Votre régime d'assurance collective



LE PERSONNEL SYNDIQUÉ DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC RATTACHÉ AUX GROUPES SUIVANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE : S.F.P.Q., S.P.E.Q., S.P.M.G.Q., A.P.C.D.G.Q., S.A.P.S.C.Q., A.P.G.C.G.Q., S.C.S.G.Q et S.A.P.F.Q.

Contrat nº 30000

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Votre régime d'assurance collective

LE PERSONNEL SYNDIQUÉ DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC RATTACHÉ AUX GROUPES SUIVANTS DE LA FONCTION PUBLIQUE :

S.F.P.Q.
S.P.E.Q.
S.P.M.G.Q.
A.P.C.D.G.Q.
S.A.P.S.C.Q.
A.P.G.C.G.Q.
S.C.S.G.Q.
S.A.P.F.Q.

Contrat nº 30000

Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre contrat d'assurance collective. Seul le contrat d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Brochure publiée le 9 octobre 2026

RÉGIMES D'ASSURANCE COLLECTIVE
DU PERSONNEL SYNDIQUÉ
DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC
RATTACHÉ AUX GROUPES SUIVANTS
DE LA FONCTION PUBLIQUE :

S.F.P.Q. :	*SYNDICAT DE LA FONCTION PUBLIQUE ET PARAPUBLIQUE DU QUÉBEC*
S.P.E.Q. :	*SYNDICAT DES PROFESSEURS DE L'ÉTAT DU QUÉBEC*
S.P.M.G.Q. :	*SYNDICAT PROFESSIONNEL DES MÉDECINS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
A.P.C.D.G.Q. :	*ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES CHIRURGIENS-DENTISTES DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
S.A.P.S.C.Q. :	*SYNDICAT DES AGENTS DE LA PAIX EN SERVICES CORRECTIONNELS DU QUÉBEC*
A.P.G.C.G.Q. :	*ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES GARDES DU CORPS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
S.C.S.G.Q. :	*SYNDICAT DES CONSTABLES SPÉCIAUX DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC*
S.A.P.F.Q. :	*SYNDICAT DES AGENTS DE LA PROTECTION DE LA FAUNE DU QUÉBEC*

CES RÉGIMES SONT SOUS L'AUTORITÉ DU COMITÉ DES ASSURANCES DU S.F.P.Q. ET DE CERTAINS AUTRES SYNDICATS DE LA FONCTION PUBLIQUE.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU SOMMAIRE DES REMBOURSEMENTS EN ASSURANCE MALADIE……1

TABLEAU SOMMAIRE DES REMBOURSEMENTS POUR LE RÉGIME FACULTATIF DE SOINS DENTAIRES……..…11

DESCRIPTION DES GARANTIES…….…….12

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE…….....12

MODULE SANTÉ 1..... 13

- FRANCHISE ET POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT..... 13
- FRAIS DE MÉDICAMENTS 14
- AUTRES FRAIS MÉDICAUX 15

MODULE SANTÉ 2..... 16

- POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT..... 16
- FRAIS DE MÉDICAMENTS 18
- AUTRES FRAIS MÉDICAUX..... 20
- ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE-VOYAGE 25
- ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE 31

MODULE SANTÉ 3..... 41

- POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT..... 41
- FRAIS HOSPITALIERS..... 41
- FRAIS PARAMÉDICAUX 42

- FRAIS DE SOINS DE LA VUE 44

EXCLUSIONS 45

DROIT DE TRANSFORMATION 48

RÉGIME FACULTATIF DE SOINS DENTAIRES……..…49

- POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT 49
- FRAIS ADMISSIBLES 50

EXCLUSIONS 63

DROIT DE TRANSFORMATION 64

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE…….....65

- ASSURANCE VIE DE BASE..... 65
- ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE..... 67
- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE..... 68
- ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES 68
- ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT 70
- ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE 71
- EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE ET À L'ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES 71

RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT…….72

PRESTATIONS..... 72

EXCLUSIONS 77

DISPOSITIONS GÉNÉRALES…….79

DÉFINITIONS…….79

ADMISSIBILITÉ……88

DEMANDES D'ADHÉSION, PREUVES D'ASSURABILITÉ ET EXEMPTION……..90

DÉBUT DE L'ASSURANCE…….96

CHANGEMENTS DE PROTECTION……..100

EXONÉRATION DES PRIMES……105

ABSENCE SANS TRAITEMENT…….106

FIN DE L'ASSURANCE…….111

LIMITATIONS GÉNÉRALES……..113

COORDINATION DES PRESTATIONS…….114

PROLONGATION DE L'ASSURANCE……..114

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE…….114

DEMANDES DE PRESTATIONS……115

BON À SAVOIR…….118

L'usage du masculin comme neutre ne vise pas à exclure le féminin, mais plutôt à alléger le texte.

TABLEAU SOMMAIRE DES REMBOURSEMENTS EN ASSURANCE MALADIE

Voir la description de la garantie pour tous les détails relatifs à chacune des protections et aux exclusions et limitations. Sauf indication contraire, les frais admissibles ainsi que les maximums sont « par personne assurée, par année civile ».

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Franchise annuelle	• 250 $ pour vous et vos enfants à charge; et • 250 $ pour votre conjoint	0 $	0 $

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Pourcentage de remboursement	Médicaments génériques : 70 % Médicaments de marque : • de 70 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué	Médicaments génériques : 80 % Médicaments de marque : • de 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué	Médicaments génériques : 80 % Médicaments de marque : • de 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Pourcentage de remboursement (suite)	• de 70 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.	• de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais marqués d'un * dans la liste ci-dessous. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.	• de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais marqués d'un * dans la liste ci-dessous. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.
	Lorsque votre contribution atteint 1 050 $, pour les frais engagés par vous-même et vos enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour vous-même et vos enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.	Lorsque la contribution atteint 750 $, pour vous-même et vos personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.	Lorsque la contribution atteint 750 $, pour vous-même et vos personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Pourcentage de remboursement (suite)	Lorsque la contribution atteint 1 050 $, pour les frais engagés par votre conjoint, le pourcentage de remboursement des médicaments pour le conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.	Frais marqués d'un * dans la liste ci-dessous : 80 % Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais marqués d'un * dans la liste ci-dessous. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie. Lorsque la contribution atteint 750 $, pour vous-même et vos personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.	Frais marqués d'un * dans la liste ci-dessous : 80 % Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais marqués d'un * dans la liste ci-dessous. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie. Lorsque la contribution atteint 750 $, pour vous-même et vos personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.
		100 % (assurance voyage, assistance voyage et assurance annulation de voyage)	100 % (assurance voyage, assistance voyage et assurance annulation de voyage)

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Pourcentage de remboursement (suite)	100 % (stérilets et contraceptifs féminins) sans franchise	50 % (psychologue, psychothérapeute, psychoéducateur ou travailleur social) 100 % (stérilets et contraceptifs féminins) 80 % (autres frais)	80 % (psychologue, psychothérapeute, psychoéducateur ou travailleur social) 100 % (stérilets et contraceptifs féminins) 100 % (hôpital) 80 % (soins de la vue) 80 % (autres frais)

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Médicaments	Couvert (Carte de paiement direct)	Couvert (Carte de paiement direct)	Couvert (Carte de paiement direct)
*** Varices**	Non couvert	20 $ maximum de remboursement / traitement, max. : 10 traitements	20 $ maximum de remboursement / traitement, max. : 10 traitements
*** Bas de contention**	Non couvert	Max.: 3 paires par année civile	Max.: 3 paires par année civile
*** Ambulance**	Non couvert	Couvert	Couvert
*** Orthophonie, ergothérapie, audiologie**	Non couvert	Couvert, limité à un seul traitement par jour par personne assurée max. : 20 traitements pour chacun de ces services	Couvert, limité à un seul traitement par jour par personne assurée max. : 20 traitements pour chacun de ces services
*** Physiothérapie en clinique privée**	Non couvert	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement 50 $ / traitement, max. : 20 traitements	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement 80 $ / traitement, max. : 1 600 $
*** Oeil artificiel**	Non couvert	Couvert	Couvert
*** Membres artificiels et prothèses myoélectrique**	Non couvert	Couvert	Couvert

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
*** Appareils orthopédiques et autres fournitures**	Non couvert	Couvert	Couvert
*** Examens à des fins de diagnostic**	Non couvert	Maximum de remboursement 240 $	Maximum de remboursement 240 $
*** Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques**	Non couvert	Couvert	Couvert
*** Stérilet et contraceptifs féminins**	Couvert	Couvert	Couvert
Dentiste pour dommages accidentels	Non couvert	Couvert	Couvert
Chirurgie esthétique suite à un accident	Non couvert	Couvert	Couvert

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Chiropraticien, podiatre, podologue ou acupuncteur	Non couvert	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement 50 $ / traitement, max. : 20 traitements pour l'ensemble des spécialistes + incluant les rayons X pour un podiatre ou un podologue et un maximum de remboursement 32 $ pour les rayons X d'un chiropraticien	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement 80 $ / traitement, max. : 1 600 $ pour l'ensemble des spécialistes + incluant les rayons X pour un podiatre, un podologue ou un chiropraticien
Diététiste	Non couvert	Limité à une seule visite par jour par personne assurée, maximum de remboursement 50 $ / visite, max. : 6 visites	Limité à une seule visite par jour par personne assurée, maximum de remboursement 80 $ / visite, max. : 480 $
Appareils thérapeutiques	Non couvert	Remboursement maximum à vie de 10 000 $	Remboursement maximum à vie de 10 000 $
Glucomètre/ réflectomètre	Non couvert	Un seul appareil, maximum de remboursement 240 $ par 60 mois consécutifs	Un seul appareil, maximum de remboursement 240 $ par 60 mois consécutifs

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Psychologue, psychothérapeute, psychoéducateur ou travailleur social	Non couvert	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement de 500 $ pour l'ensemble des spécialistes	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement de 1 500 $ pour l'ensemble des spécialistes
Appareils auditifs	Non couvert	Remboursement maximum 600 $ par 48 mois consécutifs	Remboursement maximum 600 $ par 48 mois consécutifs
Prothèses capillaires à la suite de chimiothérapie	Non couvert	Maximum de remboursement à vie de 300 $	Maximum de remboursement à vie de 300 $
Pompe à insuline et accessoires (tubulures, cathéters)	Non couvert	Pompe : maximum de remboursement 5 000 $ par 48 mois consécutifs Accessoires : aucun maximum	Pompe : maximum de remboursement 5 000 $ par 48 mois consécutifs Accessoires : aucun maximum
Soins de la vue	Non couvert	Non couvert	Examens de la vue : maximum de remboursement de 120 $ par 36 mois consécutifs Lunettes et lentilles cornéennes et chirurgie : maximum de remboursement de 500 $ par 36 mois consécutifs
Assurance voyage	Non couvert	Couvert	Couvert
Assistance voyage	Non couvert	Couvert	Couvert
Annulation de voyage	Non couvert	Couvert	Couvert

	Module Santé 1	Module Santé 2	Module Santé 3
Hôpital	Non couvert	Non couvert	Chambre semi-privée
Clinique ou maison de convalescence	Non couvert	Non couvert	~~M~~aximum de remboursement 80 $ / jour, max. : 60 jours
Infirmière à domicile	Non couvert	Non couvert	Maximum de remboursement 240 $ / jour, maximum de remboursement de 5 000 $
Ostéopathe, naturopathe, homéopathe, massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute	Non couvert	Non couvert	Limité à un seul traitement par jour par personne assurée, maximum de remboursement 80 $ / traitement, max. : 800 $ pour l'ensemble des spécialistes Incluant les rayons X d'un ostéopathe

Tous les frais qui apparaissent en gris dans le tableau doivent être engagés à la suite de la recommandation du médecin traitant pour être considérés comme des frais admissibles.

TABLEAU SOMMAIRE DES REMBOURSEMENTS POUR LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

CETTE GARANTIE EST SEULEMENT OFFERTE AUX EMPLOYÉS DES SYNDICATS AUTRES QUE LE SFPQ.

Voir la description de la garantie pour tous les détails relatifs à chacune des protections et aux exclusions et limitations. Sauf indication contraire, les frais admissibles ainsi que les maximums sont « par personne assurée, par année civile ».

Catégorie	Pourcentage de remboursement	Remboursement maximum *
Soins préventifs	80 %	2 000 $ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces catégories
Restauration de base	65 %	
Restauration majeure	65 %	
Restauration complexe et prothèses	50 %	
Orthodontie	50 %	2 500 $ à vie, par personne assurée

* Les frais admissibles pour chaque acte ne peuvent excéder les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus.

DESCRIPTION DES GARANTIES

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Lorsque vous devez engager des frais admissibles pour vous-même ou pour l'une de vos personnes à charge assurées, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après :

a) L'application des pourcentages de remboursement ne tient pas compte des frais engagés pendant que la personne est assurée en vertu d'un autre régime collectif ou en vertu du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ.

b) Les frais admissibles sont limités aux frais usuels et raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus et sont sujets aux limites prévues pour les soins ou services concernés.

c) Les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge.

d) Les frais de professionnels de la santé sont limités à un traitement par jour, par personne assurée, par professionnel.

MODULE SANTÉ 1

- **FRANCHISE ET POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

Après déduction d'une franchise par année civile de :

1) 250 $ pour vous et vos enfants à charge; et

2) 250 $ pour votre conjoint.

Frais de médicaments : Le pourcentage de remboursement est :

1) pour les médicaments génériques : de 70 %

2) pour les médicaments de marque :

   - de 70 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

   - de 70 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution de l'adhérent atteint 1 050 $, pour les frais engagés par vous-même et vos enfants à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments pour vous-même et vos enfants à charge, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Lorsque la contribution atteint 1 050 $, pour les frais engagés par votre conjoint, le pourcentage de remboursement des médicaments pour votre conjoint, passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Autres frais médicaux :

Les stérilets et contraceptifs féminins, à 100 % sans franchise

- **FRAIS DE MÉDICAMENTS**

Les médicaments qui figurent dans la liste de médicaments du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ à la date à laquelle les frais sont engagés et fournis par un pharmacien, un médecin ou un dentiste agréé, que l'on obtient sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste pour une condition pathologique ou des dommages corporels.

La pilule du lendemain

Médicaments exigeant une autorisation préalable

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et

b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L’assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s’il en existe sur le marché.

- **AUTRES FRAIS MÉDICAUX**

  Stérilets et contraceptifs féminins : Les stérilets ainsi que tous les contraceptifs féminins incluant la pilule contraceptive, les injections, les implants sous-cutanés, les anneaux vaginaux, les diaphragmes et la pilule du lendemain, obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.

