



CONTINUITÉ
Sun Life

Nous sommes là pour vous aider – avec Mes Choix santé

Un régime d'assurance-maladie et
d'assurance dentaire qui répond à vos
besoins d'aujourd'hui et de demain.



La vie est plus radieuse sous le soleil

Lorsque vous changez d'emploi, il se peut que vous ayez plusieurs choses à penser. Heureusement, vous n'avez pas pour autant à vous soucier de votre couverture d'assurance-maladie et d'assurance dentaire.

Remplacez votre couverture sans examen médical ni questions – un seul appel suffit

Vous êtes un résident du Canada, avez entre 18 et 74 ans et êtes couvert par le régime d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire? Appelez-nous et demandez de remplacer la couverture d'assurance-maladie et d'assurance dentaire de votre régime au travail ou de votre régime de retraités dans les **60 jours suivant** la fin de la protection.

Il n'y a **aucun examen médical et aucune question** lorsque vous demandez l'assurance.

Nos conseillers en services financiers autorisés (personnes portant le titre de conseiller en sécurité financière au Québec) peuvent examiner vos besoins de couverture et vous recommander une solution correspondant à votre budget.

Vous avez dépassé la période de 60 jours? Vous avez toujours des options.

Appelez-nous au 1-877-893-9893. Nous trouverons une solution qui vous convient.



Appelez-nous dès maintenant. 1-877-893-9893

Entre 8 h et 20 h HE | du lundi au vendredi

Choisissez la formule qui convient à vos besoins

Que vous cherchiez une couverture temporaire ou une solution à long terme, nous vous aiderons à choisir la formule qui vous convient. Pour être admissible à la formule standard avec couverture des frais dentaires ou à la formule étendue, vous devez être couvert par la garantie frais dentaires de votre régime au travail ou de votre régime de retraités.

Formule standard : Une solution fiable qui vous aide, vous et votre famille, à payer les frais médicaux de base à un coût abordable.

Formule standard avec assurance dentaire : Un régime élargi qui couvre les frais médicaux et dentaires de base pour vous et votre famille.

Formule étendue : Une solution complète si vous et votre famille avez besoin d'une couverture d'assurance-maladie et d'assurance dentaire accrue. Les couvertures maximales annuelles et à vie sont plus élevées.

Vous pouvez gérer votre couverture sur **maSunLife.ca** ou dans l'appli **ma Sun Life** mobile et :

- Présenter des demandes de règlement en ligne
- Obtenir vos remboursements plus rapidement en vous inscrivant au virement automatique
- Voir ou imprimer votre carte-médicaments et votre carte d'assistance-voyage

Si vous avez un code d'accès et un mot de passe pour votre régime au travail, vous pourrez continuer de les utiliser.

Ce que chaque formule offre

	Formule standard	Formule standard avec assurance dentaire	Formule étendue
Maximum des frais admissibles (sauf pour les soins médicaux d'urgence en voyage et les soins dentaires)			
Maximum à vie	250 000 \$	250 000 \$	300 000 \$
Médicaments			
Médicaments sur ordonnance	Remboursement à 80 %, maximum de 1 000 \$ par année	Remboursement à 80 %, maximum de 1 000 \$ par année	Remboursement à 80 %, maximum de 2 000 \$ par année
	Couverture des frais d'exécution d'ordonnance raisonnables habituellement exigés, jusqu'au maximum prévu.	Couverture des frais d'exécution d'ordonnance raisonnables habituellement exigés, jusqu'au maximum prévu.	Couverture des frais d'exécution d'ordonnance raisonnables habituellement exigés, jusqu'au maximum prévu.

L'assurance Mes Choix santé est établie par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

