



AllstateTM
BENEFITS

Protection et orientation
en cas de diagnostic de
maladie grave

Protection complète

Assurance contre les maladies graves avec services de soutien pour les soins médicaux

Personne n'est prêt à recevoir un diagnostic de maladie grave. Le tourbillon de rendez-vous, de tests, de traitements et de médicaments qui s'ensuit peut bouleverser votre vie et augmenter votre stress.

Le traitement en vue de la guérison est crucial, mais il peut aussi coûter très cher. Il est possible que votre régime d'avantages sociaux collectif et l'assurance-maladie provinciale ne couvrent qu'une partie des coûts associés au traitement. Vous devrez peut-être assumer certains frais.

La protection complète en cas de maladie grave vous offre non seulement un soutien financier si vous recevez un diagnostic de maladie grave couverte, mais aussi des services-conseils par l'intermédiaire des Cliniques TELUS^{MD} Santé au Canada et PinnacleCare aux États-Unis, qui vous aident à calmer vos inquiétudes et vous procurent la tranquillité d'esprit. Lorsque le diagnostic tombe, vous devez vous concentrer sur votre rétablissement et prendre votre santé en main, sans vous inquiéter de votre situation financière.

Voici comment cela fonctionne

Vous choisissez des prestations qui vous protègent et protègent tous les membres de votre famille. Ensuite, si vous recevez un diagnostic de maladie grave couverte, une prestation en espèces calculée en fonction du pourcentage payable pour cette maladie vous sera versée. Si vous avez des inquiétudes au sujet d'une maladie grave diagnostiquée ou soupçonnée, une infirmière pivot pourra vous aider à y répondre.

Répondre à vos besoins

- Établissement garanti, sous réserve des exclusions et limitations¹
- Couverture offerte pour le conjoint ou la conjointe moyennant des frais supplémentaires
- Enfants à charge automatiquement couverts sans frais pour 50 % du montant de vos prestations au titre de la protection complète en cas de maladie grave
- Prestations versées, peu importe que vous ayez une autre couverture pour maladie ou invalidité
- Primes abordables et processus de paiement pratique
- Couverture pouvant être maintenue après la fin de l'emploi; consultez votre certificat pour en savoir davantage
- Aucune exclusion pour état de santé préexistant et aucune période de survie
- Demandes d'indemnités habituellement réglées de 2 à 4 jours après la réception des formulaires

Grâce à Allstate Benefits, vous pouvez prendre des décisions au sujet de votre traitement sans mettre en péril votre situation financière. **Des avantages pratiques pour la vie de tous les jours.**^{MD}

¹ Veuillez consulter la section Exclusions et limitations du présent document.

² <https://www.worldatlas.com/articles/leading-causes-of-deaths-in-canada.html> [en anglais seulement]

³ <https://cancer.ca/fr/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance>

LE SAVIEZ-VOUS ?



Le cancer, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux sont au deuxième rang des principales causes de décès au Canada².

628

En moyenne, 628 Canadiens reçoivent un diagnostic de cancer chaque jour³.

Voici Ashley

Ashley est comme tout parent célibataire qui reçoit un diagnostic de maladie grave. Elle s'inquiète au sujet de son avenir et du bien-être de ses enfants. Elle se demande comment elle vivra sa maladie et comment elle paiera certains frais.

Elle est préoccupée par ce qui suit :

- Mon régime d'avantages sociaux collectif et l'assurance maladie provinciale ne couvrent pas tous les coûts associés à mon traitement.
- J'ai besoin d'aide pour bien comprendre mes options de traitement.
- J'aimerais obtenir un deuxième avis, mais je ne sais pas comment faire.
- Ma couverture d'assurance médicaments m'oblige tout de même à payer une partie du coût de mes médicaments.
- Si je ne peux pas travailler à cause de mes traitements, je dois tout de même payer mes factures, mon loyer ou mon hypothèque, l'épicerie et l'éducation de mes enfants.
- Si je n'ai pas accès au traitement approprié dans ma région, je devrai me déplacer pour obtenir le traitement dont j'ai besoin.



L'histoire du diagnostic et du traitement d'Ashley se termine bien, parce qu'elle avait la protection complète de l'assurance maladies graves avec services de soutien pour les soins médicaux, ce qui l'a aidée à payer ses frais médicaux et à prendre des décisions éclairées.



CHOISIR

Ashley choisit la protection complète en cas de maladie grave avec prestations de soutien pour les soins médicaux afin de se protéger et de protéger sa famille contre les dépenses non couvertes par l'assurance-maladie provinciale ou un régime d'assurance-maladie payé par l'employeur.