MODULE SANTÉ 2

- **POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT**

Frais de médicaments : Le pourcentage de remboursement est :

1) pour les médicaments génériques : de 80 %

2) pour les médicaments de marque :

   - de 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

   - de 80 % du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué

Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux ». Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

Lorsque la contribution atteint 750 $, pour vous-même et vos personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

Autres frais médicaux :

- frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux » : 80 %

  Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments et aux frais identifiés aux paragraphes a) à i) de la section « Autres frais médicaux ». Cette contribution est la franchise et toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.

  Lorsque la contribution atteint 750 $, pour vous-même et vos personnes à charge, le pourcentage de remboursement de ces frais passe à 100 % pour le reste de l'année civile.

- psychologue, psychothérapeute, psychoéducateur ou travailleur social : 50 %

- assurance voyage, assistance voyage et assurance annulation de voyage : 100 %

- stérilets et contraceptifs féminins : 100 %

- autres frais : 80 %

- **FRAIS DE MÉDICAMENTS**

Les frais admissibles sont les frais raisonnables engagés au Canada pour tout service ou article prévu ci-après :

a) Les frais de médicaments et autres produits que le régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ couvrirait à l'égard de la personne assurée si celle-ci n'était pas assurée en vertu d'un contrat collectif.

b) Les frais de médicaments nécessaires à la thérapeutique que le régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance de médecins ou de chirurgiens-dentistes [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont débités par des pharmaciens, ou par des médecins là où cette pratique est permise par la loi, à l'exception des shampoings et des produits pour la pousse des cheveux; de plus, les frais engagés pour des médicaments obtenus sur ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement de troubles cardiaques, de troubles pulmonaires, du diabète, de l'arthrite, de la maladie de Parkinson, de l'épilepsie, de la fibrose kystique ou du glaucome, ou qu'il s'agisse des produits suivants :

i) pour les quadriplégiques et les paraplégiques, Prodiem et autres laxatifs, à l'exclusion des lavements;

ii) Imodium, pour les maladies iléites, y compris la maladie de Crohn, et pour les colites ulcéreuses (les suppléments alimentaires ne sont pas remboursables);

iii) enzymes digestives du lactose pour les personnes assurées de moins de 18 ans;

iv) enzymes pancréatiques dans les cas de

- pancréatite aiguë nécrosante sévère;
- traumatisme abdominal majeur impliquant la destruction du pancréas;
- dysfonction digestive comme effet secondaire d'une chirurgie gastro-jéjuno-iléo-hépatique majeure ou de la résection du pancréas;
- pancréatite chronique.

c) Les frais pour le traitement des varices à des fins curatives mais non esthétiques, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 20 $ par traitement et de 10 traitements par année civile par personne assurée.

Médicaments exigeant une autorisation préalable

L'autorisation préalable de l'assureur est exigée pour certains médicaments dont la liste est disponible sur le site web de l'assureur. Un formulaire d'autorisation préalable doit être rempli par le médecin et soumis à l'assureur pour s'assurer que les médicaments prescrits répondent aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur en fonction, notamment, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé. Il s'agit entre autres de confirmer que les médicaments prescrits :

a) sont utilisés pour une indication thérapeutique approuvée par Santé Canada; et

b) démontrent une efficacité satisfaisante par rapport aux coûts qui y sont reliés.

Une preuve d'efficacité ou de nouveaux résultats peuvent être demandés en cours de traitement pour déterminer si le médicament produit les effets attendus et demeure admissible au remboursement.

L'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament équivalent ou un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

- **AUTRES FRAIS MÉDICAUX**

Les frais admissibles sont ceux énumérés ci-dessous et engagés dans la province de résidence de l'adhérent. Les frais engagés à l'extérieur de la province de résidence de l'adhérent, mais au Canada, pour une raison autre qu'une urgence médicale sont également admissibles :

a) Bas de contention : Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat de bas de contention de 20 mm et plus de Hg vendus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, jusqu'à un maximum de 3 paires par année civile par personne assurée.

b) Ambulance : Les frais d'ambulance de la région pour le transport à l'hôpital (aller et retour), y compris le transport aérien ou par train en cas d'urgence.

c) Orthophonie, ergothérapie, audiologie : Sur la recommandation du médecin traitant, les traitements d'orthophonie, d'ergothérapie et d'audiologie, limités à 20 traitements par année civile par personne assurée, pour chacun de ces services.

d) Physiothérapie en clinique privée : Les traitements de physiothérapie rendus en clinique privée par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique exerçant sous le contrôle d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, à raison d'un maximum de remboursement de 50 $ par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces services, pourvu que les professionnels concernés soient membres en règle de leur corporation professionnelle. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

e) Oeil artificiel : Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat, la réparation et le remplacement d'un oeil de verre, pour une perte survenue en cours d'assurance.

f) Membre artificiel et prothèse myoélectrique : Sur la recommandation du médecin traitant, achat, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 $ par prothèse par personne assurée. Réparation, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 $ par réparation par personne assurée. Remplacement rendu nécessaire par un changement physiologique, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 10 000 $ par prothèse par personne assurée.

g) Appareils orthopédiques et autres fournitures : Sur la recommandation du médecin traitant, les frais de fournitures et services suivants :

- sang et plasma sanguin;
- prothèses (à l'exclusion des prothèses dentaires et des frais pour lunettes et lentilles cornéennes), béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques; par appareil orthopédique, on entend un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient, maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les difformités du corps ou de traiter les affections du squelette, des muscles et des tendons;
- oxygène et location de l'équipement servant à l'administrer;
- location de respirateur et de chambre hyperbare pour un usage temporaire;
- fauteuil roulant : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil roulant non motorisé, à moins que l'état de santé de la personne assurée requiert l'usage exclusif d'un fauteuil motorisé;
- lit d'hôpital : achat et réparation, ou location, à la discrétion de l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'un lit d'hôpital non électrique, à moins que l'état de santé de la personne couverte requiert l'usage exclusif d'un lit électrique.

h) Examens à des fins de diagnostic : Sur la recommandation du médecin traitant, les radiographies, examens de laboratoire, tests de résonance magnétique, ultrasons, scanographie, radiothérapie ou radiumthérapie, tests d'allergie et examens relatifs aux troubles du sommeil aux fins de diagnostic, à l'exclusion des services reçus à l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 240 $ par année civile, par personne assurée.

i) Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques : Sur la recommandation du médecin traitant, l'achat d'orthèses podiatriques et de chaussures orthopédiques obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied; de plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est également admissible; toutefois, les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques, ni les sandales de quelque forme que ce soit. En outre, concernant les orthèses podiatriques, les frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.

j) Stérilets et contraceptifs féminins : Les stérilets ainsi que tous les contraceptifs féminins incluant la pilule contraceptive, les injections, les implants sous-cutanés, les anneaux vaginaux, les diaphragmes et la pilule du lendemain, obtenus sur ordonnance médicale et fournis par un pharmacien ou par un médecin, jusqu'à concurrence des frais usuels et raisonnables.

k) Dentiste pour dommages accidentels : Les honoraires professionnels de chirurgien-dentiste, pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles ou pour la réduction d'une fracture ou d'une dislocation de la mâchoire, à condition que ces dommages soient subis après le début de l'assurance et pourvu que les services soient rendus moins de 12 mois après la date de l'accident; il est toutefois entendu que les frais reliés à un implant ne sont pas admissibles. Le coût des frais admissibles est limité aux honoraires prévus dans le guide des tarifs de l'année en cours des actes bucco-dentaires des associations dentaires provinciales utilisé par les praticiens généralistes de la province de résidence de l'adhérent.

l) Chirurgie esthétique suite à un accident : Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la suite d'un accident survenu après le début de l'assurance, excluant ceux qui sont reliés au remplacement d'un implant mammaire.

m) Chiropraticien, podiatre, podologue ou acupuncteur : Les honoraires professionnels de chiropraticien, de podiatre, de podologue ou d'acupuncteur, à raison d'un maximum de remboursement de 50 $ par traitement et jusqu'à concurrence de 20 traitements par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités, à condition que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, incluant les examens aux rayons X effectués par un podiatre ou un podologue et jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 32 $ par année civile par personne assurée pour les examens aux rayons X et les examens fluoroscopiques effectués par un chiropraticien; les frais pour les médicaments, les produits ou autres articles fournis par ces professionnels ne sont pas considérés comme des frais admissibles. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

n) Diététiste : Les honoraires professionnels de diététiste, à raison d'un maximum de remboursement de 50 $ par visite, jusqu'à concurrence de 6 visites par année civile par personne assurée. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné. Le maximum est limité à une visite par jour.

o) Appareils thérapeutiques : Sur recommandation médicale, les frais de location ou d'achat d'appareils thérapeutiques, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement à vie de 10 000 $ par personne assurée. Cette catégorie d'appareils comprend, par exemple, les appareils d'aérosolthérapie, les stimulateurs de consolidation de fractures, les vêtements pour le traitement des brûlures, les neurostimulateurs percutanés, les appareils CPAP, etc. Par contre, les accessoires domestiques (tels purificateur d'air, humidificateur, etc.) et les appareils de contrôle (tel stéthoscope, etc.) ne sont pas considérés comme admissibles.

p) Glucomètre/réflectomètre : L'achat d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose (glucomètre/réflectomètre) sur présentation d'un rapport complet du médecin traitant attestant que la personne assurée est insulino-dépendante et que sa condition nécessite l'utilisation d'un tel appareil, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 240 $ par personne assurée pour toute période de 60 mois consécutifs.

q) Psychologue, psychothérapeute, psychoéducateur ou travailleur social : Les honoraires professionnels de psychologue, de psychothérapeute, de psychoéducateur ou de travailleur social licencié remboursés à 50 % au lieu de 80 %, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 500 $ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

   Les frais de thérapie donnée à la Maison La Vigile (maison d'entraide et de ressourcement pour agentes et agents de la paix) sont également remboursés à 50 % et inclus dans le maximum indiqué ci-dessus.

r) Appareils auditifs : Les appareils auditifs jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 600 $ par période de 48 mois consécutifs, par personne assurée.

s) Prothèses capillaires à la suite de chimiothérapie : Les prothèses capillaires, à la suite de chimiothérapie attestée par un médecin, sous réserve d'un maximum de remboursement à vie de 300 $ par personne assurée.

t) Pompe à insuline et accessoires : L'achat d'une pompe à insuline, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 5 000 $ par personne assurée par période de 48 mois consécutifs ainsi que l'achat d'accessoires (tubulures, cathéters), sans maximum annuel.

- **ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE-VOYAGE**

Assurance voyage

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles conformément aux conditions suivantes :

1. la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

2. les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance accident-maladie; et

3. la condition médicale qui occasionne les frais doit être reliée à un état de santé stable avant la date de début du voyage.

Vous devez communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

1. Frais médicaux admissibles :

    a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;

    b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;

    c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de la présente garantie dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

2. Frais admissibles de transport :

    a) les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

    b) les frais pour le rapatriement (en même temps que le rapatriement de la personne assurée) de toute autre personne assurée en vertu de la police, si elle ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance;

    c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

d) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 $. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance.

e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille immédiate ou compagnon de voyage l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par Voyage Assistance; le remboursement maximal est de 1 000 $ par adhérent;

f) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance); il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;

g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 5 000 $; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.

3. Frais admissibles de subsistance : le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 200 $ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

4. Frais admissibles d'appels interurbains : les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu à la section d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 $ par jour et d'un maximum global de 200 $ par période d'hospitalisation.

5. Décisions médicales : lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

Le service Voyage Assistance

Voyage Assistance prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

1. assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;

2. orientation vers des médecins ou des établissements de santé;

3. aide pour l'admission à l'hôpital;

4. avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;

5. rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;

6. établissement et maintien des contacts avec l'assureur;

7. règlement des formalités en cas de décès;

8. rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;

9. envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;

10. arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;

11. en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;

12. orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

13. service d'interprète lors d'appels d'urgence;

14. transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;

15. avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Le service d'assistance-voyage « Assistel » est disponible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

En cas d'urgence médicale, avant d'engager des frais, il est recommandé de communiquer immédiatement avec le service d'assistance-voyage à l'un des numéros suivants :

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Partout dans le monde	(514) 875-9170 (frais virés)

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant au régime d'assurance maladie s'appliquent également à la partie assurance voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance voyage dans les cas suivants :

a) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

b) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage a été recommandé par un médecin;

c) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;

d) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

e) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par le Service d'assistance voyage;

f) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :

i) éviter tout voyage non essentiel; ou

ii) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

g) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;

h) si les frais engagés sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

- **ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE**

1. Événements pouvant donner lieu à un remboursement

L'assurance annulation de voyage permet à la personne assurée d'obtenir le remboursement des frais payés à l'avance ou de certains frais supplémentaires qu'elle doit engager si son voyage est annulé ou interrompu en raison des événements suivants :

a) maladie, accident ou décès de la personne assurée ou d'un membre de sa famille;

b) maladie, accident ou décès d'un compagnon de voyage ou d'un membre de la proche famille du compagnon de voyage; dans les cas où plusieurs personnes voyagent ensemble, seulement 3 personnes assurées peuvent invoquer cette raison pour obtenir une prestation pour elles-mêmes et pour les enfants à charge qui les accompagnent;

c) décès ou hospitalisation d'un associé en affaires, d'un employé-clé ou de l'hôte à destination; un employé-clé est un employé ou un franchisé qui joue un rôle primordial dans la bonne marche de l'entreprise pour laquelle il travaille, de concert avec la personne assurée, et dont l'absence met les activités principales de cette dernière en péril;

d) service de la personne assurée ou du compagnon de voyage comme membre d'un jury, ou son assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue, durant la période du voyage;

e) mise en quarantaine de la personne assurée ou du compagnon de voyage;

f) détournement d'un avion à bord duquel la personne assurée voyage;

g) déménagement de la résidence principale de la personne assurée à une distance minimale de 160 kilomètres dans les 30 jours qui précèdent la date du voyage assuré, à la suite d'un transfert exigé par son employeur;

h) sinistre qui rend la résidence principale de la personne assurée ou du compagnon de voyage inhabitable;

i) annulation d'une réunion d'affaires à cause de l'hospitalisation ou du décès de la personne avec qui les arrangements d'affaires concernant ladite réunion ont été préalablement pris; le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement;

j) situation particulière dans le pays ou la région de destination du voyage qui incite le gouvernement du Canada à émettre, après la date d'achat du billet d'avion ou du forfait voyage, un des avertissements suivants :

   i) éviter tout voyage non essentiel; ou

   ii) éviter tout voyage;

k) maladie, accident ou décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le tuteur;

l) décès d'une personne dont la personne assurée ou le compagnon de voyage est le liquidateur de la succession;

m) défaillance du fournisseur de services de voyage ayant un bureau au Canada et détenant tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes;

n) perte involontaire de l'emploi permanent de la personne assurée ou du compagnon de voyage, pourvu que la personne concernée ait été activement au service du même employeur depuis plus d'un an et qu'elle n'ait pas eu de raison de croire qu'elle pourrait perdre ledit emploi dans les jours suivant l'achat du voyage; par emploi permanent, on entend un emploi non saisonnier pour lequel une personne est embauchée en vertu d'un contrat à durée indéterminée;

o) annulation d'une croisière avant la date du départ du navire de croisière en raison :

   i) d'une panne mécanique;

   ii) de l'échouement du navire;

   iii) de sa mise en quarantaine; ou

   iv) de son déroutement en raison d'intempéries;

p) correspondance manquée empêchant la personne assurée de poursuivre son voyage selon l'itinéraire prévu en raison du :

   i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance, causé par :

      - un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;

      - la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police;

- des difficultés mécaniques;
- des conditions atmosphériques défavorables; ou
- une catastrophe naturelle;

ii) retard du véhicule, causé par :

- un accident de la circulation prouvé par un rapport de police;
- la fermeture d'urgence d'une route, prouvée par un rapport de police.

2. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si l'annulation du voyage se produit avant le départ.

L'assureur verse une prestation égale aux frais suivants, jusqu'à concurrence de 5 000 $ par personne assurée :

a) les sommes non remboursables et payées à l'avance pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);

b) les frais supplémentaires occasionnés par le fait qu'un compagnon de voyage doive annuler son voyage pour une des raisons décrites à la présente section d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer, avec un compagnon de voyage en moins, le voyage prévu initialement.

3. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le départ est retardé ou si une correspondance est manquée.

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, s'ils ne sont pas remboursés par le fournisseur de service de voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement), jusqu'à concurrence de 5 000 $ par personne assurée :

a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue, advenant une correspondance manquée en raison du :

   i) retard du moyen de transport public assurant la correspondance causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police), la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police), des difficultés mécaniques, des conditions atmosphériques défavorables ou une catastrophe naturelle;

   ii) retard d'un véhicule causé par un accident de la circulation (prouvé par un rapport de police) ou la fermeture d'urgence d'une route (prouvée par un rapport de police).

   Dans tous les cas, la personne assurée doit prévoir arriver au point de départ au moins 3 heures avant l'heure prévue du départ;

b) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique pour l'utilisation d'un moyen de transport public à horaire fixe (avion, autobus, train, bateau) empruntant la route la plus directe pour permettre à la personne assurée de rejoindre son groupe pour le reste du voyage, advenant que son départ soit retardé parce qu'elle ou son compagnon de voyage :

   i) devient malade; ou

   ii) subit une blessure.

Il est nécessaire à cet égard d'obtenir l'attestation d'un médecin à l'effet que la maladie ou la blessure sont suffisamment graves pour que le départ soit retardé;

c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à ce que le voyage reprenne selon l'itinéraire prévu, limités à 200 $ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 $ par voyage.

4. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % si le retour est anticipé ou retardé

L'assureur verse une prestation égale au total des frais suivants, jusqu'à concurrence de 10 000 $ par personne assurée :

a) le coût supplémentaire d'un billet simple en classe économique par la route la plus directe pour le voyage de retour jusqu'au point de départ de son voyage; toutefois, si une maladie ou une blessure corporelle retarde le retour de la personne assurée de plus de 7 jours après la date de retour convenue, la prestation prévue pour le retour ne sera payable que sur présentation d'une preuve de l'hospitalisation de la personne assurée;

b) la portion non utilisée et non remboursable (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement) de la partie terrestre du voyage (réservation d'hôtel, location de voiture, etc.);

c) les frais de subsistance de la personne assurée jusqu'à son retour au point de départ de son voyage, limités à 200 $ par jour par personne assurée et à un maximum global de 2 000 $ par voyage.

5. Frais admissibles d'assurance annulation de voyage remboursables à 100 % en cas de défaillance d'un fournisseur de services de voyages.

L'assureur couvre, sous réserve des dispositions qui suivent en a) et b), la perte financière due à la défaillance de ce fournisseur, jusqu'à concurrence de 5 000 $ par personne assurée et sous réserve d'une subrogation en faveur de l'assureur pour tout montant ainsi payé :

a) si la défaillance se produit avant le départ, l'assureur rembourse les sommes non remboursables et payées pour le voyage projeté (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement);

b) si la défaillance survient après le départ, l'assureur rembourse la portion non utilisée et non remboursable des sommes payées à l'avance pour le voyage (les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement).

Pour toute information concernant la garantie d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut contacter.

Provenance de l'appel	**Numéro à composer**
Région de Québec	(418) 838-7843
Région de Montréal	(514) 285-7843
Appel sans frais	1 800 463-7843

Exclusions applicables à l'assurance annulation de voyage

Les exclusions s'appliquant au régime d'assurance maladie s'appliquent également à la partie assurance annulation de voyage de la présente garantie. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues à la partie assurance annulation de voyage dans les cas suivants :

a) si à la date d'achat du voyage ou d'un billet de passager dans tout véhicule de transport public ou à la date du départ, la personne assurée connaissait la raison qui l'empêcherait d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;

b) si la cause invoquée n'empêche pas, hors de tout doute raisonnable, la personne assurée d'entreprendre ou de terminer le voyage projeté;

c) pour tout accident survenant durant le voyage et qui résulte de la pratique par la personne assurée du vol plané, de l'alpinisme, du parachutisme, du saut à l'élastique (bungee jumping), de sa participation à une course de véhicules motorisés, ou de sa participation comme professionnel à des activités athlétiques ou sous-marines;

d) pour les frais engagés pour une grossesse, une fausse-couche, un accouchement ou leurs complications, lorsque ces frais sont engagés dans les deux mois qui précèdent la date normale prévue pour l'accouchement;

e) pour le décès ou les frais engagés qui résultent directement ou indirectement de l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool; l'absorption abusive d'alcool est celle qui résulte en une alcoolémie de 80 milligrammes ou plus d'alcool par 100 millilitres de sang;

f) pour tout accident ou maladie survenu lorsque la personne effectuait son voyage à l'aide d'un véhicule commercial et qu'elle voyageait en tant que conducteur, pilote, membre de l'équipage ou passager non payant; la présente exclusion ne s'applique pas si le véhicule était utilisé uniquement comme moyen de transport privé lors de vacances et si ce véhicule était une automobile ou une camionnette (ou un camion) avec une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;

g) pour le décès ou les frais engagés à la suite de manoeuvres d'entraînement des forces armées ainsi que pour la partie des frais remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental consécutivement au décès ou aux frais engagés relativement à tout accident non spécifiquement exclu par le présent article;

h) pour tout événement survenu dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :

   i) éviter tout voyage non essentiel; ou

   ii) éviter tout voyage.

   La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

i) si un voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou blessée et que la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne résulte en une annulation ou en un retour prématuré ou retardé;

j) pour la portion d'un voyage remboursée par le fournisseur de services de voyage sous forme de crédits-voyage, tant qu'ils sont valides;

k) pour toute défaillance d'un fournisseur de services de voyage n'ayant pas de bureau au Canada et ne détenant pas tous les permis et certificats d’exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyage ou du transporteur concerné au plus tard 48 heures après le jour où la cause d'annulation survient, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et l'assureur doit en être avisé au même moment. La responsabilité de l'assureur est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause de l'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

Pour le contrat, l'engagement de l'assureur est limité à 500 000 $ pour toutes les demandes de prestations engagées à la suite de la défaillance d'un même fournisseur de services de voyage, quel qu'il soit, puis à 1 000 000 $ par année civile pour toutes les demandes de prestations engagées pour l'ensemble des défaillances de fournisseurs de services de voyage.

MODULE SANTÉ 3

LE MODULE SANTÉ 3 COMPREND TOUS LES FRAIS PRÉVUS DANS LE MODULE SANTÉ 2, AUXQUELS S'AJOUTENT LES FRAIS SUIVANTS :

- Les frais hospitaliers
- Les frais paramédicaux
- Les frais de soins de la vue

- **POURCENTAGES DE REMBOURSEMENT**

  Frais hospitaliers : 100 %

  Frais paramédicaux : 80 %

  Frais de soins de la vue : 80 %

- **FRAIS HOSPITALIERS**

  Lorsque, par suite d'accident, de maladie ou de grossesse, vous devez engager des frais d'hospitalisation pour des soins de courte durée dans un centre hospitalier du Canada pour vous-même ou l'une de vos personnes à charge assurée, l'assureur rembourse les frais engagés à cet égard, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**. Le pourcentage de remboursement est égal à 100 % des frais admissibles engagés, jusqu'à concurrence du tarif maximum d'une chambre semi-privée dans la province où les frais ont été engagés pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours.

- **FRAIS PARAMÉDICAUX**

Les frais admissibles sont les suivants :

a) Chiropraticien, podiatre, podologue ou acupuncteur : Les honoraires professionnels de chiropraticien, de podiatre, de podologue ou d'acupuncteur, à raison d'un maximum de remboursement de 80 $ par traitement et d'un maximum de remboursement de 1 600 $ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialités, à condition que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle, incluant les examens aux rayons X effectués par un chiropraticien, un podiatre ou un podologue. Les frais pour les médicaments, les produits ou autres articles fournis par ces professionnels ne sont pas considérés comme des frais admissibles. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

b) Clinique ou maison de convalescence : Les frais de séjour, suite à une hospitalisation, dans une clinique ou une maison de convalescence reconnue par l'assureur jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 80 $ par jour par personne assurée, pour une durée maximale de 60 jours par période d'hébergement. Les frais pour une cure de désintoxication ne sont pas admissibles.

c) Diététiste : Les honoraires professionnels de diététiste, à raison d'un maximum de remboursement de 80 $ par visite, et d'un maximum de remboursement de 480 $ par année civile par personne assurée. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné. Le maximum est limité à une visite par jour.

d) Infirmière à domicile : Les frais engagés pour les services à domicile d'une infirmière ou d'un infirmier autorisé ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire autorisé lorsque prescrits par un médecin pour raisons médicales justifiables, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité et pourvu que ces professionnels soient membres en règle de leur association professionnelle. Les frais engagés pour les services de toute personne qui habite normalement avec la personne assurée ou qui fait partie de sa famille ne sont pas considérés comme des frais admissibles. Les frais engagés sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 240 $ par jour, et d'un maximum de remboursement de 5 000 $ par année civile, par personne assurée.

e) Ostéopathe, naturopathe, homéopathe, massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute : Les honoraires professionnels d'ostéopathe, de naturopathe, d'homéopathe, de massothérapeute, de kinésithérapeute ou d'orthothérapeute à raison d'un maximum de remboursement de 80 $ par traitement, et d'un maximum de remboursement de 800 $ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et étant entendu que les examens aux rayons X effectués par un ostéopathe sont couverts; les frais pour les médicaments, les produits ou autres articles fournis par ces professionnels ne sont pas considérés comme des frais admissibles. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

f) Physiothérapie en clinique privée : Les traitements de physiothérapie rendus en clinique privée par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique exerçant sous le contrôle d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, à raison d'un maximum de remboursement de 80 $ par traitement, et d'un maximum de remboursement est de 1 600 $ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Les professionnels doivent être membres en règle de leur corporation professionnelle. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

g) Psychologue, psychothérapeute, psychoéducateur ou travailleur social : Les honoraires professionnels de psychologue, de psychothérapeute, de psychoéducateur ou de travailleur social licencié, à raison d'un maximum de remboursement de 1 500 $ par année civile par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes. Les professionnels doivent être membres en règle de leur association professionnelle et leurs services ne sont couverts que dans la mesure où ils relèvent de la spécialité du professionnel concerné. Pour chaque type de professionnel, le maximum est limité à une visite par jour.

- **FRAIS DE SOINS DE LA VUE**

Les frais admissibles sont les suivants :

a) Examen de la vue : y compris la vérification de la réfraction oculaire, étant entendu que ces services doivent être rendus par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 120 $ pour toute période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.

b) Lunettes et lentilles cornéennes et chirurgie : y compris les frais de remplacement, à condition qu'ils soient prescrits par écrit par un ophtalmologiste autorisé ou un optométriste diplômé et fournis par un ophtalmologiste autorisé, un optométriste diplômé ou un opticien autorisé ou les frais relatifs à une chirurgie pour corriger la myopie, l'hypermétropie ou l'astigmatisme, jusqu'à concurrence d'un maximum de remboursement de 500 $ pour toute période de 36 mois consécutifs, par personne assurée.

EXCLUSIONS

Les exclusions suivantes s'appliquent à l'ensemble du régime d'assurance maladie.

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés

a) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;

b) à la suite de participation à un crime ou à un attentat quelconque;

c) qui sont remboursables par une régie ou un organisme gouvernemental;

d) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;

e) qui sont payés ou couverts en vertu de toute loi d'assurance hospitalisation ou de toute loi d'assurance maladie de la province où vous résidez ou d'une autre province du Canada ou de toute autre loi équivalente d'un autre pays;

f) pour des voyages de santé ou pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;

g) pour tout ce qui est implanté chirurgicalement,

h) pour des appareils robotisés d'aide à la marche;

i) pour des soins de chirurgie esthétique;

j) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;

k) en relation avec la thermographie;

l) en vertu des modules Santé 1 et 2, pour des examens des yeux, pour la vérification de la réfraction oculaire ou pour l'ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;

m) pour des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions érectiles;

n) pour des services, des médicaments ou des produits antitabagiques qui ne sont pas couverts en vertu du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ ainsi que pour les frais en excédent du maximum prévu en vertu du régime public d'assurance-médicaments géré par la RAMQ;

o) pour les vaccins préventifs;

p) en vertu du module Santé 1, pour les médicaments qui ne figurent pas dans la liste de médicaments du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ à la date à laquelle les frais sont engagés.

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés qui servent à couvrir la franchise et la coassurance du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ pour les personnes qui sont assurées par le régime en question.

Pour les fins de l'assurance des médicaments, les exclusions et les limitations prévues au contrat ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre l'assurance du présent régime d'assurance maladie moins généreuse que celle du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ en termes de prestations.

Limitations additionnelles applicables aux médicaments

L'assureur se réserve le droit d'appliquer certaines restrictions, exclusions et limitations, notamment pour les soins, produits ou médicaments qui :

a) sont utilisés pour traiter des conditions spécifiques autres que celles pour lesquelles ils ont été approuvés par Santé Canada;

b) font l'objet d'une consommation plus élevée que celle prévue par les critères de bonnes pratiques cliniques établis par l'assureur; ou

c) ne répondent pas aux critères d'autorisation préalable établis par l'assureur à la date à laquelle les frais sont engagés.

Pour les médicaments biologiques, l'assureur se réserve le droit de rembourser un médicament biosimilaire moins cher s'il en existe sur le marché.