	Formule standard	Formule standard avec assurance dentaire	Formule étendue
Médicaments couverts	Les médicaments et articles doivent obligatoirement être délivrés par un pharmacien sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pour être couverts.		
Soins de la vue			
Lunettes ou lentilles cornéennes	150 \$ tous les 2 ans	150 \$ tous les 2 ans	200 \$ tous les 2 ans
Examens de la vue	50 \$ tous les deux ans (chaque année pour les personnes à charge de moins de 18 ans). Inclus dans le maximum applicable aux soins de la vue indiqué ci-dessus.		
Services paramédicaux			
Services paramédicaux	300 \$ par catégorie de praticiens, jusqu'à un maximum global de 500 \$ par année pour toutes les catégories Comprend les services d'acupuncteurs, de chiroprodistes, de chiropraticiens, de naturopathes, d'ostéopathes, de podiatres, de psychologues (60 \$ par visite, maximum de 7 visites par année civile), de physiothérapeutes, de massothérapeutes autorisés et d'orthophonistes.	300 \$ par catégorie de praticiens, jusqu'à un maximum global de 500 \$ par année pour toutes les catégories Comprend les services d'acupuncteurs, de chiroprodistes, de chiropraticiens, de naturopathes, d'ostéopathes, de podiatres, de psychologues (60 \$ par visite, maximum de 7 visites par année civile), de physiothérapeutes, de massothérapeutes autorisés et d'orthophonistes.	300 \$ par catégorie de praticiens, jusqu'à un maximum global de 650 \$ par année pour toutes les catégories Comprend les services d'acupuncteurs, de chiroprodistes, de chiropraticiens, de naturopathes, d'ostéopathes, de podiatres, de psychologues (60 \$ par visite, maximum de 10 visites par année civile), de physiothérapeutes, de massothérapeutes autorisés et d'orthophonistes.
Hospitalisation au Canada			
Hospitalisation	85 % des frais		
Hospitalisation en chambre à deux lits	175 \$ par jour, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année.	175 \$ par jour, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année.	200 \$ par jour, jusqu'à un maximum de 5 000 \$ par année.
Hôpital de convalescence	20 \$ par jour pour une période maximale de 180 jours par événement		
Services et articles médicaux			
Ambulance (au Canada)	Transport terrestre : aucun maximum	Transport terrestre : aucun maximum	Transport terrestre : aucun maximum. Transport aérien par service ambulancier : maximum de 5 000 \$ par incident
Soins infirmiers privés	5 000 \$ par année (maximum à vie de 25 000 \$)		
Soins dentaires en cas d'accident	Maximum à vie de 5 000 \$		
Appareils de correction auditive	350 \$ tous les 5 ans	350 \$ tous les 5 ans	500 \$ tous les 5 ans
Services de Best Doctors^{MD}	Service pratique auquel vous, votre conjoint, les enfants à votre charge, vos parents et vos beaux-parents pouvez accéder à tout moment pendant la durée du contrat. Best Doctors examinera votre dossier médical en profondeur et vous renseignera sur les ressources offertes au Canada ou ailleurs (disponibilité, processus de recommandation, coût, etc.).		

	Formule standard	Formule standard avec assurance dentaire	Formule étendue
Services et articles médicaux Remarque : <i>Pour certains des services et des articles de cette liste, nous ne remboursons les frais qu'après avoir reçu la preuve que la personne assurée a demandé le financement approprié auprès du régime public. Consultez le contrat type pour en savoir plus.</i>	<p>Maximum global de 2 500 \$ pour l'ensemble des services et articles de cette catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attelles, bandages herniaires, orthèses ou béquilles : 300 \$ • Prothèses mammaires : 200 \$ • Chaussures orthopédiques, modifications orthopédiques aux chaussures et orthèses (ordonnance requise) : 200 \$ • Glycomètre : 250 \$ tous les 5 ans • Autres : frais raisonnables normalement exigés pour services diagnostiques, plâtres, bas à varices, soutiens-gorge postopératoires, couvre-moignons, radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang, administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines, membres ou yeux artificiels et autres prothèses. <p>Les frais énumérés ci-dessous sont soumis au maximum de 2 500 \$ par année civile propre à cette catégorie, jusqu'aux maximums à vie suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fauteuils roulants : 4 000 \$ • Lits d'hôpital : 1 500 \$ • Perruques (médicalement nécessaires) : 350 \$ 	<p>Maximum global de 2 500 \$ pour l'ensemble des services et articles de cette catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attelles, bandages herniaires, orthèses ou béquilles : 300 \$ • Prothèses mammaires : 200 \$ • Chaussures orthopédiques, modifications orthopédiques aux chaussures et orthèses (ordonnance requise) : 200 \$ • Glycomètre : 250 \$ tous les 5 ans • Autres : frais raisonnables normalement exigés pour services diagnostiques, plâtres, bas à varices, soutiens-gorge postopératoires, couvre-moignons, radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang, administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines, membres ou yeux artificiels et autres prothèses. <p>Les frais énumérés ci-dessous sont soumis au maximum de 2 500 \$ par année civile propre à cette catégorie, jusqu'aux maximums à vie suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fauteuils roulants : 4 000 \$ • Lits d'hôpital : 1 500 \$ • Perruques (médicalement nécessaires) : 350 \$ 	<p>Maximum global de 5 000 \$ pour l'ensemble des services et articles de cette catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attelles, bandages herniaires, orthèses ou béquilles : 500 \$ • Prothèses mammaires : 200 \$ • Chaussures orthopédiques, modifications orthopédiques aux chaussures et orthèses (ordonnance requise) : 200 \$ • Glycomètre : 300 \$ tous les 5 ans • Autres : frais raisonnables normalement exigés pour services diagnostiques, plâtres, bas à varices, soutiens-gorge postopératoires, couvre-moignons, radiothérapie ou traitements de troubles de la coagulation du sang, administration d'oxygène, transfusions de plasma et transfusions sanguines, membres ou yeux artificiels et autres prothèses. <p>Les frais énumérés ci-dessous sont soumis au maximum de 5 000 \$ par année civile propre à cette catégorie, jusqu'aux maximums à vie suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fauteuils roulants : 4 000 \$ • Lits d'hôpital : 1 500 \$ • Perruques (médicalement nécessaires) : 500 \$