UTILISER

Pendant son rendez-vous médical annuel, son médecin a remarqué un grain de beauté dans son dos. Elle a subi une biopsie, qui a confirmé un mélanome de stade 3A.

Voici le cheminement du traitement d'Ashley :

- Ashley se rend à son rendez-vous médical annuel.
- Son médecin remarque un grain de beauté dans son dos dont la couleur est anormale. Elle subit des tests et reçoit un diagnostic de mélanome de stade 3A.
- On l'envoie rencontrer un oncologue.
 - Elle a recours au soutien infirmier pour mieux comprendre ses options de traitement et préparer des questions en vue de sa rencontre avec l'oncologue.
- Ashley suit la pharmacothérapie prescrite par son médecin pendant 10 mois et est en voie de rétablissement.
- On lui recommande la chirurgie, mais Ashley décide d'obtenir un deuxième avis. On lui affirme alors que la chirurgie n'est pas nécessaire.

Ashley va bien et elle est en voie de guérison.



PRÉSENTER UNE DEMANDE

La demande d'indemnités d'Ashley au titre de la protection complète de l'assurance contre les maladies graves peut servir à payer des dépenses non couvertes par l'assurance-maladie provinciale, comme :

une pharmacothérapie vitale

une aide financière pour payer les dépenses courantes pendant son congé de maladie

des consultations pour réduire son angoisse

Les prestations en espèces étaient déposées directement dans son compte bancaire.

Pour consulter la liste des prestations et leurs montants, reportez-vous à l'annexe sur les taux de votre entreprise.

Utilisation de vos prestations en espèces

Les prestations en espèces vous offrent des options, parce que vous décidez comment les utiliser.



Finances

Vous permettent d'éviter de puiser dans vos économies et dans vos régimes de retraite en vous versant une prestation en espèces pour vous aider à payer un traitement qui n'est pas entièrement couvert par l'assurance-maladie provinciale ou le régime d'assurance-maladie offert par votre employeur.



Déplacements

Peuvent vous aider à payer vos dépenses lorsque vous recevez un traitement dans une autre ville.



Maison

Peuvent vous aider à payer votre hypothèque ou votre loyer ou à effectuer les rénovations qui s'imposent après votre traitement.



Dépenses

Peuvent vous aider à payer les frais de subsistance de votre famille, comme les factures, l'électricité et l'essence.

Prestations (sous réserve des maximums indiqués dans l'annexe sur les taux ci-jointe)
Des prestations sont versées lorsqu'un des diagnostics suivants est posé.

PRESTATIONS AU TITRE DE LA PROTECTION COMPLÈTE EN CAS DE MALADIE GRAVE*

Crise cardiaque – Nécrose d'une partie du myocarde résultant d'une déficience d'irrigation sanguine. Exclusion : diagnostic de modification du tracé électrocardiographique (ECG) suggérant un infarctus du myocarde antérieur (sans incident corroborant), ou élévation des marqueurs cardiaques attribuable à une angioplastie coronaire à moins d'un changement de diagnostic indiquant un nouvel infarctus à onde Q sur le tracé ECG.

Accident vasculaire cérébral – Incident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou une hémorragie intracrânienne, ou par une embolie d'origine extracrânienne. Exclusion : accident ischémique transitoire (AIT), accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme, ou infarctus lacunaire ne répondant pas à la définition d'accident vasculaire cérébral donnée précédemment.

Défaillance d'un organe vital (à la suite ou en attente d'une greffe) – Insuffisance irréversible du cœur, du poumon, du foie, du rein ou de la moelle osseuse, rendant nécessaire la greffe ou la mise en attente de la personne couverte sur une liste de greffe majeure au Canada ou aux États-Unis.

Insuffisance rénale – Insuffisance irréversible des deux reins, menant à la dialyse péritonéale, à l'hémodialyse ou à la greffe de rein. Exclusion : insuffisance des deux reins causée par un traumatisme, y compris un traumatisme chirurgical.

Carcinome in situ – Cancer non invasif, y compris un mélanome qui n'a pas pénétré le derme. Les autres malignités de la peau sont exclues.

Cancer invasif – Tumeur maligne qui se caractérise par le développement et la propagation incontrôlés de cellules malignes dans d'autres tissus. Comprend le mélanome malin invasif dans le derme ou plus profond ou les malignités de la peau qui sont devenues métastatiques. Les autres cancers de la peau sont exclus.

Maladie d'Alzheimer – Le patient doit présenter des troubles de mémoire et de jugement et être supervisé huit heures par jour.

