


Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts

Assurance maladies graves provisoire

Cette partie complète la Partie 1 – Description de la protection de l'Assurance maladies graves provisoire et en fait partie intégrante.

 Certains des termes utilisés dans la définition des troubles de santé ci-dessous sont définis dans la section **Définitions générales**.

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec :

1. apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques ;
2. nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique ;

persistant pendant plus de 30 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique.

Le diagnostic d'accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste.

Exclusion :

Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « accident vasculaire cérébral » pour :

- un accident ischémique transitoire ;
- un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ;
- un infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

Anémie aplasique

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et persistante de la moelle osseuse qui entraîne l'anémie, la neutropénie et la thrombocytopenie et qui nécessite la transfusion d'un produit sanguin de même qu'un traitement comprenant au moins un des éléments suivants :

1. stimulation de la moelle osseuse ;
2. immunosuppresseurs ;
3. greffe de la moelle osseuse.

Le diagnostic d'anémie aplasique doit être confirmé par une biopsie et posé par un spécialiste.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures au 3^e degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des 2 yeux attestée par :

1. une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les 2 yeux ; ou
2. un champ visuel inférieur à 20 degrés dans les 2 yeux.

Le diagnostic de cécité doit être posé par un spécialiste.

Chirurgie de l'aorte

Intervention chirurgicale visant à traiter une maladie de l'aorte qui nécessite l'ablation et le remplacement chirurgical de n'importe quelle partie de l'aorte atteinte au moyen d'une greffe. Le terme « aorte » s'entend de l'aorte thoracique et de l'aorte abdominale, mais non des branches de l'aorte.

Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.

Exclusions :

1. **Une période de survie de 30 jours s'applique.**
2. **Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « chirurgie de l'aorte » pour :**
 - une angioplastie ;
 - une intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ; ou
 - une intervention non chirurgicale.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période.

Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusion :

Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « coma » si :

- le coma a été médicalement provoqué ;
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues ;
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde et qui sont accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :

1. symptômes de crise cardiaque ;
2. changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque ;
3. apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.

Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste.

Exclusions :

1. **Une période de survie de 30 jours s'applique.**
2. **Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « crise cardiaque » pour :**
 - une augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q ;
 - des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus.

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

Diagnostic formel d'une insuffisance irréversible du coeur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse qui nécessite une greffe du point de vue médical. Pour que nous puissions verser le montant payable au titre de la définition du terme « défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe », la personne assurée doit être inscrite à titre de receveur dans un centre de transplantation reconnu au Canada ou aux États-Unis qui effectue la forme de greffe requise.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste.

Greffe d'un organe vital

Intervention chirurgicale rendue médicalement nécessaire en raison d'une insuffisance irréversible du coeur, des 2 poumons, du foie, des 2 reins ou de la moelle osseuse.

Pour que nous puissions verser le montant payable au titre de la définition du terme « greffe d'un organe vital », la personne assurée doit subir une intervention chirurgicale pour recevoir par greffe un coeur, un poumon, un foie, un rein ou de la moelle osseuse exclusivement.

Le diagnostic de défaillance d'un organe vital doit être posé par un spécialiste, et l'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un spécialiste.

Infection au VIH contractée au travail

Diagnostic formel d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) résultant d'une blessure accidentelle qui a exposé la personne assurée à des liquides organiques contaminés par le VIH, pendant qu'elle exerçait sa profession habituelle.

La blessure accidentelle causant l'infection doit avoir lieu après la date de signature de la proposition d'assurance.

Pour que nous puissions verser le montant payable au titre de la définition du terme « infection au VIH contractée au travail », toutes les conditions suivantes doivent être respectées :

1. la blessure accidentelle doit être signalée à Desjardins Assurances dans les 14 jours suivant cette blessure ;
2. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 14 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être négatif ;
3. une sérologie du VIH doit être effectuée dans les 90 à 180 jours suivant la blessure accidentelle, et son résultat doit être positif ;
4. tous les tests du VIH doivent être effectués par un laboratoire dûment autorisé au Canada ou aux États-Unis ;
5. la blessure accidentelle doit être signalée, faire l'objet d'une enquête et être documentée conformément aux lignes directrices en vigueur au Canada ou aux États-Unis pour le milieu de travail.

Le diagnostic d'infection au VIH contractée au travail doit être posé par un spécialiste.

Exclusion :

Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « infection au VIH contractée au travail » si :

- la personne assurée a décidé de ne se faire administrer aucun des vaccins brevetés existants et qui offrent une protection contre le VIH ;
- un traitement approuvé contre l'infection au VIH était disponible avant la blessure accidentelle ;
- l'infection au VIH résulte d'une blessure non accidentelle, y compris, mais sans s'y limiter, par transmission sexuelle ou par usage de drogues injectables.

Insuffisance rénale

Diagnostic formel d'une insuffisance chronique et irréversible des 2 reins qui nécessite une hémodialyse régulière, une dialyse péritonéale ou une greffe rénale.

Le diagnostic d'insuffisance rénale doit être posé par un spécialiste.

Lésion cérébrale acquise

Diagnostic formel de nouveaux dommages aux tissus du cerveau dus à une blessure traumatique, à une anoxie ou à une encéphalite et entraînant des signes et symptômes de déficience neurologiques qui :

1. sont présents et peuvent être constatés à l'examen clinique ou neuropsychologique ;
2. sont confirmés par des examens d'imagerie cérébrale comme une résonance magnétique du système nerveux (IRM) ou une tomographie par ordinateur (TDM) qui viennent corroborer la nature et la position des nouveaux dommages et le moment où ils sont survenus ; et
3. persistent pendant plus de 180 jours suivant la date du diagnostic.

Le diagnostic de lésion cérébrale acquise doit être posé par un spécialiste.