Soins médicaux d'urgence en voyage (à l'exclusion des affections préexistantes – appelez-nous pour en savoir plus)

Soins reçus hors de la province ou du pays

Frais d'hospitalisation couverts jusqu'à concurrence de 1 million de dollars (maximum à vie) durant les 60 premiers jours suivant le départ, sous réserve d'une restriction de 9 mois relative aux affections préexistantes.

Assistance-voyage, assistance médicale, services et soutien à la famille, services supplémentaires (ex. : assistance en vue de retrouver des bagages perdus) dans les situations qui découlent d'une urgence médicale.

Cessation de la couverture à 80 ans.

Remarque : La couverture des soins médicaux d'urgence en voyage ne s'applique pas aux affections préexistantes. Une affection préexistante est un état de santé dont les symptômes sont apparus ou ont requis une attention médicale, une hospitalisation ou un traitement (y compris un changement de médicaments ou à la posologie des médicaments) au cours des 9 mois précédant le départ de la province de résidence. Certaines clauses peuvent s'appliquer, veuillez lire attentivement votre contrat avant de partir en voyage.

	Formule standard	Formule standard avec assurance dentaire	Formule étendue
Soins dentaires			
Soins dentaires (Une période d'attente de 1 an s'applique dans le cas des soins dentaires de restauration)	Aucune couverture	Remboursement à 80 % pour les soins dentaires de diagnostic et de prévention : examens buccaux, examens périodiques (tous les 9 mois), détartrage et aplanissement des racines, extractions mineures, mainteneurs d'espace pour les enfants âgés de moins de 12 ans. Remboursement à 50 % pour les soins dentaires de restauration : endodontie (traitement de canal), parodontie, couronnes (et réparations aux couronnes), incrustations de surface, prothèses amovibles (ajustements et réparations), ponts, soins chirurgicaux, chirurgies bucco-dentaires majeures et anesthésie, administration de médicaments par injection et frais de laboratoire. Maximum annuel de 700 \$ applicable à l'ensemble des soins dentaires admissibles.	Remboursement à 80 % pour les soins dentaires de diagnostic et de prévention : examens buccaux, examens périodiques (tous les 9 mois), détartrage et aplanissement des racines, extractions mineures, mainteneurs d'espace pour les enfants âgés de moins de 12 ans. Remboursement à 50 % pour les soins dentaires de restauration : endodontie (traitement de canal), parodontie, couronnes (et réparations aux couronnes), incrustations de surface, prothèses amovibles (ajustements et réparations), ponts, soins chirurgicaux, chirurgies bucco-dentaires majeures et anesthésie, administration de médicaments par injection et frais de laboratoire. Maximum de 750 \$ applicable à l'ensemble des soins dentaires admissibles durant la première année civile de couverture; maximum global de 1 000 \$ par année civile pour les années subséquentes.

Ce résumé n'inclut pas tous les renseignements sur ces produits. Veuillez communiquer avec la Sun Life pour connaître l'ensemble des conditions, des exclusions et des restrictions qui s'appliquent aux contrats décrits ci-dessus.

