

Université ouverte de Californie – Régime d'assurance maladie 2017

Programmes d'anglais et d'éducation internationale

RÉSUMÉ DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE 2017

Ceci est une brève description du régime d'assurance maladie pour les étudiants. Le régime d'assurance maladie de l'Université ouverte de Californie est offert aux étudiants et à leurs personnes à charge admissibles. Le régime est souscrit auprès de la compagnie d'assurance-vie Aetna (Aetna). Les dispositions exactes de la présente assurance sont contenues dans la police maîtresse émise au régime d'assurance maladie de l'Université ouverte de Californie et peuvent être consultées en ligne sur www.aetnastudenthealth.com. En cas de divergence entre ce récapitulatif des prestations et la police, la police maîtresse prévaut et contrôle le versement des prestations.

Informations sur le contrat

Compagnie d'assurance : Aetna Student Health

Couverture disponible pendant la période de couverture : du 31/12/2016 au 31/12/2017

Pour télécharger la brochure ou une carte d'identité électronique, rendez-vous sur www.4studenthealth.com/extension.

Nom de l'école	Numéro de la police
Université ouverte de Californie, Berkeley	686139
Université ouverte de Californie, Davis	686140
Université ouverte de Californie, Irvine	686141
Université ouverte de Californie, Los Angeles	686142
Université ouverte de Californie, Riverside	686143
Université ouverte de Californie, San Diego	686144
Université ouverte de Californie, Santa Barbara	686145
Université ouverte de Californie, Santa Cruz	686146

Admissibilité et inscription

Tout étudiant, professeur invité, chercheur ou toute autre personne possédant un passeport valide et un visa de séjour temporaire qui se trouve hors de son pays d'origine ou de résidence et n'a pas le statut de résident permanent aux États-Unis pendant ses études universitaires doit souscrire à cette assurance. L'Université peut accorder une dispense aux personnes souscrivant à d'autres régimes parrainés par le gouvernement ou une ambassade. Pour toute question concernant l'inscription, contactez Ascension au **(800) 537-1777**.

Si vous quittez l'école dans les 31 premiers jours de la couverture, ou pour toute la période de couverture (la période retenue étant la plus courte), vous ne serez pas couvert par la police d'assurance. Il n'y a aucun remboursement de cotisation. Si vous avez des questions, veuillez contacter le bureau des étudiants étrangers de votre école. Exception : Toute personne assurée qui se joint aux forces armées d'un quelconque pays ne sera pas couverte par la police d'assurance à partir de sa date de recrutement. Toute personne dans cette situation, ainsi que tout répondant couvert, recevra un remboursement de la prime au prorata sur envoi d'une demande écrite à Aetna dans les 90 jours suivants l'abandon des études.

Les étudiants inscrits à un Optional Practical Training (OPT) ou à un Curricular Practical Training (CPT) peuvent également souscrire à cette police si : 1) l'OPT/CPT de l'étudiant suit immédiatement un cycle d'études et 2) la durée de l'OPT/CPT de l'étudiant ne dépasse pas 12 mois. Pour plus de détails, veuillez contacter le bureau des étudiants étrangers de votre école.

Les étudiants couverts peuvent également inscrire leur conjoint légitime, leur partenaire domestique, ainsi que leurs enfants à charge de moins de 26 ans. Les personnes à charge éligibles doivent être inscrites lors de l'inscription de l'étudiant ou dans les 31 jours suivant la naissance, l'adoption, le mariage, l'arrivée aux États-Unis ou la fin d'un autre régime d'assurance (une preuve de la date peut être requise). Les étudiants désirant inscrire leurs personnes à charge éligibles doivent contacter leur école. L'inscription et le paiement complet de la prime pour les nouvelles personnes à charge (conjoint et/ou enfants) doivent être envoyés dans les 31 jours suivant la création du lien avec ces personnes (naissance, mariage). Dans le cas contraire, l'inscription ne peut être acceptée après la date limite d'inscription.