Maladie de Parkinson – Le patient doit présenter au moins deux des symptômes suivants : rigidité musculaire, tremblements ou bradykinésie (lenteur des réactions physiques et mentales), et il doit être attesté qu'il est incapable d'effectuer au moins deux activités quotidiennes (bain, habillage, continence urinaire ou fécale; mobilité et alimentation) sans l'aide d'un adulte.

Pontage aortocoronarien – Chirurgie visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronariennes au moyen de greffes. L'angioplastie par ballonnet, l'embolectomie au laser, l'athérectomie, la pose d'une endoprothèse et d'autres interventions non chirurgicales sont exclues.

Sclérose en plaques – Le patient doit recevoir le diagnostic d'un spécialiste d'au moins un des troubles suivants au moins deux poussées distinctes; des anomalies neurologiques bien définies persistant pendant au moins six mois; ou une seule poussée avec lésions de démyélinisation s'étant développées à des intervalles d'un mois.

Paralysie – Perte totale et permanente des fonctions musculaires de deux membres ou plus.

Surdité – Perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles.

Cécité – Perte totale et irréversible de la vision des deux yeux.

Chirurgie de l'aorte – Excision de l'aorte thoracique ou abdominale malade et son remplacement par un greffon. Exclusion : les ramifications de l'aorte.

Tumeur cérébrale bénigne – Tumeur non maligne située dans la voûte crânienne et limitée au cerveau, aux méninges, aux nerfs crâniens ou à l'hypophyse nécessitant un traitement chirurgical ou radiologique ou provoquant des déficits neurologiques irréversibles. Les adénomes pituitaires de moins de 10 mm, les tumeurs du crâne et les germinomes sont exclus.

Coma – État d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant au moins 96 heures consécutives. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins. Un coma médicalement provoqué, un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue et le diagnostic de mort cérébrale sont exclus.

Brûlures sévères – Diagnostic de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps.

Perte de la parole – Perte totale et irréversible de l'usage de la parole à la suite d'une blessure accidentelle ou d'une maladie.

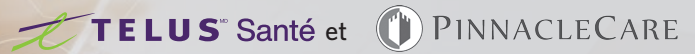
Avenant sclérose latérale amyotrophique (SLA) – Le patient doit obtenir le diagnostic d'un spécialiste indiquant une maladie neuromusculaire progressive. Aucune autre maladie des motoneurones n'est couverte par cet avenant.

Exonération de primes (employé seulement) – L'employé est exonéré du paiement des primes s'il devient invalide pendant 90 jours consécutifs en raison d'une maladie grave.

* Prestations versées une fois par personne couverte. Lorsque toutes les prestations ont été utilisées, la couverture prend fin.

Services à valeur ajoutée

En choisissant l'assurance contre les maladies graves d'Allstate Benefits, vous avez maintenant accès au soutien médical grâce à un service de conciergerie médicale/de deuxième avis, le meilleur de sa catégorie, par l'intermédiaire de Cliniques TELUS^{MD} Santé au Canada et de PinnacleCare aux États-Unis.



Pour vous orienter pendant votre maladie et répondre à vos préoccupations, ce service de conciergerie personnalisé offre une combinaison unique :

- orientation experte dans le système de santé
- accès à des ressources médicales exceptionnelles
- gamme de services sans pareille

Cliniques TELUS^{MD} Santé – Services d'orientation et de soutien dans le domaine médical

Cliniques TELUS^{MD} Santé – Services de conciergerie médicale

- Soutien individuel personnalisé axé sur votre diagnostic particulier ou soupçonné
- Accès à une infirmière autorisée pour discuter du diagnostic, des préoccupations, des options de deuxième avis et de la présentation des demandes d'indemnités
- Soutien nécessaire pour prendre des décisions avisées concernant votre maladie grave ou vos préoccupations
- Coordination efficace entre le Canada et les États-Unis si la situation nécessite un traitement ou des conseils à l'extérieur du Canada
- Soutien financier et soutien clinique optimisés pour gagner du temps, atténuer le stress inhérent aux problèmes médicaux et avoir l'esprit tranquille

Voici comment cela fonctionne

Si vous avez besoin de conseils ou si vous recevez un diagnostic d'une maladie grave couverte, communiquez avec Cliniques TELUS^{MD} Santé. Une infirmière pivot vous sera affectée pour vous guider dans vos problèmes de santé.

Votre infirmière pivot vous fournira les services suivants :



Soins

Elle vous aidera à comprendre et à gérer votre diagnostic, vos préoccupations et vos options de traitement.



Dossier

Elle rassemblera, organisera et examinera vos dossiers médicaux.