Exclusion :

Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « lésion cérébrale acquise » pour :

- une anomalie décelée à la scintigraphie, cérébrale ou autre, sans lien avec une détérioration clinique précise ;
- tout symptôme post-commotion cérébrale ;
- des signes neurologiques sans symptômes d'anomalies.

Méningite purulente

Diagnostic formel de méningite confirmé par un liquide céphalorachidien démontrant une croissance de bactéries pathogènes en culture et qui entraîne un déficit neurologique documenté pendant au moins 90 jours suivant la date d'établissement du diagnostic.

Le diagnostic de méningite purulente doit être posé par un spécialiste.

Exclusion :

Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « méningite purulente » pour une méningite virale.

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins 2 membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste.

Perte d'autonomie permanente

Diagnostic formel d'une incapacité totale et permanente d'effectuer par soi-même au moins 2 des 6 activités de la vie quotidienne indiquées ci-dessous sur une période continue d'au moins 90 jours, sans espoir raisonnable de rétablissement.

Le diagnostic de perte d'autonomie permanente doit être posé par un spécialiste.

Les activités de la vie quotidienne sont les suivantes :

1. **Se laver** : capacité de se laver dans une baignoire, sous la douche ou au gant de toilette, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
2. **Se vêtir** : capacité de mettre ou de retirer les vêtements nécessaires, y compris les orthèses, les membres artificiels ou d'autres accessoires chirurgicaux, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
3. **Se servir des toilettes** : capacité d'aller aux toilettes et d'en revenir, et d'assurer son hygiène personnelle complète, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
4. **Être continent** : capacité de gérer les fonctions intestinales et urinaires avec ou sans sous-vêtements protecteurs ou accessoires chirurgicaux de façon à conserver un niveau raisonnable d'hygiène personnelle.
5. **Se mouvoir** : capacité de se lever du lit, de se coucher, de s'asseoir et de se lever d'une chaise ou d'un fauteuil roulant, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.
6. **Se nourrir** : capacité de consommer de la nourriture ou des boissons qui ont été préparées et servies, avec ou sans l'aide d'accessoires fonctionnels.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste.

Exclusion

Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « perte de l'usage de la parole » pour toute cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel de la séparation complète de 2 membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste.

Pontage aortocoronarien

Intervention chirurgicale cardiaque visant à corriger le rétrécissement ou l'obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires au moyen d'une ou de plusieurs greffes.

Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.

Exclusions :

- 1. Une période de survie de 30 jours s'applique.**
- 2. Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « pontage aortocoronarien » pour :**
 - une angioplastie ;
 - une intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ; ou
 - une intervention non chirurgicale.

Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Intervention chirurgicale visant à remplacer une valvule cardiaque par une valvule naturelle ou mécanique ou à en corriger les défauts ou les anomalies.

Cette intervention chirurgicale doit être jugée médicalement nécessaire et pratiquée par un spécialiste.

Exclusions :

- 1. Une période de survie de 30 jours s'applique.**
- 2. Nous ne versons pas le montant payable au titre de la définition du terme « remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque » pour :**
 - une angioplastie ;
 - une intervention chirurgicale intra-artérielle ou transcathéter percutanée ; ou
 - une intervention non chirurgicale.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des 2 oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste.

Définitions générales

Intervention chirurgicale	Intervention manuelle et généralement instrumentale servant à traiter certains troubles de santé couverts par l'Assurance maladies graves provisoire. L'intervention chirurgicale doit être pratiquée par un spécialiste.
Irréversible	Indique que le trouble de santé dont souffre la personne assurée ne peut être inversé ou amélioré par un traitement médical ou chirurgical au moment où le diagnostic formel est posé par le spécialiste.
Médecin	<p>Personne qui a suivi avec succès un programme d'études de médecine reconnu et qui remplit les conditions requises pour exercer légalement la médecine. Le médecin doit exercer et être autorisé à exercer la médecine au Canada, aux États-Unis ou dans un autre pays dûment approuvé par Desjardins Assurances.</p> <p>De plus, le médecin ne doit pas être le preneur du contrat ni la personne assurée. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ou un associé du preneur ou de la personne assurée.</p>
Période de survie	<p>Nombre de jours qui doivent s'écouler après la date à laquelle un trouble de santé a été diagnostiqué ou une intervention chirurgicale a été pratiquée.</p> <p>La période de survie n'inclut pas les jours pendant lesquels les fonctions vitales sont maintenues artificiellement. La personne assurée doit être vivante à la fin de la période de survie et ne doit pas avoir subi la cessation irréversible de toutes les fonctions de son cerveau.</p> <p>Pour les besoins d'interprétation de la présente définition, « maintien artificiel des fonctions vitales » s'entend des soins donnés périodiquement par un médecin dûment autorisé à une personne assurée dont l'état exige un soutien nutritionnel, respiratoire ou cardiovasculaire lorsque toutes les fonctions de son cerveau ont cessé de manière irréversible.</p> <p>La période de survie est indiquée dans la définition de tout trouble de santé couvert, s'il y a lieu.</p>
Spécialiste	<p>Médecin qui détient un permis d'exercice et une formation médicale spécialisée en rapport avec le trouble de santé pour lequel une réclamation est présentée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. En cas de non-disponibilité d'un spécialiste, et sous réserve de l'approbation de Desjardins Assurances, un trouble de santé peut être diagnostiqué par un médecin.</p> <p>Par « spécialiste », on entend, sans toutefois s'y limiter, tout cardiologue, neurologue, néphrologue, oncologue, ophtalmologiste, spécialiste des grands brûlés et interniste.</p> <p>Le spécialiste ne doit pas être le preneur du contrat ni la personne assurée. Il ne peut pas non plus être un membre de la famille ou un associé du preneur ou de la personne assurée.</p>