Carte d'identité

La direction de l'établissement vous donnera votre carte d'assurance, qui fait également office de carte d'identité. Si vous ne recevez pas de carte ou que vous perdez celle qui vous a été remise, vous pouvez télécharger une carte d'assurance sur www.4studenthealth.com/extension. Vous devriez avoir votre carte d'assurance sur vous en tout temps. Votre carte d'assurance peut aussi être utilisée par les personnes à charge couvertes.

Où et comment obtenir des soins

Centre de santé universitaire

Les centres de santé universitaires offrent souvent divers soins aux étudiants, à un prix réduit. La franchise est annulée si vous consultez d'abord le centre de santé universitaire agréé ou si vous y obtenez une référence. (Note : Les personnes à charge inscrites à l'Université ouverte de Californie (UC Extension) et les étudiants de l'Université ouverte de Californie - Santa Cruz (UC Santa Cruz Extension) n'ont pas accès aux centres de santé universitaires. La franchise ne sera donc annulée pour aucune de ces personnes.) Lorsque cela est possible, vous devriez demander des soins médicaux au centre de santé universitaire de votre établissement avant de sortir du campus. (Note : Les étudiants de UCLA doivent se rendre au Centre médical de UCLA, et non pas au centre de santé universitaire de UCLA.) Contactez le centre de santé universitaire de votre établissement pour savoir s'il accepte ce régime d'assurance. Vous pourriez avoir à payer des frais de consultation, qui doivent être réglés au moment de la consultation, ou vous pourriez devoir payer des services d'avance, avant d'envoyer une demande de remboursement pour la partie dont la Compagnie est responsable. Dans ce cas, vous devrez demander une facture détaillée et la joindre à votre demande.

Le régime d'assurance santé de l'Université ouverte de Californie est établi par la compagnie d'assurance-vie Aetna. Aetna Student HealthSM est la marque des produits et services offerts par la compagnie d'assurance-vie Aetna et ses sociétés affiliées (Aetna).

Où et comment obtenir des soins (suite)

Réseau de fournisseurs préférés (RFP)

Aetna Student Health vous fournit l'accès à un réseau de fournisseurs préférés dans votre communauté. Une liste complète des fournisseurs est disponible sur le répertoire en ligne DocFind® Service d'Aetna, sur www.aetnastudenthealth.com (cherchez votre campus de Université ouverte de Californie).

Pour maximiser vos économies et diminuer vos dépenses personnelles, choisissez un fournisseur préféré. Il est avantageux pour vous d'utiliser un fournisseur préféré : vous économiserez grâce aux tarifs négociés que ces fournisseurs ont acceptés en échange pour leurs services.

Si un service dont une personne couverte a besoin est couvert par le régime mais indisponible chez un fournisseur de soins préféré, les personnes couvertes doivent contacter le service aux membres pour obtenir de l'aide, en composant le numéro sans frais situé à l'endos de leur carte d'identité. Dans une telle situation, Aetna peut pré-approuver le service par un autre fournisseur de soins. Lorsqu'Aetna fournit une pré-approbation, les dépenses médicales couvertes sont remboursées au niveau de prestations du réseau de fournisseurs préférés.

Ordonnances

Lorsque vous faites remplir une ordonnance dans une pharmacie prioritaire, cette ordonnance sera couverte à 100 % du tarif négocié, après une quote-part de 35 \$ pour chaque médicament de marque sur ordonnance présent dans le codex, une quote-part de 50 \$ pour chaque médicament de marque sur ordonnance non contenu dans le codex, ou une quote-part de 10 \$ pour chaque médicament générique. Si vous faites remplir une prescription dans une pharmacie non prioritaire, vous devez payer les médicaments au moment du retrait, puis envoyer une demande de remboursement de 50 % des frais. Vous trouverez une liste de toutes les pharmacies prioritaires sur www.aetnastudenthealth.com (cherchez votre campus de Université ouverte de Californie).