Facilitation

Si un deuxième avis est souhaité ou nécessaire, Cliniques TELUS^{MD} Santé assurera la liaison entre votre médecin primaire et le médecin qui donnera le deuxième avis demandé pour faciliter l'aiguillage. De plus, Cliniques TELUS^{MD} Santé peut vous aider à vous préparer pour les prochaines étapes, par exemple en planifiant un rendez-vous auprès d'un spécialiste.



Coordination

Si une consultation ou un traitement aux États-Unis est souhaité, Cliniques TELUS^{MD} Santé assurera la coordination avec PinnacleCare pour organiser la consultation.



Suivi

Elle effectuera un suivi avec vous pour s'assurer que vous êtes sur la bonne voie.



Aide

L'infirmière pivot vous aidera dans le processus de demande d'indemnités initial.

Voir la page suivante pour en savoir davantage.



TELUS^{MD} Santé

En tirant parti de la puissance de la technologie pour offrir des solutions et des services connectés, Cliniques TELUS^{MD} Santé facilite l'accès aux soins et révolutionne la circulation de l'information dans le secteur de la santé. Ce faisant, elle améliore la collaboration, l'efficacité et la productivité au profit des médecins, des pharmaciens, des autorités sanitaires, des fournisseurs de soins de santé paramédicaux, des assureurs, des employeurs et des citoyens. Elle progresse ainsi vers l'atteinte de son objectif : transformer les soins de santé et donner aux Canadiens les moyens de prendre leur santé en main.

PINNACLECARE

Les services-conseils en matière de santé fournis par PinnacleCare sont axés sur les conseils en matière de santé et le soutien aux décisions pour les soins essentiels requis, définis dans votre police. Ces services sont fournis par PinnacleCare et ne visent pas les besoins médicaux immédiats ou urgents. Si vous êtes en situation d'urgence médicale, composez immédiatement le 9-1-1 ou rendez-vous à la salle d'urgence la plus proche.

Il est à noter que l'ensemble des soins médicaux directs, des procédures, des traitements et des couvertures d'assurance pour les demandes d'indemnités médicales connexes sont fournis ou gérés par des fournisseurs de soins de santé et assureurs indépendants et ne sont pas inclus dans cette couverture.

PinnacleCare – Services de conciergerie des soins de santé aux États-Unis

Si une consultation aux États-Unis est souhaitée, l'infirmière pivot de Cliniques TELUS^{MD} Santé transmettra vos dossiers médicaux (avec votre consentement) à PinnacleCare. Ils collaboreront avec vous pour coordonner tous les aspects de votre soutien aux soins et au traitement aux États-Unis. Votre concierge et conseiller en santé vous donnera un accès préférentiel aux meilleurs centres d'excellence médicale aux États-Unis et aux meilleurs médecins et spécialistes du pays.

PinnacleCare fournit :

- des avis d'experts médicaux sur le diagnostic, coordonnés avec Cliniques TELUS^{MD} Santé
- la recherche sur le diagnostic et les options de traitement aux États-Unis
- un rapport personnalisé énumérant les meilleurs spécialistes aux États-Unis pour le traitement potentiel
- l'organisation de rendez-vous rapides avec des médecins ou des centres d'excellence américains
- la collecte, l'organisation et la transmission des principaux dossiers médicaux américains en collaboration avec votre équipe de soutien Cliniques TELUS^{MD} Santé
- des consultations virtuelles pour obtenir les avis d'experts médicaux, au besoin

Le parfait partenariat

Allstate Benefits, Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare travaillent ensemble pour offrir une expérience médicale unique et de premier ordre, conçue pour obtenir les meilleurs résultats médicaux possible et vous aider à faire des choix éclairés pour gérer votre maladie.

Le lien entre Allstate Benefits, Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare est uniquement une alliance de marketing. Allstate Benefits ne formule aucune déclaration et ne fournit aucune garantie relativement aux programmes de Cliniques TELUS^{MD} Santé ou de PinnacleCare et elle ne peut être tenue responsable des produits ou services qu'elles offrent. Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare offrent leurs produits et services respectifs sous réserve de leurs propres conditions, limitations et exclusions.

SPÉCIFICATIONS DU CERTIFICAT

Admissibilité

Votre employeur décide des critères d'admissibilité pour votre groupe (p. ex., l'ancienneté et le nombre d'heures travaillées chaque semaine). La couverture vise les personnes âgées de 15 à 99 ans.

