

Médicaments sur ordonnance	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Couverture	Médicaments génériques ³	Médicaments génériques ou de marque ³	Médicaments génériques ou de marque ³	Médicaments génériques ou de marque ³
Maximum pour les frais d'exécution d'ordonnance (ne s'applique pas au Québec)	5 \$	6,50 \$	6,50 \$	8 \$
Pourcentage de remboursement	80 %	80 %	80 %	80 %
Maximums annuels ^{1,2}	500 \$	1 500 \$	1 500 \$	2 800 \$
Fournitures pour diabétiques (bandelettes réactives, seringues et lancettes).	Couverture offerte	Couverture offerte	Couverture offerte	Couverture offerte
Soins dentaires	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Remboursement des soins dentaires, selon un pourcentage des honoraires suggérés dans le guide des tarifs des actes buccodentaires de l'association des chirurgiens dentistes en vigueur dans votre province de résidence. (Remarque : s'il y a lieu, la couverture pour les soins dentaires commence à l'âge auquel prend fin la couverture au titre du régime public d'assurance maladie.)				
Pourcentage de remboursement à l'égard des frais engagés pour les examens, le nettoyage, les obturations, le détartrage, le polissage, le surfaçage radiculaire, les actes diagnostiques, certaines extractions et d'autres services dentaires de base.	Aucune couverture	Aucune couverture	80 %	80 %
Pourcentage de remboursement à l'égard des services d'envergure comme la chirurgie buccale, les soins d'endodontie et de parodontie, et les services liés aux prothèses	Aucune couverture	Aucune couverture	80 %	80 %
Pourcentage de remboursement à l'égard des frais engagés pour les couronnes, les ponts, les prothèses et les soins orthodontiques	Aucune couverture	Aucune couverture	Aucune couverture	60 % à partir de la 2 ^e année
Maximum par année contractuelle	s.o.	s.o.	1 ^{re} année : 700 \$; 2 ^e année : 850 \$; À partir de la 3 ^e année : 1 000 \$	1 ^{re} année : 800 \$; 2 ^e année : 1 000 \$; À partir de la 3 ^e année : 1 500 \$
Examens de rappel	s.o.	s.o.	9 mois	9 mois
Soins de la vue	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Couverture des frais engagés pour les verres correcteurs, les montures, les lentilles cornéennes, la correction de la vue au laser et les examens de la vue de routine. Cette garantie n'est offerte que lorsque les visites chez l'optométriste ne sont pas couvertes au titre du régime public d'assurance maladie ou ne le sont qu'en partie.	<ul style="list-style-type: none"> 150 \$ par période de 2 années de couverture 60 \$ par période de 2 années de couverture pour les examens de la vue de routine 	<ul style="list-style-type: none"> 200 \$ par période de 2 années de couverture 60 \$ par période de 2 années de couverture pour les examens de la vue de routine 	<ul style="list-style-type: none"> 200 \$ par période de 2 années de couverture 60 \$ par période de 2 années de couverture pour les examens de la vue de routine 	<ul style="list-style-type: none"> 300 \$ par période de 2 années de couverture 60 \$ par période de 2 années de couverture pour les examens de la vue de routine
Hospitalisation	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Frais d'hospitalisation en chambre à deux lits ou à un lit, en excédent du tarif d'hospitalisation en salle, demandés par un hôpital général (soins de courte durée).				
Type de chambre	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à deux lits	Chambre à un lit ou à deux lits
Maximum par jour	175 \$	175 \$	175 \$	200 \$
Remboursement par année contractuelle	50 % pour les 150 premiers jours	100 % pour les 60 premiers jours, 50 % pour les 90 jours suivants	100 % pour les 60 premiers jours, 50 % pour les 90 jours suivants	100 % pour les 100 premiers jours, 60 % pour les 90 jours suivants
Soins médicaux complémentaires	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Spécialistes et thérapeutes autorisés Les spécialistes et thérapeutes autorisés comprennent les acupuncteurs, chiroprodistes, chiropraticiens, diététistes, massothérapeutes, naturopathes, ostéopathes, physiothérapeutes et podiatres. Couvre les frais jusqu'à concurrence de la différence entre la somme remboursée par votre régime public d'assurance maladie et les frais raisonnables et habituels.	Remboursement par année contractuelle	80 %, jusqu'à concurrence de 400 \$ pour l'ensemble des praticiens	600 \$ par année pour l'ensemble des praticiens	600 \$ par année pour l'ensemble des praticiens
Santé mentale et thérapie Psychologues, psychothérapeutes, conseillers cliniciens, travailleurs sociaux autorisés et orthophonistes.	Maximum par consultation (1 ^{ère} /subséquente)	65 \$	65 \$	65 \$
	N ^{bre} maximum combiné de consultations par année	10	10	10
Soins à domicile, prothèses et équipement et fournitures médicales	Appareils CPAP/APAP et fournitures connexes	Maximum combiné de 500 \$ par période de 5 années	Maximum combiné de 500 \$ par période de 5 années	Maximum combiné de 500 \$ par période de 5 années
	Lits d'hôpital	500 \$ la vie durant	750 \$ la vie durant	1 500 \$ la vie durant
	Oxygène et fournitures connexes, respirateur ou ventilateur	Maximum combiné de 500 \$ par année	Maximum combiné de 750 \$ par année	Maximum combiné de 1 000 \$ par année
	Appareils médicaux (béquilles, cannes, déambulateurs)	Maximum combiné de 100 \$ par année	Maximum combiné de 150 \$ par année	Maximum combiné de 250 \$ par année
	Fauteuils roulants	500 \$ par période de 5 années, maximum de 5 000 \$ la vie durant	1 000 \$ par période de 5 années, maximum de 5 000 \$ la vie durant	1 250 \$ par période de 5 années
	Fournitures médicales (aérochambre, colostomie, sondes et trusses urinaires, bandages et appareils à traction)	Maximum combiné de 500 \$ par année	Maximum combiné de 1 000 \$ par année	Maximum combiné de 1 000 \$ par année
	Prothèses (chevilles, bras, seins, oreilles, yeux, pieds, doigts, mains, jambes, membres, lentilles, orteils)	Maximum combiné de 1 000 \$ par année	Maximum combiné de 1 500 \$ par année	Maximum combiné de 1 500 \$ par année
	Aides médicales (appareils orthopédiques, plâtres, colliers cervicaux, attelles, bandages herniaires, bonnets couvre-moignon et gaines pour moignon)	Maximum combiné de 250 \$ par année	Maximum combiné de 500 \$ par année	Maximum combiné de 750 \$ par année
	Bas de contention et soutiens-gorge postchirurgicaux	Maximum combiné de 250 \$ par année de couverture	Maximum combiné de 250 \$ par année de couverture	Maximum combiné de 250 \$ par année de couverture
	Perruques	100 \$ sous réserve d'une perruque la vie durant	150 \$ sous réserve d'une perruque la vie durant	250 \$ sous réserve d'une perruque la vie durant
	Préposé aux services de soutien à la personne	500 \$ par année	750 \$ par année	1 000 \$ par année
	Personnel infirmier autorisé (inf. aut.) et personnel infirmier auxiliaire autorisé (inf. aux. aut.)	Maximum combiné de 1 000 \$ par année	Maximum combiné de 2 000 \$ par année	Maximum combiné de 3 000 \$ par année