Quelques points à retenir

- Vous pouvez demander un exemple de contrat Mes Choix santé en nous appelant au **1-877-893-9893**, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h HE. Nous serons heureux de vous guider et de répondre à vos questions.
- Les maximums indiqués s'appliquent à chaque personne assurée et par année civile, sauf indication contraire. Dans le cas de maximums applicables sur une période de plusieurs années (par exemple, sur deux ans), la période débute le jour auquel les frais sont engagés pour la première fois. Cette couverture ne s'applique pas aux frais couverts par les régimes de soins de santé publics.
- Le terme «conjoint» désigne votre conjoint par mariage ou la personne avec qui vous vivez depuis au moins 1 an et que vous reconnaissez publiquement comme votre conjoint. Si vous habitez au Québec, la période minimale de 1 an ne s'applique pas si un enfant est né de l'union des conjoints.
- Les personnes à charge admissibles sont vos enfants et les enfants de votre conjoint (à l'exclusion des enfants en famille d'accueil qui ne sont pas mariés et ont moins de 21 ans. Qu'en est-il si votre enfant étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu et que vous assurez son soutien financier? Il est couvert jusqu'à l'âge de 25 ans. Qu'en est-il des enfants qui ne peuvent subvenir à leurs besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale? Ils sont couverts si cette incapacité est survenue pendant qu'ils étaient entièrement à votre charge sur le plan financier, selon les mêmes critères d'âge.

À propos des primes et des renouvellements

- Le régime se renouvelle chaque année. Les primes peuvent changer.
- Si vous lisez votre nouveau contrat et décidez qu'il ne répond pas à vos besoins, vous pouvez l'annuler sans obligation dans les 10 jours. Les primes versées vous seront remboursées. Vous pouvez annuler votre contrat n'importe quand.
- Payer vos primes, c'est simple et pratique grâce au paiement préautorisé par carte de crédit ou au débit préautorisé du compte bancaire.

Ce que vous devez savoir – Mes Choix santé

Suis-je admissible à Mes Choix santé?

Vous êtes admissible à la couverture si vous avez entre 18 ans et 74 ans et s'il s'est écoulé au plus 60 jours depuis que vous avez cessé de participer à un régime de garanties au travail ou pour retraités. Votre conjoint est également admissible s'il était couvert par votre régime collectif ou votre régime de retraités et s'il a entre 18 ans et 74 ans. Les enfants à votre charge sont admissibles à la couverture s'ils étaient couverts par votre régime collectif ou votre régime de retraités.

Vos enfants et ceux de votre conjoint (à l'exclusion des enfants en famille d'accueil) sont des personnes à charge admissibles s'ils ne sont pas liés à une autre personne par le mariage ou par un autre type d'union officielle reconnue par la loi et s'ils n'ont pas atteint l'âge de 21 ans. Un enfant de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) et dont vous assurez entièrement le soutien sur le plan financier est également une personne à charge admissible.

Peut également être admissible un enfant :

- qui ne peut subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité mentale ou physique, et
- dont l'incapacité est survenue alors que vous étiez son soutien financier et que son âge respectait les critères énoncés plus haut.

Quand ma couverture commence-t-elle?

Votre couverture entre en vigueur le lendemain du jour où la couverture de votre régime au travail prend fin.

Qu'est-ce que la période d'examen de 10 jours sans obligation?

Vous pouvez annuler votre contrat n'importe quand. Pour obtenir un remboursement relativement à vos primes, vous devez le faire dans les 10 jours qui suivent la date de réception du contrat.

Régime MSP – Résidents de la Colombie-Britannique

Tous les résidents de la Colombie-Britannique sont tenus d'adhérer au Medical Services Plan (MSP), le régime d'assurance-maladie provincial. Les frais liés au MSP sont distincts de la prime indiquée dans la soumission Mes Choix santé.

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) – Résidents du Québec

Les résidents du Québec sont tenus d'adhérer à une couverture des médicaments sur ordonnance. À moins que vous ne soyez admissible à une couverture offerte par un régime privé ou par une association professionnelle (par exemple, le régime de garanties collectives de votre conjoint), vous devez adhérer à l'assurance médicaments offerte par la RAMQ. Pour être admissible à une assurance-maladie individuelle comme Mes Choix santé, vous devez avoir adhéré au régime de la RAMQ ou à un autre régime collectif qui couvre les médicaments sur ordonnance. Ce régime deviendrait alors le premier payeur de vos frais de médicaments. Pour demander le règlement de la portion non payée à la pharmacie, s'il y a lieu, vous devez nous envoyer les reçus par la poste.

