	Pas de couverture	Couverture à 100 % pendant les 30 premiers jours et à 50 % les 100 jours suivants pour l'année contractuelle, jusqu'à concurrence de 150 \$ par jour.	Couverture à 100 % pour la chambre individuelle et à deux lits pour l'année contractuelle, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour.
Prestations en espèces à la place du paiement d'une chambre	Pas de couverture	50 \$ par jour à partir du 4 ^e jour d'hospitalisation pendant un maximum de 30 jours, si l'assuré n'obtient pas une chambre à deux lits, jusqu'à concurrence de 750 \$ par année.	75 \$ par jour à partir du 4 ^e jour d'hospitalisation pendant un maximum de 60 jours, si l'assuré n'obtient pas une chambre individuelle ou à deux lits, jusqu'à concurrence de 3 000 \$ par année.

Soins médicaux d'urgence en voyage – Disponible jusqu'à 65 ans

Couverture des frais hospitaliers et médicaux d'urgence quand l'assuré voyage en dehors de la province ou du territoire où il réside, y compris une assistance 24 heures sur 24. L'assurance voyage peut être limitée ou exclue pour une maladie ou une affection qui s'est manifestée pour la première fois dans la période de 9 mois précédant la date de prise d'effet du départ. Est exclue toute affection qui se manifeste ou que vous contractez si, avant la date de votre départ, les autorités canadiennes ont publié l'avis officiel « Éviter tout voyage non essentiel » ou « Éviter tout voyage » à l'égard de votre pays, région ou ville de destination.

Plafond	5 000 000 \$ par personne, par voyage	5 000 000 \$ par personne, par voyage	5 000 000 \$ par personne, par voyage
Franchise	100 \$ par demande de règlement	100 \$ par demande de règlement	100 \$ par demande de règlement
Nombre de voyages par an	Illimité	Illimité	Illimité
Durée maximale du voyage	9 jours	9 jours	9 jours Extension facultative de 21 jours de l'assurance voyage avec le Régime étendu.

Services de diagnostic – Uniquement pour les résidents du Québec

Tomodensitogrammes – Couverture du coût des tomodensitogrammes requis pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure lorsque prescrit ou demandé par le médecin traitant.	200 \$ par année contractuelle	200 \$ par année contractuelle	200 \$ par année contractuelle
Échographies – Couverture du coût des échographies faites dans les cabinets médicaux privés.	50 \$ par année contractuelle	50 \$ par année contractuelle	50 \$ par année contractuelle
Imagerie par résonance magnétique – Couverture du coût de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) requise pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure lorsque demandée par le médecin traitant.	500 \$ par année contractuelle	500 \$ par année contractuelle	500 \$ par année contractuelle
Tests de laboratoires – Couverture du coût des tests de sang, d'urine et des prélèvements de gorge requis à la suite d'un accident ou pour diagnostiquer ou traiter une maladie.	100 \$ par catégorie, par année contractuelle	100 \$ par catégorie, par année contractuelle	100 \$ par catégorie, par année contractuelle
Audiologiste – Honoraires de l'audiologiste.	500 \$ par année contractuelle	500 \$ par année contractuelle	500 \$ par année contractuelle
Test de l'antigène prostatique spécifique (APS) – Couverture du coût des frais engagés pour les tests nécessaires au diagnostic ou au traitement d'une maladie, lorsqu'ils sont prescrits ou demandés par le médecin traitant.	75 \$ par année contractuelle	75 \$ par année contractuelle	75 \$ par année contractuelle
Test CA 125 – Couverture du coût des frais engagés pour les tests nécessaires au diagnostic ou au traitement d'une maladie, lorsqu'ils sont prescrits ou demandés par le médecin traitant.	75 \$ par année contractuelle	75 \$ par année contractuelle	75 \$ par année contractuelle

Régimes établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2024. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn. Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8. ® : Utilisée en vertu d'une licence accordée par Price Costco International, Inc.

Des formats accessibles et des aides à la communication sont offerts sur demande. Rendez-vous à l'adresse manuvie.ca/accessibilite pour obtenir de plus amples renseignements.