Manuvie

Soins médicaux complémentaires (suite)	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Orthèses fabriquées sur mesure	Couvre les frais engagés pour l'achat d'orthèses fabriquées sur mesure (plâtre ou tomodensitométrie).	Maximum de 250 \$ par année	Maximum de 250 \$ par année	Maximum de 250 \$ par année
Soins dentaires à la suite d'un accident	Couvre les traitements dentaires requis par suite d'un coup accidentel à la tête ou à la bouche. Le traitement doit être demandé dans les 90 jours suivant la date de l'accident.	Maximum de 2 000 \$ par année	Maximum de 2 500 \$ par année	Maximum de 10 000 \$ par année
Appareils auditifs	Couvre le coût d'achat ou de réparation jusqu'à concurrence du maximum autorisé.	300 \$ par période de 5 années de couverture	400 \$ par période de 5 années de couverture	600 \$ par période de 4 années de couverture
Services d'ambulance (par voie aérienne et terrestre)	Remboursement des frais de transport à l'hôpital par ambulance autorisée dans votre province ou territoire de résidence. Prise en charge des frais jusqu'à concurrence de la différence entre la somme remboursée par votre régime public d'assurance maladie et les frais raisonnables et habituels.	Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond
Soins Virtuels TELUS Santé ⁴	Accès en tout temps à des consultations médicales virtuelles sur demande avec des professionnels de la santé et des cliniciens, sans frais supplémentaires.	Inclus	Inclus	Inclus

Prestation pour fractures	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Indemnité préétablie selon l'os fracturé. Si plus d'un os est fracturé lors d'un accident, le montant versé est celui qui est payable à l'égard de la fracture la plus grave.	Aucune couverture	Jusqu'à 350 \$	Jusqu'à 350 \$	Jusqu'à 500 \$

Décès et mutilation accidentels	Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Prestation versée en cas de décès ou de mutilation résultant directement d'un accident et survenant dans l'année suivant la date de l'accident.		<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 10 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 5 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 25 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 10 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 50 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 15 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus

Inclus dans la formule de base, la formule étendue, la formule étendue plus et la formule première :

Prestation aux survivants
Maintien de la couverture pendant un an après le décès d'un assuré adulte.