Quand puis-je annuler mon contrat?

Vous pouvez annuler votre contrat n'importe quand.

Quand ma couverture prend-elle fin?

Votre couverture prend fin à la première des dates suivantes :

- 31 jours après la date d'échéance de la prime, si vous omettez un paiement;
- le premier jour du mois suivant le jour où vous annulez votre contrat, ou ce jour même s'il s'agit d'un premier du mois;
- la date à laquelle vous cessez d'être un résident du Canada;
- la date à laquelle vous cessez d'être couvert par le régime public d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire;
- la date de votre décès.

La couverture du conjoint ou d'une personne à charge prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de votre décès ou du décès de votre conjoint;
- la date de déchéance ou d'expiration de votre couverture;
- la date à laquelle votre conjoint ou la personne à votre charge admissible ne répond plus à la définition applicable prévue par le contrat;
- la date à laquelle votre conjoint ou la personne à votre charge cesse d'être un résident du Canada;
- la date à laquelle votre conjoint ou la personne à votre charge n'est plus couvert(e) par le régime public d'assurance-maladie d'une province ou d'un territoire.

La couverture des soins médicaux d'urgence en voyage prend fin à 80 ans.

Période d'attente pour les soins dentaires de restauration	Une personne assurée devient admissible à la couverture des soins dentaires de restauration 1 an après l'entrée en vigueur du contrat.
Les primes changent-elles avec le temps?	Oui. La couverture est renouvelée chaque année et les primes peuvent alors changer. Vos primes changent aussi quand vous passez d'une tranche d'âge à une autre (tous les 5 ans environ). Chaque année, 30 jours avant la date de renouvellement, vous recevrez un avis indiquant le montant de la nouvelle prime, calculé en fonction de ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ➤ le montant de couverture que vous avez choisi; ➤ votre âge et/ou l'âge des autres personnes couvertes par votre contrat; ➤ la couverture offerte par le régime d'assurance-maladie de votre province; ➤ le coût actuel des soins de santé.
Comment les primes sont-elles facturées?	Nous facturons les primes mensuellement. Ainsi, nous n'enversons pas de facture pour une partie d'un mois. S'il y a un montant à payer au moment où nous traitons votre demande, nous vous enverrons votre première facture dès que possible. Par la suite, nous vous facturerons les primes le premier jour de chaque mois.
Conséquences d'une non-divulgence de renseignements ou d'une déclaration inexacte	Si les renseignements que vous avez fournis lors de votre demande d'assurance ne sont pas exacts, nous pourrions mettre fin à votre couverture ou refuser vos demandes de règlement.
Si je fais une demande en tant que couple ou famille, chaque personne peut-elle choisir un régime différent?	Chaque personne doit choisir la même formule quand vous demandez la couverture pour couple ou la couverture familiale.
Combien l'assurance Mes Choix santé coûte-t-elle?	Nous pouvons vous aider à choisir la formule Mes Choix santé qui répond à votre budget. Vos primes mensuelles sont basées sur ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ➤ votre âge chaque année à la date d'entrée en vigueur de votre contrat; ➤ la province ou le territoire où vous habitez. Nous pouvons vous fournir une estimation par téléphone et vous aider à choisir la formule qui vous convient. Appelez-nous au 1-877-893-9893 pour en savoir plus.
Comment puis-je payer mes primes?	Payer les primes de votre contrat, c'est facile. Vous pouvez le faire par carte de crédit ou encore par débit autorisé à partir de votre compte bancaire.
Comment puis-je utiliser la carte-médicaments?	Lorsque vous achetez un médicament sur ordonnance à la pharmacie, présentez au pharmacien votre carte-médicaments à paiement direct. La portion des frais qui est couverte par votre régime sera payée automatiquement pour qu'il vous reste à payer seulement la portion non couverte. Veuillez noter que les résidents du Québec ne reçoivent pas de carte-médicaments. <p>Qu'en est-il si vous résidez au Québec? Vous devez alors adhérer à la couverture de la RAMQ pour les frais de médicaments sur ordonnance lorsque vous quittez votre régime au travail, à moins que vous soyez admissible à une couverture au titre d'un autre régime collectif. Le régime Mes Choix santé ne se substitue pas à un régime collectif d'assurance-maladie offrant une couverture de frais de médicaments sur ordonnance. Il est le deuxième payeur conformément à la loi régissant la RAMQ.</p> <p>Pour en savoir plus, rendez-vous sur ramq.gouv.qc.ca > Citoyens > Assurance médicaments ou appelez au 1-800-561-9749.</p>
Comment faire pour présenter une demande de règlement?	La façon la plus rapide de présenter une demande de règlement est d'utiliser l'appli ma Sun Life mobile . Ouvrez une session, faites glisser l'écran à gauche pour aller à l'onglet Garanties , sélectionnez Demander un règlement et suivez les instructions. <p>Vous pouvez aussi présenter votre demande de règlement à partir du site maSunLife.ca. Ouvrez une session, sélectionnez Demander un règlement sous la section Garanties de la page d'accueil.</p> <p>Finalement, vous pouvez présenter votre demande sur papier. Vous trouverez le formulaire à remplir sur SunLife.ca > Centre d'assistance > Trouver un formulaire > Formulaires génériques pour l'assurance collective.</p>