Exclusions additionnelles applicables aux médicaments

Aucun remboursement n'est effectué pour ce qui suit :

a) Médicaments ou produits qui sont inscrits sur la liste des médicaments ou produits exclus, disponible sur le site web de l'assureur. Cette liste est établie en fonction, notamment, des données relatives à l'efficacité des médicaments ou produits par rapport aux coûts qui y sont reliés, des lignes directrices de pratique clinique et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

b) Médicaments ou produits considérés par l'assureur comme devant être administrés à l'hôpital ou en milieu hospitalier, notamment ceux nécessitant une surveillance médicale particulière pendant le traitement en raison de la gravité de l'état du patient, de la complexité du traitement ou pour des motifs de sécurité. Afin d'identifier ces médicaments ou produits, l'assureur utilise, sans s'y limiter, les données provenant des monographies de produits approuvées par Santé Canada et des recommandations émises par les organismes d'évaluation des technologies de la santé.

DROIT DE TRANSFORMATION

Sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes, le régime d'assurance maladie se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

Si votre régime d'assurance maladie prend fin parce que vous cessez d'y être admissible, vous pouvez, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de votre assurance, vous assurer, vous et vos personnes à charge, en vertu d'un régime individuel d'assurance maladie à l'intention des personnes retraitées.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Cette garantie est seulement offerte aux employés des syndicats autres que le SFPQ.

Les frais admissibles sont les frais raisonnablement engagés, recommandés par un dentiste et justifiés par la pratique courante de l'art dentaire pour les soins couverts décrits ci-après, et dont le coût n'excède pas les tarifs du guide de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec en vigueur au moment où les services sont rendus.

Les codes utilisés dans la description des frais admissibles proviennent du document intitulé « Nomenclature et tarifs des actes buccodentaires 2019 » approuvé par l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec. Pour les années subséquentes, ces codes seront remplacés, au besoin, par leur équivalent dans les documents ultérieurs approuvés par l'Association.

Avant d'entreprendre un plan de traitement important, il est préférable pour l'adhérent de soumettre ledit plan de traitement à l'assureur en lui faisant parvenir le formulaire d'évaluation rempli par le dentiste.

- **POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT**

  - Soins préventifs : 80 %

  - Restauration de base : 65 %

  - Restauration majeure : 65 %

  - Restauration complexe : 50 %

  - Soins d'orthodontie : 50 %

  Le remboursement maximum est de 2 000 $ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins dentaires engagés pour les soins préventifs, la restauration de base, la restauration majeure et la restauration complexe. Quant au remboursement pour les soins d'orthodontie, celui-ci est limité à un maximum à vie de 2 500 $ par personne assurée.

- **FRAIS ADMISSIBLES**

Les frais admissibles sont les frais raisonnables engagés pour tout service ou article prévu ci-après :

1) <u>Soins préventifs</u>

1. Diagnostic

Examen buccal clinique

a) examen buccal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 60 mois consécutifs (01110, 01120, 01130)

b) examen buccal préventif de rappel ou périodique, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01200)

c) examen dentaire pour les enfants à charge âgés de moins de 10 ans, non remboursable par le régime public de l'assurance maladie du Québec, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 12 mois consécutifs (01250)

d) examen d'urgence, jusqu'à concurrence d'un examen par année civile (01300)

e) examen d'un aspect particulier, jusqu'à concurrence d'un examen par année civile (01400)

f) examen parodontal complet, jusqu'à concurrence d'un examen par période de 36 mois consécutifs (01500)

Radiographies

a) radiographies intrabuccales

- radiographie périapicale (02111 à 02116)
- radiographie occlusale (02131, 02132)
- radiographie interproximale (02141 à 02144)
- radiographie des tissus mous (02151 à 02152)

b) radiographies extraorales

- pellicule extraorale (02201, 02202)
- radiographie, sinus (02304)
- sialographie (02400)
- substance radio-opaque (02430)
- radiographie articulation temporo-mandibulaire (ATM) (02504)
- radiographie panoramique, jusqu'à concurrence d'une pellicule par période de 60 mois consécutifs (02600)

Test histologique

- Biopsie de tissu mou (04302)
- Biopsie par ponction (04311)
- Biopsie par incision ou excision (04312)

2. Prévention

a) polissage de la partie coronaire des dents ou des implants (prophylaxie), jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 12 mois consécutifs (11100, 11200, 11300)

b) application topique de fluorure et application de vernis fluoré pour des personnes à charge âgées de 12 ans et moins, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 12 mois consécutifs (12400, 12410)

c) scellant de puits et fissures pour des personnes à charge âgées de 6 à 13 ans (13401, 13404)

d) meulage interproximal des dents (13700)

3. Traumatisme endodontique

a) ouverture et drainage (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39201, 39202)

b) pulpectomie (acte d'urgence distinct du traitement de canal) (39901 à 39904)

c) meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique (39970)

d) réimplantation d'une dent avulsée (39981)

e) reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)

4. Chirurgie buccale

a) incision et drainage chirurgicaux (75100, 75101, 75110)

b) traitement post chirurgical sans anesthésie (79601, 79602)

2) <u>Restauration de base</u>

1. Restauration

Dents primaires

a) antérieure ou postérieure en amalgame conventionnel (21101 à 21105)

b) antérieure ou postérieure en amalgame lié par mordançage (21121 à 21125)

c) antérieure en composite (23311 à 23315)

Dents permanentes

a) antérieure et prémolaire en amalgame conventionnel (21211 à 21215)

b) molaire en amalgame conventionnel (21221 à 21225)

c) antérieure et prémolaire en amalgame lié par mordançage (21231 à 21235)

d) molaire en amalgame lié par mordançage (21241 à 21245)

e) tenons, pour restauration (en amalgame ou en composite) (21301 à 21304)

f) antérieure en composite (23111 à 23115, 23118)

g) facette (antérieure et prémolaire) (23121, 23122, 23124)

h) prémolaire en composite (23210 à 23215)

i) molaire en composite (23220 à 23225)

j) incrustation, métal (25100, 25200, 25300, 25500)

k) incrustation, sans recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25121 à 25123)

l) incrustation, avec recouvrement, porcelaine, résine ou céramique (25521)

m) tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604)

2. Chirurgie buccale

Tubéroplastie (73150, 73151)

Ablation de tissu hyperplasique (par radiochirurgie ou par dissection) (73171 à 73176)

Ablation de surplus de muqueuse (par radiochirurgie ou par dissection) (73181 à 73186)

3) <u>Restauration majeure</u>

1. Endodontie

Carie / trauma / contrôle de la douleur :

a) pansement sédatif (20111, 20121)

b) meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)

c) collage/cimentation d'un fragment de dent brisée (20161)

Urgence endodontique :

- pulpotomie (32201, 32202, 32210)

Préparation de la dent en vue d'un traitement (39100, 39110, 39120)

Thérapie canalaire

a) traitement de canal

- un canal (33100 à 33102, 33110 à 33112)
- deux canaux (33200 à 33202, 33210 à 33212)
- trois canaux (33300 à 33302, 33310 à 33312)
- quatre canaux (33400 à 33402, 33410 à 33412)
- canal additionnel (33475)

b) apexification

- un canal (33521, 33531, 33541)
- deux canaux (33522, 33532 à 33542)
- trois canaux (33523, 33533 à 33543)
- quatre canaux ou plus (33524, 33534, 33544)

Réparation de perforation de chambre pulpaire, de racine ou d'un défaut de résorption par une approche non chirurgicale, par dent (34511, 34524)

Chirurgie endodontique périapicale :

- apectomie et traitement de canal conjoints avec ou sans obturation rétrograde (34111, 34112, 34114, 34115)

2. Parodontie

a) traitement d'infection ou d'inflammation aiguë (41200)

b) désensibilitation, jusqu'à concurrence d'un maximum global de 10 applications par année civile, par personne assurée pour toutes les dents (41300)

c) traitements parodontaux d'appoint

- jumelages ou ligatures, provisoires (43200, 43211, 43212, 43260)

- jumelages permanents (43290, 43295)

- équilibrage de l'occlusion (43300, 43310)

- détartrage parodontal, jusqu'à concurrence d'un traitement par période de 12 mois consécutifs relativement à l'ensemble de ces actes dentaires (43411 à 43414, 43417, 43419)

- appareil intrabuccal pour contrôler une parafonction (43611, 43612, 43622, 43631)

- appareil intrabuccal pour les désordres temporomandibulaires (plaque occlusale) (43711, 43712, 43732, 43741)

- application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente (49221, 49229)

4) <u>Restauration complexe et prothèses</u>

1. Restauration

a) couronnes complètes préfabriquées :

- couronne en acier inoxydable (22201, 22202, 22211, 22311)

- couronne polycarbonate ou autre matériau similaire (22401, 22411, 22501, 22511)

2. Chirurgie endodontique périapicale

a) apectomie (acte distinct du traitement de canal) (34101 à 34104)

b) apectomie et obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212 et 34215)

c) amputation de racine (34401, 34402)

d) réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)

e) hémisection (39230)

3. Parodontie

a) chirurgie parodontale

- surfaçage radiculaire (42000, 42001)
- gingivoplastie et/ou gingivectomie (42003, 42010)
- fibrotomie (42330, 42331)
- approche par lambeau avec ostéoplastie et/ou ostéoectomie (42100)
- greffe (tissus mous) (42200, 42300, 42301)
- Wedge proximal (mésial ou distal) (42400)

4. Prothèses fixes

a) couronne individuelle

- acrylique cuit (27100)
- temporaire en acrylique (27130, 27140, 27150)
- porcelaine, acrylique, céramique, résine ou métal (27200, 27210, 27300, 27310, 27401, 27501, 27503, 28211)

b) corps coulé (27640, 27700, 27701, 27707, 27710, 27711)

c) réparation d'une couronne ou d'une facette, au fauteuil (27721)

d) réparation de porcelaine ou de céramique, couronne individuelle ou facette, indirecte (27722)

e) réparation de porcelaine d'une couronne non décimentée, indirect (27723)

f) recimentation et/ou ablation (29100, 29180, 29200, 29301, 29302)

g) pivot préfabriqué (29501 à 29503)

h) reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne, y compris les tenons, dent vivante ou dévitalisée (29600)

5. Prothèses amovibles

a) prothèse complète (51100, 51110, 51120, 51201 à 51203)

b) prothèse complète immédiate (51300, 51310, 51320)

c) prothèse complète immédiate (de transition) (51600, 51610, 51620)

d) prothèse complète hybride (51701 à 51703, 51711 à 51713)

e) prothèse complète amovible sur implants (51981, 51982)

f) prothèse partielle acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232)

g) prothèse partielle acrylique sur implants (52230, 52231, 52232)

h) prothèse partielle avec base coulée, alliage chrome-cobalt, appuis et crochets coulés et/ou façonnés (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223)

i) prothèse complète avec prothèse partielle amovible sur arcade opposée, avec base coulée, alliage chrome-cobalt, avec ou sans selles libres (52531, 52532, 52542, 52543)

j) prothèse partielle amovible coulée avec attaches de précision (52600, 52610, 52620)

k) prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630)

l) prothèse partielle hybride, base coulée (52701, 52702)

m) prothèse partielle, base coulée, sur implants (53971, 53972)

n) obturateur palatin (57202)

6. Ajustement d'une prothèse

a) ajustements mineurs à la condition que ces ajustements soient prodigués plus de 6 mois après la pose initiale de la prothèse (54250, 54251)

b) remontage et équilibrage d'une prothèse complète ou partielle (54300 à 54302)

7. Réparation d'une prothèse complète ou partielle

a) réparation d'une prothèse complète sans empreinte (55101 à 55104)

b) réparation d'une prothèse complète avec empreinte (55201 à 55204)

c) ajouts de structure à une prothèse partielle (55520 et 55530)

d) nettoyage et polissage d'une prothèse (55700)

e) remplacement des dents d'une prothèse (56602)

f) récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631)

8. Rebasage et regarnissage

a) duplicata d'une prothèse (56100, 56101)

b) regarnissage d'une prothèse complète ou partielle (56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232)

c) rebasage (jump) (56260 à 56263, 56280, 56290)

d) garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273)

9. Restriction concernant le rebasage et le regarnissage

Ces services dentaires sont remboursables à condition qu'ils soient effectués plus de 6 mois après la mise en bouche de ladite prothèse et qu'il se soit écoulé au moins 36 mois consécutifs depuis le dernier regarnissage ou rebasage, selon le cas.

Toutefois, ces services ne sont pas remboursables s'ils sont prodigués sur une prothèse temporaire (de transition).

10. Ponts fixes

a) pontique (62000, 62100, 62502, 62510, 62700, 62701, 62702, 62801)

b) pont Papillon (Rochette) ou Maryland (65500)

c) pont Monarch (65510)

11. Ponts fixes, services complémentaires

a) sectionnement d'un pilier ou d'un pontique et polissage de la partie restante (63031)

b) décimentation d'un pont devant être recimenté (66600)

c) immobilisation d'un pont fixe à l'aide d'acrylique pour souder une fracture (66601)

d) ablation d'un pont ne devant pas être recimenté (66611, 66612)

e) recimentation d'un pont fixe incluant pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre) (66620)

f) réparations d'un pont fixe (66710, 66720, 66723)

g) piliers de pont (67100, 67101, 67105, 67107,67200, 67210, 67410, 67600)

h) barre de rétention pour fixer à des restaurations sur dents naturelles (67501)

i) pilier, incrustation

- métal (67711 à 67713)

- porcelaine, céramique ou résine (67721 à 67723)

12. Chirurgie buccale

a) ablation d'une dent ayant fait éruption (sans complication) (71101, 71111, 71121)

b) ablations chirurgicales

- dent ayant fait éruption (complexe) (72100 et 72110)

- dent incluse (72210, 72220, 72230, 72240, 72243)

- racines résiduelles (72300, 72310, 72320)

- exérèse d'une ou de portions d'une dent fracturée (72350)

- exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)

- déplacement chirurgical d'une dent (72430, 72440)

- énucléation d'une dent (72450)

- correction et remodelage des tissus buccaux (73005)

c) correction et remodelage des tissus buccaux

- alvéolectomie (73020)

- alvéoloplastie (73100, 73110)

- stomatoplastie (73123)

- ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)

- reconstruction du procès alvéolaire avec un matériau synthétique biocompatible (73360, 73361)

- extension des replis muqueux avec épithélialisation secondaire (incluant vestibuloplastie) (73381 à 73384)

- extension des replis muqueux avec greffe muqueuse ou épidermique (73401 à 73404)

d) ablation d'une tumeur ou d'un kyste

- ablation d'une tumeur (74108, 74109)

- ablation et curetage d'un kyste ou d'un granulome intra-osseux (74408 à 74410)

e) incision et drainage chirurgicaux (75101, 75110)

f) ablation d'un corps étranger dans le tissu osseux ou le tissu mou (75301, 75361)

g) lacération de tissu mou, réparation (76950, 76951)

h) lacération de part en part, réparation (76952, 76953)

i) frénectomie (77801 à 77803)

j) dislocation de la mandibule (78110, 78111)

k) glande salivaire, traitement (79103, 79104, 79105, 79106, 79113, 79144)

l) sinus maxillaire, retrait d'un corps étranger (79301, 79303)

m) sinus maxillaire, lavage (79304, 79305)

n) fistule oro-antrale, fermeture (79306, 79307, 79308)

o) traitement d'une hémorragie (79400, 79401)

13. Services généraux complémentaires

Sédation consciente par inhalation ou voie intraveineuse (92311 à 92319)

14. Restrictions concernant les prothèses amovibles, les prothèses fixes et les ponts fixes

Le remplacement d'une prothèse ou d'un pont fixe ou l'addition de dents à une prothèse amovible ou à un pont fixe sont remboursables à la condition qu'il soit prouvé de façon satisfaisante

a) que le remplacement ou l'addition de dents est nécessaire à la suite de l'extraction de dents après la pose initiale de la prothèse ou du pont fixe; ou

b) que la prothèse ou le pont fixe ne peut être réparé et date d'au moins 5 ans.