Admissibilité des personnes à charge et fin de la couverture

Les membres de la famille admissibles à la couverture sont votre conjoint ou votre partenaire domestique et vos enfants. La couverture d'un enfant prend fin à son 21^e anniversaire de naissance, ou à son 25^e anniversaire de naissance s'il étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur. La couverture du conjoint prend fin au moment où le divorce est prononcé ou à votre décès. La couverture du partenaire domestique prend fin lorsque l'union se termine ou à votre décès.

Fin de la couverture

La couverture aux termes de la police prend fin à la première des dates suivantes : la date de résiliation du certificat, la date de résiliation de la police, la date où vous cessez de payer vos primes, le dernier jour d'emploi actif ou de participation, la date où vous ou votre catégorie n'êtes plus admissible, la date où toutes les prestations ont été versées aux termes de la police et de l'avenant, le cas échéant, ou en cas de découverte d'une fraude ou de déclaration trompeuse importante.

Droit de transférabilité

Vous pouvez maintenir votre couverture aux termes de la disposition sur la transférabilité de l'assurance lorsque la couverture de la police prend fin. Consultez votre certificat d'assurance pour en savoir davantage.

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

Conditions et limites

Un diagnostic survenu avant le début de votre couverture est exclu; cependant, le diagnostic de toute maladie grave ou maladie spécifique couverte après la date de prise d'effet pourra faire l'objet d'une prestation. Chaque maladie grave peut faire l'objet d'une prestation si nous n'avons pas déjà versé une prestation pour cette maladie. Toutes les maladies graves doivent respecter les définitions et dates de diagnostic indiquées dans la police et être diagnostiquées par un médecin pendant que la couverture est en vigueur. Il doit s'écouler 90 jours entre les dates de diagnostic de chaque maladie. Les situations d'urgence à l'extérieur du Canada seront évaluées par un médecin canadien en sol étranger ou à votre retour au Canada.

Si le premier diagnostic de cancer survient avant la date de prise d'effet de la couverture, les prestations sont versées pour un diagnostic ultérieur de cancer après la date de prise d'effet, sous réserve des conditions du certificat.

Exclusions

Les prestations ne sont pas versées dans les cas suivants : guerre ou participation à une émeute, à une insurrection ou à une rébellion; blessures auto-infligées intentionnellement; blessure infligée en participant à une activité illégale ou en commettant ou en tentant de commettre un acte délictueux; tentative de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non; blessures infligées sous l'influence de l'alcool, de narcotiques, de substances contrôlées ou de médicaments, à moins qu'ils soient prescrits par un médecin; participation à des activités aéronautiques, à moins que la personne soit un passager payant à bord d'un appareil d'un transporteur aérien détenteur d'une licence; consommation abusive d'alcool ou alcoolisme; ou dépendance à la drogue ou à une substance contrôlée.

Coordonnées :

1-844-436-1105

infocentre@allstatevoluntary.ca

La police d'assurance dont il est fait mention ici n'est disponible qu'en anglais. En cas de litige, le libellé de la police d'assurance prévaut. Cette publicité, une traduction de la version approuvée des documents en anglais, ne doit pas être interprétée comme modifiant ou altérant la police d'assurance.

Le lien entre Allstate Benefits, Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare est uniquement une alliance de marketing. Allstate Benefits ne formule aucune déclaration et ne fournit aucune garantie relativement aux programmes de Cliniques TELUS^{MD} Santé ou de PinnacleCare et elle ne peut être tenue responsable des produits ou services qu'elles offrent. Cliniques TELUS^{MD} Santé et PinnacleCare offrent leurs produits et services respectifs sous réserve de leurs propres conditions, restrictions et exclusions.

Le présent document doit servir aux adhésions au Canada, et il est incomplet sans l'annexe sur les taux qui doit l'accompagner.

Le présent document est valide tant que les renseignements qu'il renferme sont à jour, mais sa validité prendra fin le 1 février 2024.

Les prestations de l'assurance collective contre les maladies graves sont accordées par la police GCIP. Les prestations au titre de l'avenant sclérose latérale amyotrophique sont fournies aux termes du formulaire GCIALSAC.

La couverture est offerte par l'assurance contre les maladies graves supplémentaire à indemnisation limitée. Le présent document donne simplement un aperçu des prestations offertes aux termes de la police collective souscrite par Allstate du Canada, compagnie d'assurance (siège social, Markham, Ontario). Les détails de l'assurance, y compris les exclusions, limitations et autres dispositions sont donnés dans les certificats délivrés. Pour en savoir davantage, vous pouvez communiquer avec votre représentant Allstate Benefits



Allstate Benefits est une marque de commerce d'Allstate Insurance Company, utilisée sous licence par la Allstate Insurance Company of Canada. © 2022 Allstate Insurance Company of Canada.
www.AllstateBenefits.ca