- Nous devons recevoir votre demande de règlement dans les 3 mois suivant la date de fin de votre contrat.
- Nous ne traiterons aucune demande de règlement reçue plus de 3 mois après la fin de votre contrat, quelle que soit la date à laquelle les frais admissibles ont été engagés.
- Les demandes de règlement doivent nous parvenir dans les 12 mois suivant la date à laquelle les frais ont été engagés.
- Une fois la demande de règlement approuvée, le paiement sera envoyé dans un délai de 1 jour ouvrable.

**Qu'est-ce que
Mes Choix santé
ne couvre pas?**

Les frais suivants ne sont pas remboursés par Mes Choix santé :

- frais qui sont directement ou indirectement dus ou reliés :
 - à des désordres publics ou à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non;
 - ou au service dans la marine, l'armée de terre ou l'armée de l'air de tout pays, d'une coalition de pays ou d'une organisation internationale participant à une guerre, que celle-ci ait été déclarée ou non;
- frais que la loi ne nous permet pas de payer;
- services ou articles qui sont de nature esthétique;
- services ou articles qui sont de nature expérimentale;
- frais de livraison, de transport ou d'administration;
- services et produits :
 - que la personne utilise de sa propre initiative;
 - ou qui sont fournis ou prescrits par une personne résidant habituellement au domicile de la personne assurée ou qui a un lien de parenté avec la personne assurée par le sang ou par le mariage;
- services ou articles couverts ou disponibles (sans égard aux listes d'attente) au titre de tout régime ou programme parrainé par l'État, sauf si la présente assurance en prévoit expressément le remboursement;
- services ou articles qui ne sont pas approuvés par Santé Canada ou par un autre organisme de réglementation gouvernemental pour le public;
- services ou articles que le corps médical canadien ne reconnaît généralement pas comme efficaces, appropriés et requis pour traiter une maladie d'après les normes médicales canadiennes;
- services ou articles qui ne sont pas des frais médicaux admissibles en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada);
- frais engagés hors de la province ou du territoire de résidence pour un traitement médical non urgent ou une intervention chirurgicale non urgente;
- autres frais exclus ou faisant l'objet de restrictions particulières au titre du contrat Mes Choix santé.

Nous pouvons vous aider



- Nous sommes là pour vous aider si vous avez des questions ou si vous avez besoin de conseils. Pour acheter l'assurance, parlez à l'un de nos conseillers en services financiers (personnes portant le titre de conseiller en sécurité financière au Québec). Composez le **1-877-893-9893**, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h HE. Si vous préférez un service en personne, nous vous recommanderons un conseiller Financière Sun Life près de chez vous.

Best Doctors^{MD} et le logo de croix étoilée sont des marques de Best Doctors, Inc. aux États-Unis et dans d'autres pays. Utilisation sous licence. Tous les énoncés relatifs aux services de Best Doctors^{MD} proviennent de la société Best Doctors et non de la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie. La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie ne peut pas garantir l'accessibilité aux services et se réserve le droit d'y mettre fin à n'importe quel moment.

La vie est plus radieuse sous le soleil