Lorsque des prothèses fixes servent de piliers à un pont fixe, ces prothèses fixes sont remboursables selon les mêmes conditions que les ponts fixes.

5) Soins d'orthodontie

1. Services généraux d'orthodontie

- examen spécifique et diagnostique d'orthodontie (01902)
- examen complet d'orthodontie (80000)
- ajustements, modifications ou recimentation (appareils fixes ou amovibles) (80630, 80640, 80650, 80671, 80672, 80673)

2. Corrections des habitudes buccales (14045, 14050, 14100 à 14102, 14201, 14202, 14300)

3. Appareils de maintien d'espace

- sur bagues (15108 à 15111, 15120)
- sur couronne en acier (15200, 15210)
- appareils amovibles (15400, 15410)
- avec mordançage à l'acide (15420)

4. **Orthodontie corrective**

   - appareils amovibles (81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162)
   - appareils orthopédiques (81171 à 81175)
   - appareils fixes (81201 à 81214, 81221, 81222, 81261, 81271, 81291 à 81294)

5. **Appareils de rétention** (83100, 83111, 83112, 83113, 83114, 83200, 83210)

6. **Orthodontie majeure** (84000, 84500, 84600, 89600)

EXCLUSIONS

L'assureur n'effectue aucun remboursement en vertu de la présente garantie en ce qui concerne :

a) les soins dentaires reçus à des fins esthétiques lorsque la forme et la fonction des dents sont satisfaisantes et qu'aucun état pathologique n'existe;

b) les frais imposés par un dentiste pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour les consultations par téléphone;

c) les frais engagés pour des implants;

d) les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont dispensés à des fins expérimentales seulement;

e) les services, soins ou produits dentaires que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public d'assurance maladie interdit de payer;

f) les services et fournitures dentaires non inclus dans la liste des frais admissibles;

g) les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés qui ont été mis en bouche alors que la présente garantie de soins dentaires était en vigueur, à moins qu'il ne se soit écoulé au moins 5 ans depuis ladite mise en bouche.

DROIT DE TRANSFORMATION

Sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes, le régime facultatif d’assurance soins dentaires se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

Si votre régime facultatif d’assurance soins dentaires prend fin parce que vous cessez d'y être admissible, vous pouvez, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de votre assurance, vous assurer, vous et vos personnes à charge, en vertu d'un régime individuel de soins dentaires à l'intention des personnes retraitées.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

- **ASSURANCE VIE DE BASE**

À votre décès, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'une somme assurée égale à 1 fois votre traitement annuel, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après. Toutefois, à l'entrée en vigueur du contrat avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, les personnes qui étaient assurées en vertu du régime d'assurance vie en vigueur avant le 12 janvier 1989 (régime C4) et qui bénéficiaient de la clause de prolongation pouvaient conserver ces montants d'assurance vie, sous réserve des dispositions prévues à cet effet.

Sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de votre assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

Paiement anticipé du capital

1) Sur acceptation de l'assureur, si votre espérance de vie est de moins de 24 mois, vous pouvez obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en vertu de la présente assurance payable à votre décès.

   Ce paiement est toutefois limité au moindre de 50 % de la somme assurée en vertu de l'assurance vie de base ou de 100 000 $.

2) À votre décès, le montant payable en vertu de la garantie d'assurance vie de base est réduit :

   a) du montant du paiement anticipé, et

   b) des intérêts courus sur le montant du paiement anticipé.

3) Toutes les primes prévues demeurent toutefois payables, à moins que vous ne soyez exonéré du paiement de vos primes.

Droit de transformation

Si vous avez moins de 65 ans lorsque votre assurance se termine et que vous n'êtes pas alors admissible à l'assurance des personnes retraitées, vous pouvez, au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de votre assurance et sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, transformer votre assurance vie collective en une assurance vie individuelle permanente ou temporaire, sans garantie d'assurance en cas d'accident, selon la protection d'assurance collective que vous déteniez jusque-là. Pour la première année du contrat individuel, vous pouvez payer une prime d'assurance temporaire avant d'être obligé de verser la première prime du contrat individuel choisi.

Si vous avez 50 ans ou plus lorsque votre assurance se termine, vous pourriez alors être admissible au régime collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées et pourriez vous assurer en vertu de ce régime en remplissant les formulaires appropriés.

▪ ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE

L'assurance mort ou mutilation accidentelles de base prévoit le paiement d'un pourcentage d'une somme assurée égale à 1 fois votre traitement annuel, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après. Toutefois, à l'entrée en vigueur du contrat avec Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, les personnes qui étaient assurées en vertu du régime d'assurance vie et mort ou mutilation accidentelles en vigueur avant le 12 janvier 1989 (régime C4) et qui bénéficiaient de la clause de prolongation pouvaient conserver ces montants d'assurance vie et mort ou mutilation accidentelles, sous réserve des dispositions prévues à cet effet.

Tableau des pertes

Perte	**Pourcentage de la somme assurée**
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'une main ou d'un pied	50 %
de la vue d'un œil	50 %

Par perte d'une main ou d'un pied, on entend la perte complète et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied.

Par perte d'un œil, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue d'un œil.

Pour que la somme assurée soit payable en vertu de cette garantie, la perte doit survenir au plus tard au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

Lorsque vous subissez plusieurs pertes par suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme totale payable en vertu de cette garantie pour l'ensemble de ces pertes ne peut excéder 100 % de la somme assurée d'assurance mort ou mutilation accidentelles de base.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

- **ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE**

À votre décès, l'assurance vie additionnelle prévoit le paiement d'une somme assurée supplémentaire égale à 1 fois, 2 fois ou 3 fois votre traitement annuel, selon la protection que vous avez choisie et qui a été acceptée par l'assureur, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Votre assurance vie additionnelle se termine au plus tard lorsque vous atteignez 65 ans. Toutefois, si vous quittez votre emploi avant l'âge de 65 ans, vous pouvez transformer votre assurance vie additionnelle aux mêmes conditions que votre assurance vie de base.

- **ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES**

L'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles prévoit le paiement d'un pourcentage d'une somme assurée égale à 1 fois, 2 fois ou 3 fois votre traitement annuel, selon la protection que vous avez choisie et qui a été acceptée par l'assureur. Cette somme est payable selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base et l'assurance vie additionnelle. Vous pouvez choisir un montant d'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles égal à 1 fois, 2 fois ou 3 fois votre traitement annuel. Toutefois, ce montant doit être égal ou inférieur au montant d'assurance vie additionnelle que vous détenez.

Tableau des pertes

Perte	Pourcentage de la somme assurée
de la vie	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'une main ou d'un pied	50 %
de la vue d'un œil	50 %

Par perte d'une main ou d'un pied, on entend la perte complète et définitive de l'usage d'une main ou d'un pied.

Par perte d'un œil, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue d'un œil.

Pour que la somme assurée soit payable en vertu de cette garantie, l'accident doit survenir avant l'âge de 65 ans et la perte doit survenir au plus tard au cours des 365 jours qui suivent la date de l'accident.

Lorsque vous subissez plusieurs pertes par suite d'un ou de plusieurs accidents survenus au cours d'une même période de 365 jours, la somme totale payable en vertu de cette garantie pour l'ensemble de ces pertes ne peut excéder 100 % de la somme assurée d'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous atteignez 65 ans.

- **ASSURANCE VIE DE LA CONJOINTE OU DU CONJOINT**

Au décès de votre conjointe ou conjoint assuré, cette garantie prévoit le paiement d'une somme assurée égale à 10 000 $, 20 000 $, 30 000 $, 40 000 $ ou 50 000 $, selon la protection que vous avez choisie et qui a été acceptée par l'assureur, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

La somme assurée payable au décès de la conjointe ou du conjoint est réduite à 10 000 $ lorsque vous atteignez 65 ans.

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base et fournir, pour votre conjointe ou conjoint, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite. Vous pouvez alors assurer votre conjointe ou conjoint en vertu de votre régime collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées.

Droit de transformation

Sous réserve des dispositions suivantes, votre conjointe ou conjoint peut transformer son assurance en un contrat individuel d'assurance vie d'un genre émis par l'assureur sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité :

a) le contrat d'assurance collective doit être en vigueur au moment de la transformation;

b) vous devez avoir moins de 65 ans lorsque l'assurance de votre conjointe ou conjoint prend fin et son assurance doit prendre fin en raison de votre cessation d'emploi;

c) il est impossible pour votre conjointe ou conjoint de transformer son assurance si vous devenez admissible à l'assurance vie en vertu du contrat collectif d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées;

d) la demande doit être faite au cours des 31 jours qui suivent immédiatement la fin de l'assurance.

- **ASSURANCE VIE DES ENFANTS À CHARGE**

Au décès d'un enfant à charge assuré, cette garantie prévoit le paiement d'une somme assurée égale à 5 000 $, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et selon ce qui est indiqué ci-après.

Pour adhérer à cette assurance, vous devez détenir l'assurance vie de base.

La somme assurée en vertu de cette garantie est payable, dans l'ordre, soit à vous-même, soit à votre conjointe ou conjoint, soit aux héritiers légaux de l'enfant à charge décédé.

Cette assurance s'applique uniquement à compter du lendemain de la naissance ou de l'adoption de l'enfant à charge.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous prenez votre retraite.

- **EXCLUSIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES DE BASE ET À L'ASSURANCE ADDITIONNELLE EN CAS DE MORT OU MUTILATION ACCIDENTELLES**

L'assureur ne verse pas les prestations prévues par l'assurance mort ou mutilation accidentelles de base ni celles qui sont prévues par l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, si la perte est subie :

a) lorsque vous exercez une fonction de membre d'équipage d'aéronef, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment où vous exercez ladite fonction de membre d'équipage;

b) en raison d'une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;

c) à la suite d'un traitement médical ou dentaire, d'une intervention chirurgicale ou d'une anesthésie;

d) à la suite d'automutilation volontaire ou de suicide, que vous soyez sain d'esprit ou non;

e) à la suite d'une guerre ou d'une participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;

f) par suite de participation à un acte criminel ou à un attentat quelconque;

g) pendant que vous êtes en service actif dans les forces armées.

RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT

PRESTATIONS

Lorsque vous devenez totalement invalide et le demeurez, vous avez droit au paiement d'une rente mensuelle après une certaine période, selon les modalités qui sont prévues aux **DISPOSITIONS GÉNÉRALES** et ce qui est indiqué ci-après.

Aux fins du présent régime, l'invalidité totale débute :

a) à la date à laquelle vous cessez de travailler par suite d'invalidité totale, dans le cas d'une invalidité reconnue par la Loi sur l'assurance-automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;

b) à la date à laquelle vous avez épuisé vos jours de congés de maladie accumulés, dans tout autre cas.

L'invalidité totale prend fin lorsque vous êtes incapable ou refusez de fournir des preuves satisfaisantes de votre invalidité totale.

Rente mensuelle :

87,5 % de votre traitement mensuel net à la date d'épuisement de vos congés de maladie accumulés. Dans tous les cas, le montant de la rente mensuelle est diminué des prestations provenant des sources mentionnées à cet effet à l'article « Coordination ».

Le pourcentage de rente mensuelle indiqué ci-dessus est constitué de :

a) la rente payable par l’assureur; et

b) la prestation nette du régime d'assurance traitement de l'employeur.

En cas de rupture du lien d'emploi au cours des 104 premières semaines d'invalidité totale, l'employeur cesse le versement de la prestation d'assurance traitement et l'adhérent ne reçoit que le montant correspondant à la rente payable par l'assureur.

Début des prestations : après épuisement de votre réserve de congés de maladie (minimum 5 jours ouvrables) et de votre première année de prestation en vertu de l'assurance traitement de l'employeur.

Durée maximale des prestations : jusqu'à 65 ans.

Indexation de la rente versée : Rajustement selon l'indice des prix à la consommation, jusqu'à concurrence 3 %, le premier janvier de chaque année qui suit le début du paiement de la rente.

Lorsque cela est nécessaire, la rente est fractionnée à raison de 1/30 par jour d'invalidité.

Cette assurance se termine au plus tard lorsque vous atteignez 64 ans si vous n'êtes pas en période d'invalidité totale à ce moment.

Modalité spéciale pour le personnel occasionnel

Pour le personnel occasionnel engagé par contrat pour une durée d'un an ou plus, la réserve de congés de maladie (minimum 5 jours ouvrables) doit être épuisée avant la fin du contrat pour que la rente soit payable. Après la fin prévue de son contrat, il est présumé que le contrat de l'employé occasionnel sera reconduit.

Modalités spéciales pour le personnel saisonnier

Pour l'employé saisonnier, les modalités suivantes s'appliquent :

a) la rente mensuelle n'est payable qu'à l'égard des périodes prévues d'emploi;

b) le délai de carence et la période à l'égard de laquelle la rente est effectivement payée sont déterminés en tenant compte de la plus longue des périodes prévues ci-après :

i) la période courante pour laquelle l'employé a effectivement été rappelé;

ii) la durée moyenne des trois (3) périodes les plus récentes, pour lesquelles il a effectivement été rappelé.

Coordination

La rente est diminuée de toute prestation initiale nette provenant des sources suivantes :

a) la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail;

b) le régime de rentes du Québec;

c) le régime de pensions du Canada;

d) la Société de l'assurance-automobile du Québec;

e) toute police d'assurance collective;

f) tout régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic;

g) toute indemnité de remplacement de revenu versée en vertu de toute autre loi fédérale ou provinciale si l'assurance-emploi considère cette indemnité comme un revenu.