- Caractéristiques additionnelles**
- | Actes diagnostiques (au Québec seulement) |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">Audiologiste : Maximum de 500 \$ par année Imagerie par résonance magnétique : Maximum de 500 \$ par année Tomodensitogrammes : Maximum de 200 \$ par année Échographies : Maximum de 50 \$ par année Test de l'APS : Maximum de 75 \$ par année Analyse CA 125 : Maximum de 75 \$ par année Analyses de laboratoire[*]: Maximum de 100 \$ par catégorie, par année |

^{*}Analyses de sang et d'urine, et prélèvements de gorge

--	--	--	--	--	--

Remarque importante : Les prestations d'assurance-maladie complémentaire ne sont payables qu'après épuisement des prestations versées par le régime public d'assurance maladie, le cas échéant.

^[1] Les maximums indiqués sont les prestations maximales par année.

^[2] Dans le cas de l'assurance médicaments, la période de couverture est calculée en fonction de l'année civile en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Québec.

^[3] La couverture pour médicaments sur ordonnance offerte au titre de ce régime est limitée à la partie des frais qui n'est pas couverte par le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). La couverture ne remplace pas celle du régime de la RAMQ. Pour être admissible à la couverture au titre de ce régime, vous devez obligatoirement posséder une carte d'assurance maladie provinciale et être inscrit au régime d'assurance médicaments de la RAMQ, ou bénéficier d'une couverture équivalente au titre d'un régime d'assurance collective.

^[4] Manuvie ne peut pas garantir que ce service sera offert indéfiniment.

--	--	--	--	--	--

Les régimes sont établis par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Emporte-moi[™] Assurance-santé est offert par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Manuvie, le M stylisé, Manuvie & M stylisé et Emporte-moi sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers qu'elle, ses sociétés affiliées, utilisent sous licence. Soins Virtuels TELUS Santé est une marque de commerce de TELUS Corporation qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

© La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers, 2026. Tous droits réservés. Manuvie, P.O. Box 670, Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4B8.

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

Pour en savoir plus, consultez le site **manuvie.ca/costco** ou composez le **1 866 707-4922**.

FM.CC.COSTCO.NF 25_2032874 01/26 AC

Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Maximum de 250 \$ par année	Maximum de 250 \$ par année	Maximum de 250 \$ par année	Maximum de 250 \$ par année
Maximum de 2 000 \$ par année	Maximum de 2 500 \$ par année	Maximum de 2 500 \$ par année	Maximum de 10 000 \$ par année
300 \$ par période de 5 années de couverture	400 \$ par période de 5 années de couverture	400 \$ par période de 5 années de couverture	600 \$ par période de 4 années de couverture
Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond	Aucun plafond
Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
Aucune couverture	Jusqu'à 350 \$	Jusqu'à 350 \$	Jusqu'à 500 \$
Formule de base	Formule étendue	Formule étendue plus	Formule première
<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 10 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 5 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 25 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 10 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 25 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 10 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus	<ul style="list-style-type: none">Jusqu'à 50 000 \$ pour les adultes Jusqu'à 15 000 \$ pour les enfants et les personnes de 65 ans ou plus

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

On entend par « année contractuelle » la période de 12 mois consécutifs suivant la date d'effet de l'entente, et chaque période de 12 mois par la suite. « Année de couverture » s'entend de la période de 12 mois consécutifs suivant la date d'engagement des frais faisant l'objet d'une demande de règlement. « Année civile » s'entend de chaque période de 12 mois consécutifs débutant le 1^{er} janvier et prenant fin le 31 décembre.

Les régimes Emporte-moi[™] Assurance-santé n'ont pas pour but de vous fournir exactement la même couverture que celle que vous pourriez avoir eue au titre de votre régime d'assurance collective ou de votre régime d'assurance maladie existant, et ils ne vous procureront pas exactement la même couverture.

En cas de divergence entre le présent tableau et le contrat du régime d'assurance Emporte-moi (y compris *Vos garanties*), le contrat du régime Emporte-moi prévaudra.