Salle d'urgence c. Clinique de soins d'urgence

En cas d'urgence, composez le **911** ou rendez-vous à la salle d'urgence la plus proche. Si le centre de santé et/ou le bureau de votre médecin sont fermés et que vous avez besoin des soins immédiats, mais que la maladie ou la blessure ne sont PAS graves, rendez-vous dans une clinique de soins d'urgence du réseau des fournisseurs préférés au lieu d'une salle d'urgence. Ces établissements sont souvent ouverts le soir et le weekend et vous paierez généralement moins cher que dans une salle d'urgence. Une liste complète des fournisseurs est disponible sur le répertoire en ligne DocFind® Service d'Aetna, sur www.aetnastudenthealth.com (cherchez votre campus de Université ouverte de Californie).

Programme de pré-certification

Votre régime nécessite une pré-certification pour un séjour à l'hôpital, incluant les admissions d'urgence. La pré-certification consiste simplement à téléphoner à Aetna Student Health avant votre traitement, afin d'obtenir l'approbation pour une intervention ou un service médical, ou après l'admission d'urgence. La pré-certification peut être effectuée par votre médecin, l'hôpital, l'un de vos proches, ou vous-même. Les demandes de certification doivent être obtenues en contactant Aetna Student Health au **(877) 480-4161**.

Utiliser l'assurance et payer vos factures

Après votre inscription au régime :

- 1 Lorsque cela est possible, vous devriez demander des soins médicaux au centre de santé universitaire de votre établissement avant d'en chercher en dehors du campus. (Note : Les étudiants de UCLA doivent se rendre au Centre médical de UCLA, et non pas au centre de santé universitaire de UCLA.) Contactez le centre de santé universitaire de votre établissement pour savoir s'il accepte ce régime d'assurance. Vous pourriez avoir à payer des frais de consultation, qui doivent être réglés au moment de la consultation, ou vous pourriez devoir payer des services d'avance, avant d'envoyer une demande de remboursement pour la partie dont la Compagnie est responsable. Dans ce cas, vous devrez demander une facture détaillée et la joindre à votre demande.
- 2 Si vous êtes dans l'incapacité de vous rendre au centre de soins de votre campus, utilisez un membre du réseau des fournisseurs préférés (RFP). Une liste complète des fournisseurs est disponible sur le répertoire en ligne DocFind® Service d'Aetna, sur www.aetnastudenthealth.com (cherchez votre campus de Université ouverte de Californie). Contactez le fournisseur avant votre visite afin de confirmer leur affiliation au réseau.
- 3 En cas d'urgence, composez le **911** ou rendez-vous à la salle d'urgence la plus proche. Contactez Aetna Student Health au **(877) 480-4161** le jour ouvrable suivant si vous entrez à l'hôpital (pour un séjour de 18 heures ou plus) après une urgence.
- 4 Pour les hospitalisations programmées, incluant une opération chirurgicale conventionnelle, vous devez obtenir une pré-certification 3 jours ouvrables à l'avance en appelant Aetna Student Health au **(877) 480-4161**.
- 5 Lors d'une consultation chez un médecin, dans une clinique de soins d'urgence ou à l'hôpital, montrez votre carte d'assurance. Ils peuvent appeler Ascension au **(800) 537-1777** pour confirmer votre inscription.
- 6 Après avoir reçu un traitement chez un fournisseur préféré, celui-ci enverra la demande en votre nom. Vous recevrez une explication des prestations vous indiquant ce que l'assurance a couvert et les frais restants vous seront facturés par le fournisseur. *La compagnie d'assurance peut vous contacter pour des informations de suivi.*
- 7 Si le fournisseur n'envoie pas directement la demande à Aetna Student Health, vous pouvez vous en occuper en envoyant un formulaire de demande Aetna, ainsi qu'une facture détaillée et la preuve de paiement (si vous avez payé le service) directement après le traitement. Gardez toujours des copies pour vos dossiers. Faxez vos reçus et votre formulaire de demande Aetna au **(859) 455-8650** ou envoyez-les par la poste à l'adresse suivante :

Aetna Student Health Claims, P.O. Box 981106 , El Paso, TX 79998

- 8 Pour toute question concernant l'état de votre demande après son envoi, ou pour toute question concernant le régime de prestations, contactez le service clients au **(877) 480-4161**.