Les montants qui sont accordés en vertu de tout régime public et qui sont basés sur votre traitement ou salaire net sont ramenés sur votre traitement ou salaire brut estimé pour déterminer le montant provenant de ces sources. À défaut de recevoir les montants de ces différentes sources de revenu, vous devez fournir la preuve que vous n'avez pas droit à des prestations provenant de ces sources. Précisons toutefois que l'assureur n'exige pas que l'assuré invalide fasse une demande de rente de retraite qui subirait une réduction actuarielle. Cependant, si l'adhérent en fait quand même la demande et reçoit une rente réduite actuariellement, tant du régime de rentes du Québec, du régime de pensions du Canada que d'un régime collectif de retraite des secteurs public, parapublic et péripublic, la rente reçue sera considérée dans le calcul de la coordination par l'assureur.

Les indexations ultérieures de ces prestations ne réduisent pas le montant de rente payable en vertu du présent régime.

Aucune rente n'est payable après la date à laquelle vous atteignez l'âge de 65 ans.

Emploi de réadaptation

Si vous êtes totalement invalide, vous pouvez exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur. La rente payée en vertu de ce régime est alors réduite de 60 % de la rémunération nette provenant dudit travail.

Emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement

Si vous êtes totalement invalide selon la notion de propre emploi, vous pouvez vous engager dans un travail de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement, conformément à ce qui est prévu dans votre convention collective tout en continuant de bénéficier de la présente assurance relativement à l'invalidité en cours, aussi longtemps que ledit travail demeure un emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement. La rente payée par l'assureur pendant la durée d'un tel emploi est alors réduite de 60 % de la rémunération nette provenant dudit emploi. De plus, le montant de la rente payée est ajusté de manière à ce que la somme de cette rente et de la rémunération nette de l'emploi de réorientation, de rétrogradation ou de reclassement n'excède pas 100 % du traitement net que vous receviez au moment où votre invalidité totale a débuté.

Alcoolisme et toxicomanie

L'alcoolisme et la toxicomanie sont considérés comme des maladies dans la mesure où l'adhérent est traité médicalement en vue de sa réadaptation, selon les normes généralement reconnues. L'adhérent qui a reçu des traitements en vue de sa réadaptation et chez qui subsiste une incapacité physique ou mentale reliée à l'alcoolisme ou à la toxicomanie a droit aux prestations d'invalidité, à condition que son état corresponde à celui qui est prévu dans la définition du terme « invalidité totale » et pourvu que l'adhérent poursuive ses traitements de réadaptation, s'il est médicalement considéré qu'il y a lieu de le faire.

Droit de renonciation au régime d'assurance traitement

Vous pouvez refuser de participer au régime d'assurance traitement ou cesser d'y participer en vertu du droit de renonciation. Ce droit de renonciation peut être exercé si vous répondez à l'un des critères suivants:

a) vous êtes déjà couvert par un régime collectif offrant une protection similaire d'assurance traitement;

b) vous participez au Régime de retraite des enseignants (RRE) ou au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF);

c) vous avez signé une entente avec votre employeur confirmant que vous prendrez votre retraite dans moins d'un an;

d) vous avez accumulé une réserve de congés de maladie vous procurant une garantie de traitement jusqu'à l'âge de 64 ans en cas d'invalidité;

e) vous avez accumulé 35 années de participation reconnues au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) (en incluant votre réserve de congés de maladie et l'année d'assurance traitement de l'employeur).

Si vous désirez exercer ce droit de renonciation, vous devez remplir le formulaire « Droit de renonciation au régime d'assurance traitement» et le faire parvenir à l'assureur par le biais de votre employeur.

Le régime d'assurance traitement prendra fin à la date du début de la période de paie qui suit la date de réception du formulaire droit de renonciation chez l'employeur.

Ce choix est irrévocable (sauf si le régime collectif d'assurance traitement similaire prend fin) et aucun remboursement rétroactif des primes n'est accordé.

Fin d'exemption suite à une renonciation

Si vous aviez renoncé à participer au régime d'assurance traitement parce que vous étiez couvert en vertu d'un régime collectif qui offre une protection similaire d'assurance traitement et que ce régime collectif se termine, vous devez établir, à la satisfaction de l'assureur, que vous étiez antérieurement assuré en vertu d'un régime similaire d'assurance traitement et qu'il vous est devenu impossible de continuer à être assuré. Vous devez remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent immédiatement la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption et vous serez assuré d'office à compter de la date de la fin de l'assurance qui a permis l'exemption, si vous êtes au travail ou apte au travail à cette date. Advenant le cas où vous êtes absent du travail à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, le régime d'assurance traitement entrera en vigueur à la date de votre retour effectif au travail.

EXCLUSIONS

L'assureur ne verse aucune indemnité dans les cas suivants :

a) pour des invalidités totales survenues par suite d'une guerre ou par suite de votre participation à une insurrection ou à une émeute, sauf si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions au moment de ladite participation;

b) pour des invalidités totales survenues par suite de votre participation à un crime ou à un attentat quelconque;

c) pour des invalidités totales survenues pendant que vous êtes en service actif dans les forces armées;

d) pour des invalidités totales survenues pendant toute période d'arrêt de travail par suite d'une grève, d'un lock-out ou d'une mise à pied, sous réserve des dispositions prévues au présent régime;

e) si vous n'êtes pas sous les soins d'un médecin.

Représentation graphique de l'application de l'assurance traitement pour une personne détenant un emploi permanent régulier à temps complet et dont l'invalidité totale se poursuit au sens du contrat.

P1	**Congés de maladie**	Début de l'invalidité. Période d'utilisation des congés de maladie accumulés (minimum 5 jours ouvrables).
P2	**12 mois**	Début des prestations payables par l'employeur et début du calculs de la période de 60 mois utilisée dans la définition d'invalidité totale. Durée : 12 mois.
P3	**12 mois**	Début de la 2e année des prestations payables par l'employeur et début du paiement des prestations de l'assureur (le total des prestations de l'employeur, des prestations de l'assureur et des prestations d'autres sources énumérées à la section **COORDINATION** atteint alors 87,5 % du traitement net que vous touchiez à la fin de la période P1). Durée : 12 mois.
P4	**Notion de propre emploi 36 mois**	Fin des prestations de l'employeur et début du paiement total des prestations par l'assureur (le total des prestations de l'employeur, des prestations de l'assureur et des prestations d'autres sources énumérées à la section **COORDINATION** est de 87,5 % du traitement net que vous touchiez à la fin de la période P1). Durée : tant que dure l'invalidité totale, mais en aucun cas après l'âge de 65 ans.
	Notion de tout emploi	Après les 36 premiers mois de la période P4 (60 mois du début de l'invalidité totale), prestations payables par l'assureur conformément à la notion de tout emploi (voir la définition d'invalidité totale décrite à la section **DÉFINITIONS**). Âge maximal : 65 ans

Des modalités spéciales décrites précédemment s'appliquent pour le personnel occasionnel ou saisonnier.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

Accident : un événement soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe ou à une noyade ou à une asphyxie accidentelle et qui occasionne, directement ou indépendamment de toute autre cause des lésions corporelles.

Adhérent : employé assuré en vertu du présent régime.

Age : âge atteint au dernier anniversaire de naissance de la personne assurée.

Assuré ou personne assurée : employé, sa conjointe ou son conjoint ou l'un de ses enfants à charge assuré en vertu du présent régime.

Avion : aéronef multimoteur à voilure fixe d'un poids autorisé au décollage d'au moins 4 536 kg qui est exploité entre des aéroports reconnus par une ligne aérienne à horaire fixe ou à service d'affrètement immatriculé au Canada ou l'étranger et qui détient un permis valide de la Commission Canadienne des Transports Aériens de transporteur aérien à horaire fixe ou à service d'affrètement (ou leur équivalent étranger). Les vols spéciaux ou nolisés autorisés par l'un des permis ci-haut mentionnés ne sont couverts que s'ils sont effectués avec un aéronef de type normalement employé par la ligne aérienne pour son service de vols à horaire fixe ou affrétés. Tous les appareils militaires sont exclus.

Comité : comité qui, conformément à la convention constituant le Comité des assurances du SFPQ et de certains autres syndicats de la fonction publique, est responsable de l'établissement et de la mise en application des divers régimes d'assurance collective prévus aux conventions collectives en vigueur.

Compagnon de voyage : personne de 18 ans ou plus qui ne répond pas à la définition d'enfant à charge et qui partage des arrangements de voyage avec la personne assurée (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).

Conjointe ou conjoint : personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

a) vous est unie par les liens d'un mariage légalement reconnu au Québec; ou

b) vit maritalement avec vous depuis au moins 12 mois et n'est pas séparée de vous depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de votre union; ou

c) vit maritalement avec vous, a eu un enfant avec vous et n'est pas séparée de vous depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de votre union.

En présence de deux conjoints, toutefois, un seul est reconnu comme tel pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

a) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit que vous avez fait parvenir à l'assureur, sous réserve de l'acceptation des preuves d'assurabilité exigibles en vertu du contrat;

b) le conjoint à qui vous êtes uni par les liens du mariage.

Convention collective : entente intervenue à titre de convention collective entre l'employeur et chacun des syndicats qui sont partie au Comité des assurances, ou tout règlement ou décret en tenant lieu.

Défaillance : insolvabilité ou faillite du fournisseur de services de voyage, volontaire ou involontaire, qui empêchent la personne assurée de bénéficier des arrangements de voyage et qui exposent cette dernière à subir une perte financière. Le fournisseur de services de voyage doit avoir un bureau au Canada et détenir tous les permis et certificats d'exploitation requis par les autorités canadiennes compétentes.

Employé : personne qui occupe un emploi régi par l'une des conventions collectives de travail des syndicats qui sont partie au Comité ainsi que tout autre employé accepté par le preneur.

Cette définition s'applique aussi aux agents de la paix en services correctionnels à statut régulier à temps partiel. Il s'agit d'employés temporaires ou permanents dont les services sont requis sur une base annuelle pour un minimum de 1 248 heures.

Employé occasionnel admissible aux assurances : toute personne engagée par contrat pour une durée d'un an ou plus, ainsi que toute personne qui, à titre d'employé saisonnier ou occasionnel, est inscrite sur une liste de rappel pour combler chaque année un poste d'une durée d'au moins 3 mois consécutifs, à l'exception des personnes qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'employé.

Employeur : le Gouvernement du Québec, y compris les ministères et organismes gouvernementaux qui sont partie à la convention collective de travail des employés, ainsi que tout employeur ou catégorie d'employeurs acceptés comme tels par le preneur et ce, en autant que l'assureur puisse appliquer dès lors toute modification de taux de prime qu'il juge nécessaire en raison de tout ajout d'employeur, après entente avec le preneur.

Enfant à charge : personne admissible qui réside au Canada et qui :

a) a moins de 18 ans et à l'égard de laquelle vous ou votre conjoint exercez une autorité parentale; ou

b) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle vous ou votre conjoint exerceriez l'autorité parentale si elle était mineure; ou

c) est majeure, sans conjoint et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance-médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu en a) ou en b) dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, elle doit être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre d'adhérent ou de conjoint d'un adhérent, exercerait l'autorité parentale si la personne déficiente était mineure.

Famille immédiate : personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.

Fournisseur de services de voyage : agence de voyage, un grossiste en voyage, un organisateur de voyages à forfait et une compagnie aérienne détenant un permis et un certificat d'exploitation valides émis par les autorités compétentes au Canada ou à l'étranger.

Frais usuels et raisonnables : les frais habituellement exigés pour des soins ou produits similaires et limités au tarif qui prédomine dans la région où les soins ou produits sont fournis. « Soins ou produits similaires » signifie des soins ou des produits qui sont comparables quant à leur nature et à leur durée, qui exigent une même compétence et qui sont fournis par une personne ayant une formation et une expérience similaires.

Hôpital : centre hospitalier situé au Québec (y compris un établissement auxiliaire) au sens de la Loi et des Règlements sur les Services de santé et les Services sociaux (L.R.Q., ch. 5.5) ou un centre hospitalier situé à l'extérieur du Québec et reconnu comme tel par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

Hôte à destination : personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pourvu que l'hébergement en question soit reconnu comme la résidence de l'hôte à destination.

Invalidité totale :

1) <u>Notion de propre emploi</u>

L'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant les 60 premiers mois suivant le début des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur. Toutefois, relativement à un employé saisonnier, l'« invalidité totale » est une incapacité complète de l'employé assuré, par suite de blessures corporelles ou de maladie, de remplir les tâches habituelles de son occupation principale durant la plus longue des deux périodes suivantes :

a) les 60 premiers mois suivant le début de l'invalidité totale;

b) la période pendant laquelle l'employé saisonnier a droit à des prestations en vertu du régime d'assurance traitement de l'employeur.

2) Notion de tout emploi

Après la notion de propre emploi, pour tout adhérent, y compris les employés saisonniers, « invalidité totale » signifie l'incapacité complète de l'adhérent, par suite de blessures corporelles ou de maladie, d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle il est raisonnablement apte en raison de son éducation, de son entraînement ou de son expérience.

Il est entendu que lorsque des soins médicaux sont nécessaires et qu'ils relèvent de la compétence d'un spécialiste, ils doivent être rendus par un spécialiste du domaine approprié pour que l'invalidité totale soit reconnue comme telle.

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. Aux fins du présent régime, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin : un médecin membre en règle de sa corporation professionnelle.

Médicament équivalent : médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.

Membre de la proche famille : la conjointe, le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère ou la soeur de la personne assurée.

Membre de la famille : tout membre de la proche famille ainsi que le beau-père, la belle-mère, les grands-parents, les petits-enfants, les demi-frères, les demi-soeurs, les beaux-frères, les belles-soeurs, les gendres, les brus, les oncles, les tantes, les neveux ou les nièces de la personne assurée.

Même période d'invalidité totale : des périodes successives d'invalidité interrompues par :

a) moins de 15 jours effectifs d'emploi à plein temps durant les 51 premières semaines de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure;

b) moins de 30 jours effectifs d'emploi à plein temps après la 51e semaine de prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, à moins que l'invalidité subséquente ne soit causée par une maladie ou une blessure absolument étrangère à la cause de l'invalidité antérieure.

Non-fumeur : personne qui n'a pas fait l'usage de tabac sous une forme quelconque au cours des 12 mois qui ont immédiatement précédé le moment de la déclaration signée.

Période de paie : une période de 14 jours.

Personnes à charge : votre conjointe ou conjoint et vos enfants à charge.

Perte financière : perte des sommes payées au fournisseur de services de voyage pour les arrangements de voyage qu'il a conclus, si le fournisseur ne peut les respecter en raison de défaillance, dans la mesure où ces sommes n'ont pas été ou ne seront pas remboursées à la personne assurée par le fournisseur de services ou par tout fonds prévu ou mis sur pied à cet effet par les autorités gouvernementales.