RÉSUMÉ DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE 2017

Tableau des prestations

Ce qui suit est une description abrégée des prestations disponibles selon le régime. Veuillez vous référer au résumé du régime et des prestations pour une explication complète des prestations et des restrictions.

RÉFÉRENCE : Une référence n'est pas nécessaire pour obtenir des soins auprès d'un fournisseur hors campus. Cependant, la franchise pour l'année sera annulée lorsque le traitement est d'abord obtenu au centre de santé universitaire, ou que celui-ci émet une référence. Les non étudiants (c.-à-d. les personnes à charge ou les professeurs invités) ne peuvent utiliser les services du centre de santé universitaire et ne peuvent donc pas annuler la franchise de soins.

Note : Les franchises par visite ou admission ne sont pas applicables à la franchise de l'année.

	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
PRESTATION MAXIMALE	Illimitée, sauf dans les cas indiqués	
DÉDUCTIBLE (par personne, par année contractuelle)	100 \$	200 \$
MAXIMUM DES FRAIS REMBOURSABLES	6 350 \$ par personne / 12 700 \$ par famille, par année contractuelle	
SERVICES PRÉVENTIFS/SERVICES DE SANTÉ	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Incluent les dépenses pour le dépistage par frottis cervical, les vaccins, les soins pédiatriques préventifs, les examens physiques courants, le dépistage courant des maladies sexuellement transmissibles*	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Soins dentaires pédiatriques limités aux personnes couvertes de moins de 19 ans*	Voir le Résumé du régime et des prestations pour plus de détails	
Soins visuels pédiatriques limités aux personnes couvertes de moins de 19 ans*	Voir le Résumé du régime et des prestations pour plus de détails	
PRESTATIONS POUR HOSPITALISATION	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Hospitalisation, frais hospitaliers divers, frais non-chirurgicaux	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
FRAIS CHIRURGICAUX (AMBULATOIRE ET AVEC HOSPITALISATION)	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Frais chirurgicaux, dépenses de chirurgien auxiliaire, dépenses de chirurgie ambulatoire	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais d'anesthésie	100 % des frais négociés	100 % des frais reconnus
FRAIS AMBULATOIRES	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Frais de consultation externe, clinique sans rendez-vous	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais liés aux salles d'urgence	100 % des frais négociés après une quote-part de 75 \$ par visite (annulée en cas d'admission)	100 % des frais réels après une franchise de 75 \$ par visite (annulée en cas d'admission)
Frais liés aux soins d'urgence	100 % des frais négociés après une quote-part de 25 \$ par visite	50 % des frais reconnus après une franchise de 25 \$ par visite
Frais ambulanciers	100 % des frais négociés	100 % des frais reconnus
Frais pour une consultation au bureau d'un médecin, frais de consultant	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Laboratoire et radiographie, frais liés aux interventions très coûteuses (Inclut les scanners, les IRM, les TEP et les tests d'imagerie cardiaque nucléaire)	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais de physiothérapie et de thérapie (Inclut les frais liés à l'orthophonie, à l'ergothérapie et aux traitements chiropratiques)	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais liés à l'équipement médical et chirurgical durable, aux prothèses et aux orthèses	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais liés aux lésions dentaires et aux soins dentaires pour les dents de sagesse incluses	100 % des frais négociés	100 % des frais reconnus
TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX ET NERVEUX/ALCOOLISME ET TOXICOMANIE	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Frais liés au traitement hospitalier de troubles mentaux graves des personnes de tous âges, de troubles émotionnels sévères chez les enfants, de troubles mentaux et nerveux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais liés au traitement ambulatoire de troubles mentaux graves des personnes de tous âges, de troubles émotionnels sévères chez les enfants, de troubles mentaux et nerveux, de l'alcoolisme et de la toxicomanie	100 % des frais négociés	100 % des frais reconnus
PRESTATIONS DE MATERNITÉ	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Inclut les frais liés à la maternité, aux soins prénataux, au soutien continu pour l'allaitement, aux services consultatifs, à l'équipement d'allaitement durable, aux soins néonataux et à la planification familiale*	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
COUVERTURE DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Frais liés aux médicaments délivrés sur ordonnance Pour de l'aide ou une liste complète des médicaments exclus, ou des médicaments nécessitant une autorisation préalable, veuillez contactez la direction pharmaceutique d'Aetna au (888) RX-AETNA (disponible 24 h/24). La pharmacie Aetna Specialty offre des médicaments spécialisés et du soutien aux membres atteints de maladies chroniques. Pour plus d'informations, consultez le site www.AetnaSpecialtyRx.com .	100 % des frais négociés, après quote-part : • 35 \$ pour les médicaments de marque inclus dans le codex • 50 \$ pour les médicaments de marque non-inclus dans le codex • 10 \$ pour les médicaments génériques	50 % des frais reconnus
AUTRE	Soins préférentiels	Soins non-préférentiels
Frais liés aux prestations obligatoires et autres, incluant le diagnostic prénatal de maladies génétiques du fœtus, les fournitures pour diabétiques, les programmes d'éducation ambulatoires pour la gestion du diabète, le syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur, les traitements à la nicotine, les traitements dermatologiques, les transfusions et la dialyse de sang, les essais cliniques de second avis chirurgical, l'acupuncture en remplacement de l'anesthésie, les services de phénylcétonurie, la mastectomie et la reconstruction mammaire, la transplantation d'organe, la chirurgie bariatrique, l'infertilité basique	Payable conformément au type de frais engagés et à l'endroit où le service est rendu	
Frais liés aux soins palliatifs, aux soins médicaux à domicile, aux infirmiers agréés	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais liés aux soins infirmiers spécialisés et aux centres de réadaptation	100 % des frais négociés pour une chambre semi-privée	50 % des frais reconnus pour une chambre semi-privée
Frais liés aux implants cochléaires	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais liés aux avortements volontaires	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus
Frais d'acupuncture	100 % des frais négociés	50 % des frais reconnus

* La franchise annuelle ne s'applique pas à ces services.

Exclusions

Ce régime ne couvre pas et n'offre aucune prestation dans les cas suivants :

- 1 Les frais engagés pour le matériel, les services et les traitements dentaires, sauf ceux découlant de blessures aux dents naturelles saines, ceux liés à l'extraction de dents de sagesse incluses, ainsi que ceux spécifiquement couverts par ce régime.
- 2 Les frais engagés pour la réfraction des yeux, la thérapie optique, la kératotomie radiale, les lunettes, les lentilles cornéennes (sauf lorsque nécessaires après une chirurgie de la cataracte), ou tout autre appareil visuel ou auditif, ainsi que les ordonnances et examens, sauf lorsque requis pour un traitement causé par une blessure couverte.
- 3 Les frais engagés pour les services normalement fournis sans frais par les services de santé scolaires (infirmiers et hospitaliers) du titulaire de la police d'assurance, ou par les prestataires de soins employés par le titulaire de la police d'assurance.
- 4 Les frais pour lesquels des prestations sont payées selon une loi sur l'indemnisation des accidents de travail ou des maladies professionnelles.
- 5 Les frais engagés suite à une blessure ou maladie contractée en service militaire pour tout pays. Au moment de l'entrée de la personne couverte dans les forces armées, les primes non acquises seront remboursées au pro rata au titulaire de la police.
- 6 Les frais engagés pour un traitement fourni par un hôpital public, sauf s'il existe une obligation juridique ou réglementaire de les payer en l'absence d'une assurance.
- 7 Les frais engagés pour une chirurgie ou un traitement non urgent, sauf si spécifiquement couvert par le régime et offert pendant la période de couverture.
- 8 Les frais engagés pour la chirurgie esthétique, la chirurgie reconstructive, ou tout autre service ou matériel améliorant ou modifiant l'apparence, que ce soit pour des raisons psychologiques ou émotionnelles, sauf dans la mesure nécessaire pour : a) Améliorer le fonctionnement d'une partie du corps qui : a) n'est pas une dent ou une structure supportant les dents; b) est déformé en raison d'une malformation congénitale sévère, incluant une fente labiale/palatine, des doigts/orteils palmés, ou comme résultat direct d'une maladie ou d'une chirurgie visant à traiter une maladie ou une blessure.
- 9 Les frais payés par une autre assurance maladie, assurance santé ou assurance accident valide pouvant être réclamée.
- 10 Les frais engagés du fait de la commission d'un crime.
- 11 Les frais engagés après la date à laquelle l'assurance expire pour une personne couverte, sous réserve de ce qui est spécifiquement prévu dans la disposition sur la prolongation des prestations.
- 12 Les frais engagés pour les services rendus par un membre de la famille immédiate de la personne couverte, ou une personne qui vit chez la personne couverte.
- 13 Les frais liés à une blessure dans la mesure où les prestations médicales de la première partie sont payés en vertu de la couverture automobile sans égard à la responsabilité d'un État, ou de toute loi « sans faute ».
- 14 Les frais engagés pour lesquels aucun parent immédiat de la personne couverte n'a l'obligation de payer.
- 15 Les frais engagés pour les soins de garde, incluant l'aide pour les actes de la vie quotidienne (par exemple marcher, se coucher et se lever, se laver, s'habiller, se nourrir, prendre des médicaments). Cette exclusion ne s'applique pas à l'aide pour les actes de la vie quotidienne qui est fournie selon la couverture des soins palliatifs, des soins infirmiers spécialisés, des soins de santé à domicile et de l'hospitalisation.
- 16 Les frais engagés pour le prélèvement d'un organe d'une personne couverte dans le but de donner ou vendre cet organe à une personne ou organisation, sauf comme spécifiquement couvert par le régime. Cette restriction ne s'applique pas au don, par une personne couverte, à un conjoint, un enfant, un frère, une sœur, ou un parent.
- 17 Les frais liés aux médicaments, appareils, interventions ou traitements expérimentaux, sauf comme spécifiquement couvert par le régime.
- 18 Les frais engagés pour la réduction mammaire ou la mammoplastie, sauf lorsque médicalement nécessaire.
- 19 Les frais engagés pour toute chirurgie des sinus, sauf pour une sinusite purulente aiguë.
- 20 Les frais engagés par une personne couverte qui n'est pas un citoyen américain, pour des services rendus dans son pays d'origine, si celui-ci offre un programme de médecine socialisée.
- 21 Les frais engagés pour la médecine/thérapie holistique ou alternative, incluant mais ne se limitant pas au yoga et à l'hypnothérapie, sauf si spécifiquement couvert par le régime.