Préretraite totale : période précédant immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé ne travaille pas, étant entendu que sa banque de congés de maladie s'épuise alors en fonction du nombre d'heures qu'il travaillerait à titre d'employé à temps complet.

Préretraite graduelle : période précédant immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période, étant entendu que la banque de congés de maladie de l'employé sert alors à combler l'écart entre le nombre d'heures qu'il travaille réellement et le nombre d'heures qu'il travaillerait à titre d'employé à temps complet; lors d'une préretraite graduelle, le nombre d'heures de travail par semaine peut être fixe ou décroissant, mais il ne peut en aucun cas être inférieur à 14.

Régime d'assurance traitement de l'employeur : régime d'assurance traitement de base dont les prestations, payables par l'employeur, sont décrites dans les conventions collectives de travail des syndicats qui sont partie au Comité des assurances.

Retour effectif au travail : après une absence du travail, vous êtes considéré en retour effectif au travail si vous exercez, au cours de toute journée de travail, toutes les tâches habituelles reliées au travail que vous effectuez auprès de l'employeur selon l'horaire habituel prévu pour ladite journée.

Retraite graduelle : période d'au plus trois ans, qui précède immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période et reçoit de Retraite Québec une partie de sa rente de retraite; cette période ne peut débuter avant l'âge de 65 ans.

Retraite progressive : période d'au moins un an et d'au plus cinq ans, qui précède immédiatement la retraite totale et définitive et au cours de laquelle l'employé travaille à temps partiel selon un horaire établi avant que ne débute ladite période et selon les conditions de travail applicables aux employés à temps partiel; lors d'une retraite progressive, le nombre d'heures de travail par semaine peut être fixe ou décroissant, mais il ne peut en aucun cas être inférieur à 14.

Retraité : toute personne versant des cotisations syndicales à un des preneurs au moment de sa retraite et qui prend sa retraite en vertu d'un Régime de retraite tel que le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), le Régime de retraite des enseignants (RRE) ou le Régime de retraite des agents de la paix en service correctionnel (RRAPSC). Toutefois, une personne retraitée invalide avant l'âge normal de retraite n'est pas considérée comme une personne retraitée, mais plutôt comme une personne invalide, et ce, tant qu'elle a droit à l'exonération des primes en vertu du régime facultatif d'assurance vie et d'assurance mort et mutilation accidentelles en vertu du no 30000 ou du no 30000-2.

Le terme «retraité» désigne également tout employé qui était assuré en vertu du no 30000 ou du no 30000-2 et dont l'assurance en vertu dudit régime a pris fin après son 50e anniversaire de naissance en raison de la terminaison de son emploi ou, après 65 ans, au terme d'une retraite graduelle.

L'employé retraité qui effectue un retour au travail à compter du 1er janvier 2016 n'est pas admissible aux assurances.

Réunion d'affaires : réunion privée préalablement organisée dans le cadre de l'occupation à plein temps de la personne assurée ou de la profession exercée par cette dernière.

Stable : se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

a) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et

b) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Traitement : ensemble des soins, procédés et services fournis au cours d'une même séance par une même catégorie de professionnels de la santé.

Traitement ou salaire brut :

a) Pour tous les adhérents à l'exception des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel :

   i) Traitement annuel, basé sur la semaine régulière de travail de l'adhérent en vertu de sa convention collective ou de tout règlement en tenant lieu et servant aux fins du calcul des prestations du régime d'assurance traitement de l'employeur, incluant le supplément prévu à la convention collective pour une semaine de travail régulièrement majorée.

   ii) Dans tous les cas, le traitement exclut toute autre prime, allocation, rémunération additionnelle ou montant forfaitaire, à l'exception de tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions des conventions collectives.

   iii) Toutefois, lorsque suite à l'application des dispositions d'une convention collective ou de tout règlement ou décret en tenant lieu, une partie ou la totalité de la garantie d'une augmentation de traitement est accordée sous forme de montant forfaitaire, ledit montant fait partie du traitement ou salaire de l'employé.

iv) Tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions de la convention collective pourrait être reconnu comme du traitement. Cette reconnaissance doit être confirmée par le preneur.

b) Pour les adhérents faisant partie des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel :

i) Traitement brut annuel établi en fonction de la moyenne des heures régulières travaillées et versées dans l'année civile précédente pour les employés ayant un lien d'emploi supérieur à 52 semaines à la fin de l'année civile. Le traitement annuel ne peut toutefois être inférieur au traitement de travail de 25 heures par semaine.

ii) Dans le cas d'un employé dont le lien d'emploi est de 52 semaines ou moins à la fin de l'année civile, le traitement brut annuel est établi en fonction de la moyenne des heures régulières travaillées versées dans l'année civile précédente, et la différence entre les 52 semaines nécessaires et le nombre de semaines depuis sa nomination à titre d'employé à temps partiel est considérée avoir été rémunérée en moyenne 32 heures par semaine au traitement horaire.

iii) Si pendant la période de référence de 52 semaines, l'employé à temps partiel a reçu une indemnité ou des prestations, il est entendu qu'aux fins du calcul de son traitement annuel moyen, on se réfère au traitement moyen à partir duquel telle indemnité ou telles prestations ont été établies.

iv) Le ministère de la Sécurité publique fournira, pour chacune des années, le traitement pour chacun des assurés et ce traitement annuel ne pourra être modifié en cours d'année.

v) Tout ajustement rétroactif lors de la mise en application des conditions de la convention collective pourrait être reconnu comme du traitement. Cette reconnaissance doit être confirmée par le preneur.

Traitement ou salaire net : traitement brut moins les impôts fédéral et provincial, les cotisations à l'assurance-emploi, au régime de retraite de l'employeur, au Régime des rentes du Québec, et au Régime québécois d'assurance parentale, le tout selon le statut fiscal réel de l'adhérent.

Transport public : déplacement par avion, autobus, train, bateau, taxi ou limousine exploités sous licence par un transporteur autorisé pour le transport des passagers.

Véhicule : automobile, caravane motorisée ou camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

Voyage : période déterminée au cours de laquelle la personne assurée est couverte en vertu d'un régime provincial de soins médicaux et pour laquelle :

a) des arrangements sont pris avec tout fournisseur de services de voyage; ou

b) des réservations ont été effectuées par la personne assurée pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait.

ADMISSIBILITÉ

Vous êtes admissible à l'assurance à la date d'entrée en vigueur du contrat ou à celle des dates suivantes qui s'applique dans votre cas si celle-ci est ultérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat :

a) si vous faites partie du personnel régulier, saisonnier ou occasionnel : la date à laquelle vous avez complété 21 jours effectifs de travail;

b) si vous faites partie des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps complet, si vous êtes médecin, chirurgien-dentiste ou professeur : la date à laquelle vous avez complété un mois de service continu;

c) si vous faites partie des agents de la paix en services correctionnels ayant un statut régulier à temps partiel : la date à laquelle vous avez complété 240 heures de service continu;

d) si vous faites partie des constables spéciaux travaillant :

   i) à temps complet ou 75 % ou plus du temps complet, la date à laquelle vous avez complété 1 mois de service continu;

   ii) entre 25 % et 75 % du temps complet, la date à laquelle vous avez complété 3 mois de service continu;

e) la date à laquelle vous répondez à la définition d'employé suite à une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe 1, alinéa 3, pourvu que vous ayez immédiatement auparavant été assuré par un régime comportant des garanties comparables.

La période normalement nécessaire pour devenir admissible ne s'applique pas dans les cas suivants :

a) lorsque, après avoir quitté votre employeur de façon définitive, vous revenez chez cet employeur à l'intérieur d'une période qui n'excède pas 60 jours civils;

b) lorsque vous changez d'employeur et qu'il ne s'écoule pas plus de 60 jours civils entre le moment où vous avez quitté votre employeur précédent et celui où vous avez commencé à travailler pour votre nouvel employeur;

c) lorsque vous passez d'un statut de non-syndiqué à syndiqué.

Advenant une telle situation, vous continuerez à être protégé par les mêmes régimes que vous déteniez au moment de la cessation de votre emploi précédent. Si vous désirez effectuer un changement de protection ou de régime d'assurance, vous devrez respecter les dispositions prévues à cet effet à l'article « **CHANGEMENTS DE PROTECTION** ».

Les employés occasionnels qui reçoivent la compensation relative à leur statut d'emploi ne sont pas admissibles à l'assurance.

Vos personnes à charge sont admissibles, soit à la même date que vous-même si elles sont déjà vos personnes à charge, soit à la date à laquelle elles le deviennent.

La personne à charge qui cesse d'être protégée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires à celles du présent régime devient admissible à l'assurance du présent régime à la date à laquelle elle cesse d'être protégée par l'autre régime.

Les agents de la paix en services correctionnels qui occupent une fonction de cadre de façon intérimaire conservent leurs protections pendant toute la durée de leur intérim.

DEMANDES D'ADHÉSION, PREUVES D'ASSURABILITÉ ET EXEMPTION

Pour le régime d'assurance maladie

L'adhésion au régime d'assurance maladie est obligatoire pour vous et vos personnes à charge admissibles et vous avez accès à trois modules différents : Santé 1, Santé 2 ou Santé 3. Pour le régime d'assurance maladie, la protection individuelle ne vous est offerte que si vous n'avez pas de personne à charge admissible ou si vos personnes à charge admissibles sont exemptées de s'assurer en vertu de ce régime en raison du fait qu'elles sont couvertes en vertu d'un autre régime d'assurance collective. Autrement, si vous avez un ou des enfants à charge et n'avez pas de conjoint, vous pouvez choisir une protection monoparentale ou familiale; si vous avez un conjoint, la protection familiale est obligatoire.

À compter du 1er septembre 2024, si vous êtes un ouvrier saisonnier du SFPQ ou un employé de la SEPAQ, votre admissibilité au régime d'assurance maladie est suspendue lorsque vous êtes en période de mise à pied.

À compter du 3 novembre 2024, si vous êtes un employé saisonnier de la Corporation de gestion des rivières Matapédia et Patapédia (CGRMP), votre admissibilité au régime d'assurance maladie est suspendue lorsque vous êtes en période de mise à pied.

Pour adhérer à l'assurance maladie (modules Santé 1, Santé 2, Santé 3), vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès que vous y devenez admissible. Si vous ne transmettez pas de demande d'adhésion à l'assureur, vous serez assuré d'office sous le module Santé 1 avec une protection individuelle, jusqu'à avis contraire de votre part.

Advenant le cas où vous désirez adhérer au module Santé 2 ou Santé 3 et que la demande est reçue après la période de 31 jours qui suit la date de votre admissibilité, vous serez automatiquement assuré sous le module Santé 1 à partir de la date de votre admissibilité avec une protection individuelle. À partir de la date de la signature de votre demande, vous serez assuré en vertu du module Santé 2 ou Santé 3 selon le type de protection choisi.

Exemption : Vous pouvez, sur avis écrit à votre employeur à l'aide du formulaire *Demande d'exemption*, choisir de ne pas participer au régime d'assurance maladie, à condition que vous établissiez que vous-même et vos personnes à charge êtes assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires. Une personne à qui a été accordée une exemption à l'égard du régime d'assurance maladie conserve son droit d'adhérer au régime facultatif d'assurance vie ainsi qu'au régime facultatif d'assurance soins dentaires.

L'exemption entre en vigueur à la date de votre admissibilité si vous en faites la demande dans les 31 jours qui suivent la date de votre admissibilité. Pour toute demande d'exemption qui est faite dans les 31 jours qui suivent le début de l'assurance similaire, l'exemption entre en vigueur à la date du début de l'assurance similaire. Si une demande d'exemption est faite après les 31 jours qui suivent le début de l'assurance similaire, l'exemption entre en vigueur le 1er jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel vous demandez l'exemption au régime d'assurance maladie.

Si vous avez choisi de ne pas participer au régime d'assurance maladie en vertu du droit d'exemption, vous pouvez y adhérer par la suite, sous réserve des dispositions suivantes :

a) vous devez établir, à la satisfaction de l'assureur, que vous étiez antérieurement assuré en vertu du présent régime ou de tout autre régime accordant une protection similaire à celle du présent régime et qu'il vous est devenu impossible de continuer à être ainsi assuré;

b) vous devez remplir une demande d'adhésion dans les 31 jours qui suivent immédiatement la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption pour que votre nouvelle assurance entre en vigueur sans délai;

c) si vous présentez votre demande après ce délai de 31 jours, votre assurance entrera en vigueur à la date de réception de la demande chez votre employeur.

Pour vos personnes à charge

Si vous détenez déjà l'assurance des personnes à charge, tout nouvel enfant à charge est assuré d'office.

Sinon, vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès que vos personnes à charge deviennent admissibles au régime ou dans les 31 jours qui suivent la date de cessation de l'assurance en vertu d'un régime comportant des protections similaires. L'assurance de vos personnes à charge entre en vigueur sans délai si la demande est faite au cours des 31 jours en question; si la demande est faite par la suite, l'assurance entrera en vigueur à la date de réception de la demande chez votre employeur.

Adhérent de 65 ans ou plus :

Lorsque vous atteignez 65 ans, vous devenez automatiquement assuré par le régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ pour la partie médicaments. Vous pouvez, en avisant l'assureur par écrit au préalable, choisir une des 2 options suivantes :

a) Conservez votre régime d'assurance collective maladie actuel. À noter qu'aucune modification ne sera apportée à votre prime d'assurance d'ici le prochain renouvellement du contrat.

b) Maintenir votre inscription à la RAMQ et être exempté de votre participation au régime d'assurance maladie actuel. Veuillez noter que ce choix est irréversible, il n'aura plus la possibilité d'être assuré en assurance maladie par votre régime d'assurance collective.

Si vous choisissez de vous assurer auprès de la RAMQ, vous ne pourrez plus modifier votre choix à cet égard.

Conjointe ou conjoint de 65 ans ou plus :

Lorsque votre conjointe ou votre conjoint atteint 65 ans, cette personne devient automatiquement assurée par le régime d'assurance médicaments géré par la RAMQ pour la partie médicaments. Toutefois, elle peut choisir de demeurer assurée en vertu du régime d'assurance maladie que vous détenez. Dans ce cas, vous devez transmettre, dans les 31 jours qui suivent son 65e anniversaire, un avis écrit à l'assureur, accompagné d'une confirmation de votre conjointe ou de votre conjoint à l'effet que son assurance a été résiliée auprès de la RAMQ.

Si votre conjointe ou votre conjoint choisit de s'assurer auprès de la RAMQ, cette personne ne pourra plus modifier son choix à cet égard. Aucune personne à charge ne peut demeurer assurée par le régime si vous n'y êtes pas vous-même assuré.