- 22 Les frais payés en vertu d'une autre assurance automobile pour frais médicaux valide pouvant être réclamée, que la réclamation pour de telles prestations soit faite ou non. Le régime paiera uniquement pour les pertes non couvertes par la police d'assurance automobile pour frais médicaux.
- 23 Les frais engagés pour les examens auditifs, les appareils auditifs, l'ajustement ou la prescription d'appareils auditifs, sauf comme spécifiquement couvert par le régime. Ce qui suit n'est pas couvert :
 - Tout service ou appareil auditif qui ne serait pas aux normes professionnelles acceptables;
 - Les examens auditifs offerts lors d'un séjour à l'hôpital ou dans un autre établissement;
 - Tout examen ou appareil visant l'amélioration de l'ouïe, incluant les aides auditives ou amplificateurs, ou l'amélioration des autres formes de communication pour compenser la perte auditive, ou les appareils qui simulent la parole; et
 - Les examens auditifs de routine, sauf les examens de routine décrits dans les prestations de soins préventifs.
- 24 Les frais pour les consultations téléphoniques (sauf les services de télé-médecine), pour un rendez-vous manqué, ou pour remplir un formulaire de demande.
- 25 Les dépenses pour les articles d'hygiène personnelle et de commodité, comme les climatiseurs, les humidificateurs, les spas, les bains à remous, ou les appareils d'exercice physique, même si de tels appareils sont prescrits par un médecin.
- 26 Les frais pour les services ou fournitures offerts pour le traitement de l'obésité et/ou le contrôle du poids, sauf comme spécifiquement couvert par le régime. Les traitements, services et approvisionnement de médicaments visant la perte/le gain de poids, la gestion du poids ou le traitement de l'obésité ne sont pas couverts, incluant mais ne se limitant pas à : La liposuction; les stimulants, préparations, aliments ou compléments alimentaires, régimes alimentaires, aliments ou compléments alimentaires, coupe-faim et autres médicaments, sauf si un médicament sur ordonnance est nécessaire pour le traitement de l'obésité morbide; les services d'aide, l'encadrement, l'hypnose ou les autres formes de thérapie; les programmes d'exercice, l'équipement d'exercice, l'inscription à un centre d'entraînement, la thérapie récréative, ou toute autre forme d'activité ou d'amélioration de la performance.
- 27 Les frais pour les chirurgies accessoires et les coûts liés à l'attente d'un médecin.
- 28 Les frais pour les services et fournitures liés au transfert tubaire des gamètes, à l'insémination artificielle, à la fertilisation in vitro (sauf comme requis par la loi de l'État), au transfert d'embryons, au rétablissement de la fécondité masculine ou féminine, sauf si spécifiquement couvert par le régime.
- 29 Les frais engagés pour la massothérapie.
- 30 Les frais engagés pour les dépenses liées à des soins non préférentiels qui ne sont pas des frais reconnus.
- 31 Les frais pour le traitement des étudiants couverts se spécialisant dans le domaine des soins en santé mentale et qui reçoivent des traitements dans le cadre de leur formation.
- 32 Les frais engagés pour les examens physiques, visuels, dentaires et auditifs de routine, ainsi que les autres services et fournitures préventifs, sauf comme spécifiquement couvert par le régime.
- 33 Les frais engagés pour un traitement, un service, un médicament sur ordonnance ou une fourniture qui n'est pas médicalement nécessaire pour le diagnostic ou le traitement de la maladie ou de la blessure, la restauration d'une fonction physiologique, ou les services préventifs couverts. Ceci inclut les services de santé comportementale qui ne visent pas directement le traitement d'une maladie ou d'une blessure, la restauration d'une fonction physiologique, ou qui n'ont pas de base physiologique ou biologique. Ceci s'applique même lorsque ces services sont prescrits, recommandés ou approuvés par le médecin traitant, le dentiste ou l'optométriste de la personne.
- 34 Les frais engagés pour la contraception, sauf comme spécifiquement couvert par le régime.

Les prestations pour les soins dentaires pédiatriques sont sujets à d'autres exclusions et restrictions. Voir le Résumé du régime et des prestations pour plus de détails.

Toute exclusion mentionnée plus tôt ne s'appliquera pas dans la mesure où la couverture des frais est requise en vertu de la loi s'appliquant à la couverture.