Pour le régime facultatif d'assurance soins dentaires

Pour adhérer au régime facultatif d'assurance soins dentaires, vous devez au préalable être assuré en vertu du régime d'assurance maladie ou en être exempté. Toutefois, tous les employés du SFPQ ne sont pas admissibles au régime facultatif d'assurance soins dentaires.

Si vous êtes admissible au régime facultatif d'assurance soins dentaires et que vous désirez y adhérer, vous devez transmettre à l'employeur une demande d'adhésion. Cette demande peut être faite à la date à laquelle vous devenez admissible ou à tout autre moment. Si la demande est faite au cours des 31 jours qui suivent la date d'admissibilité, le régime facultatif d'assurance soins dentaires entre en vigueur à la date d'admissibilité. Si la demande est effectuée après la période de 31 jours, la mise en vigueur est la date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur.

Le type de protection peut être différent que celui du régime d'assurance maladie.

Pour vos personnes à charge

Si vous détenez déjà l'assurance des personnes à charge (protection monoparentale ou familiale), tout nouvel enfant à charge est assuré d'office.

Si vous détenez une protection individuelle, une demande de modification de type de protection peut être effectuée pour l'ajout des personnes à charge admissibles.

Si vous n'avez pas adhéré au régime facultatif d'assurance soins dentaires, une demande d'adhésion peut être effectuée pour obtenir la protection du régime facultatif d'assurance soins dentaires pour vous même et vos personnes à charge selon le type de protection choisi.

Si la demande est faite dans une période de 31 jours qui suivent la date d'admissibilité des personnes à charge, le régime facultatif d'assurance soins dentaires entre en vigueur à la date d'admissibilité. Si la demande est effectuée après la période de 31 jours, la mise en vigueur est la date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur.

Pour le régime facultatif d'assurance vie

Pour adhérer au régime facultatif d'assurance vie, vous devez au préalable être assuré en vertu du régime d'assurance maladie ou en être exempté.

Si vous êtes admissible au régime facultatif d'assurance vie et que vous désirez vous assurer, vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible. Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après l'expiration de cette période de 31 jours, vous devez fournir, à vos frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. De même, si vous désirez adhérer à nouveau après avoir cessé de participer à ce régime, des preuves d'assurabilité seront requises.

Pour être admissible à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et à l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, vous devez au préalable être assuré en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, l'admissibilité à l'assurance additionnelle en cas de mort ou de mutilation accidentelles est conditionnelle à l'adhésion à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent.

Pour que votre conjoint soit admissible à l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint et que vos enfants soient admissibles à l'assurance vie des enfants à charge, vous devez au préalable être assuré en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent.

Pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont toujours exigées. Toutefois, s'il s'agit d'une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe l, alinéa 3, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour une somme équivalant à celle qui était détenue immédiatement avant l'inclusion, à condition que la demande d'adhésion soit présentée à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'inclusion.

Pour vos personnes à charge

Si vous désirez assurer vos enfants à charge en vertu de l'assurance vie des enfants à charge, vous devez en faire la demande au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle vous avez un premier enfant à charge. Si la demande d'adhésion parvient à l'assureur après l'expiration de cette période de 31 jours, vous devez fournir, pour vos enfants à charge, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur.

Pour ce qui est de l'assurance vie de la conjointe ou du conjoint, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont toujours exigées.

S'il s'agit d'une inclusion faite en vertu du Code du travail du Québec, article 1, paragraphe l, alinéa 3, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour une somme équivalant à celle détenue immédiatement avant l'inclusion, à condition que la demande d'adhésion soit présentée à l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date de l'inclusion.

Pour le régime d'assurance traitement

L'adhésion à l'assurance traitement en cas d'invalidité prolongée est obligatoire pour tous les employés admissibles. Vous devez avoir moins de 64 ans et ne pas être retraité pour être admissible au régime. De plus, si vous êtes un employé saisonnier, vous n'êtes pas admissible à l'assurance traitement lorsque vous êtes en période de mise à pied.

Pour adhérer, vous devez transmettre à l'assureur une demande d'adhésion dès que vous y devenez admissible.

Si vous êtes dans une des situations prévues dans la description de la garantie qui font en sorte que vous ne pourrez pas bénéficier de la rente prévue par cette garantie, vous avez la possibilité de renoncer à l'assurance traitement en remplissant le formulaire prévu à cet effet.

DÉBUT DE L'ASSURANCE

Régime d'assurance maladie

Pour vous-même :

1) Votre régime d'assurance maladie entre en vigueur à la date à laquelle vous y devenez admissible, si vous êtes alors au travail ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être. L'adhésion à l'assurance est obligatoire si vous remplissez les conditions d'admission. À la date de votre admissibilité, si vous ne remplissez pas le formulaire d'adhésion, vous êtes assuré d'office en vertu du module Santé 1 avec une protection individuelle, jusqu'à avis contraire de votre part.

   Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour où, en plus de satisfaire aux conditions d'admission, vous effectuez un retour effectif au travail.

2) Si vous étiez exempté de participer au régime d'assurance maladie, l'assurance entre en vigueur, que vous soyez au travail ou totalement invalide, dès qu'a cessé l'assurance qui a donné lieu à l'exemption si la demande a été présentée dans les délais prescrits et la première prime est alors payable à compter de la période de paie suivante.

Si la demande est présentée plus de 31 jours après la cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, l'assurance entrera en vigueur à la date de réception de la demande chez votre employeur.

Pour vos personnes à charge :

L'assurance de toute personne à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

a) la date du début de votre assurance si vous demandez l'assurance des personnes à charge au moment où vous vous assurez;

b) la date à laquelle vous remplissez la demande d'assurance des personnes à charge si vous ne l'aviez pas remplie lors de votre adhésion et si l'assureur en est avisé plus de 31 jours après la date de votre admissibilité;

c) la date à laquelle la conjointe ou le conjoint devient admissible à l'assurance si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent la date de son admissibilité;

d) la date de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge.

Régime facultatif d'assurance soins dentaires

Pour vous-même :

Votre assurance facultative d'assurance soins dentaires entre en vigueur à la date de votre admissibilité si la demande est reçue par l'employeur dans les 31 jours suivant cette date. Si la demande est effectuée après la période de 31 jours, la mise en vigueur est à la date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur

Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour de votre retour effectif au travail.

Pour vos personnes à charge :

L'assurance de toute personne à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

a) la date du début de votre assurance si vous demandez l'assurance des personnes à charge au moment où vous vous assurez;

b) la date à laquelle votre conjointe ou conjoint devient admissible si l'employeur reçoit la demande d'adhésion des personnes à charge au cours des 31 jours qui suivent la date d'admissibilité;

c) la date à laquelle l'employeur reçoit la demande d'adhésion des personnes à charge si la demande est effectuée plus de 31 jours jours remplit la demande d'assurance des personnes à charge s'il ne l'avait pas remplie lors de son adhésion et si l'assureur en est avisé plus de 31 joursaprès la date d'admissibilité;

d) la date de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge.

Assurance vie de base et assurance mort ou mutilation accidentelles de base

Votre assurance entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, si vous êtes alors au travail ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être :

a) la date à laquelle vous y devenez admissible;

b) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, le 1er jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour de votre retour effectif au travail.

Assurance vie additionnelle et assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles

L'assurance vie additionnelle de tout employé admissible entre en vigueur à la date du début de la période de paie qui suit l'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises. Il en est de même de votre assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles si la demande est faite au même moment que l'assurance vie additionnelle. Toutefois, si la demande est faite après, ladite protection entre alors en vigueur à la date du début de la 1re période de paie qui suit la période de 3 mois suivant immédiatement la date de réception de la demande par l'employeur.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour de votre retour effectif au travail.

Assurance vie de vos enfants à charge

L'assurance vie de tout enfant à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, si vous êtes alors effectivement au travail :

a) la date du début de votre assurance si vous demandez l'assurance vie des enfants à charge au moment où vous vous assurez;

b) le lendemain de la naissance ou de l'adoption de votre premier enfant si l'assureur en est avisé au cours des 31 jours qui suivent la date de la naissance ou de l'adoption;

c) le lendemain de la naissance ou de l'adoption, pour ce qui est de tout nouvel enfant à charge;

d) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les enfants à charge, le 1er jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où l'assurance vie de votre enfant à charge doit entrer en vigueur, il sera assuré le jour de votre retour effectif au travail.

Assurance vie de votre conjointe ou conjoint

L'assurance vie de votre conjointe ou conjoint entre en vigueur le 1er jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur, si vous êtes alors au travail.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où l'assurance vie de votre conjointe ou de votre conjoint doit entrer en vigueur, la conjointe ou le conjoint sera assuré le jour de votre retour effectif au travail.

Régime d'assurance traitement

Votre assurance entre en vigueur à la dernière des dates suivantes, si vous êtes alors au travail ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être :

a) la date à laquelle vous y devenez admissible;

b) lorsque des preuves d'assurabilité sont requises, le 1er jour de la période de paie suivant l'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si vous n'êtes pas au travail le jour où votre assurance doit entrer en vigueur, vous devenez assuré le jour de votre retour effectif au travail.

CHANGEMENTS DE PROTECTION

POUR LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

Changement à la hausse entre les modules Santé 1, Santé 2 et Santé 3

Pour changer de module à la hausse, l'adhérent doit présenter une demande à l'aide du formulaire prévu à cet effet. Le changement prendra effet le 1er jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur.

Si toutefois la demande de changement est faite dans les 31 jours suivant l'un des événements suivants :

a) un conjoint devient admissible;

b) naissance ou adoption d'un enfant;

c) fin de la possibilité d'exemption pour les personnes à charge;

le changement prend effet à la date de la demande.

Changement à la baisse entre les modules Santé 1, Santé 2 et Santé 3

Pour pouvoir changer de module à la baisse, vous devez respecter la durée minimale de participation suivante :

a) Pour passer du module Santé 3 au module Santé 2 ou au module Santé 1, vous devez avoir participé au module Santé 3 pendant une période minimale de 36 mois;

b) Pour passer du module Santé 2 au module Santé 1, vous devez avoir participé au module Santé 2 pendant une période minimale de 24 mois.

Le changement prendra effet le 1er jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, à condition que la période minimale de participation ait été respectée.

Changement de type de protection – (modules Santé 1 et Santé 2)

Si vous détenez une protection individuelle et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale, vous devez présenter votre demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjointe ou conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un de vos enfants à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'événement, le changement de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande chez votre employeur.

Si vous avez une protection familiale et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle, ou si vous détenez une protection monoparentale et désirez la modifier pour une protection individuelle, vous devez en faire la demande auprès de votre employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le 1er jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à l'assureur au moment où doit débuter la nouvelle protection.

Changement de type de protection – (module Santé 3)

Si vous détenez une protection individuelle et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou familiale, vous devez présenter votre demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjointe ou conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un de vos enfants à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'événement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'événement, la nouvelle protection entrera en vigueur à la date de réception de la demande chez votre employeur.

Si vous avez une protection familiale et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle ou si vous avez une protection monoparentale et désirez la modifier pour une protection individuelle, vous devez en faire la demande auprès de votre employeur. La nouvelle protection entre en vigueur le 1er jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur, pourvu que cette demande soit transmise à l'assureur au moment où doit débuter la nouvelle protection.

POUR LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Période de participation minimale

Si vous choisissez de participer au régime facultatif d'assurance soins dentaires vous devez maintenir votre couverture au moins 36 mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente garantie.

Si vous ou vos personnes à charge souhaitez être retiré du régime facultatif d'assurance soins dentaires, vous devez soumettre une demande à votre employeur. Le changement prendra effet le 1er jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, à condition que la période de participation minimale ait été respectée.

Changement de type de protection

Si vous détenez une protection individuelle et désirez la modifier pour une protection monoparentale ou familiale, vous devez présenter votre demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre conjointe ou conjoint devient admissible à l'assurance ou suivant la naissance ou l'adoption d'un enfant à charge. Dans un tel cas, le changement de protection entre en vigueur à la date de l'évènement en question, sous réserve du paiement des primes appropriées.

Si la demande est faite après les 31 jours qui suivent la date de l'évènement, le changement de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande chez votre employeur.

Si vous détenez une protection familiale et désirez modifier celle-ci pour une protection monoparentale ou individuelle ou si vous avez une protection monoparentale et désirez la modifier pour une protection individuelle, vous devez en faire la demande auprès de votre employeur. Le changement prendra effet le 1er jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, à condition que la période de participation minimale ait été respectée.

POUR LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

Toute modification de la somme assurée en vertu du régime d'assurance vie de base, y compris toute variation résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si vous êtes alors au travail, ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être, sinon à la date de votre retour au travail.

Si vous désirez augmenter votre somme assurée d'assurance vie additionnelle ou augmenter l'assurance vie de votre conjointe ou conjoint, vous devez remplir une demande de modification et fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur. Dans pareil cas, toute augmentation de la somme assurée entre en vigueur le 1er jour de la période de paie suivant l'avis d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité requises.

Dans le cas d'une diminution du montant d'assurance vie, le changement de la protection et de la prime entre en vigueur le 1er jour de la période de paie suivant la réception de la demande par l'employeur, pourvu que la demande soit transmise à l'assureur avant le moment où la diminution d'assurance doit entrer en vigueur.

Aucune augmentation de la somme assurée ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale.

POUR LE RÉGIME D'ASSURANCE TRAITEMENT

Toute modification des indemnités à la suite d'une variation résultant d'un changement de traitement, entre en vigueur à la date du changement si vous êtes alors au travail, ou l'étiez le dernier jour où vous deviez normalement l'être, sinon à la date de votre retour au travail.

Aucune augmentation des indemnités ne peut survenir au cours d'une période d'invalidité totale, sauf en ce qui concerne l'indexation de la rente mensuelle prévue en vertu du présent régime.

POUR TOUS LES RÉGIMES

Malgré ce qui précède, si le preneur et l'assureur en conviennent, une modification à la police s'applique à tous les adhérents à la date d'entrée en vigueur de cette modification, même aux adhérents qui ne sont pas au travail à cette date.

EXONÉRATION DES PRIMES

Lorsque vous devenez totalement invalide, toutes les garanties détenues pour vous-même, votre conjoint et vos enfants à charge assurés sont maintenues en vigueur sans paiement de prime, à compter du début de la période de paie qui suit l'épuisement des congés de maladie ou 5 jours si vous n'avez pas de congés de maladie accumulés dans votre réserve et aussi longtemps que dure cette invalidité totale par la suite. Toutefois, si l'invalidité totale est reconnue par la Loi sur l'assurance-automobile du Québec ou par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'exonération des primes commence à la date à laquelle vous cessez de travailler en raison de votre invalidité totale.

L'invalidité totale prend fin à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle vous êtes incapable ou refusez de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de votre invalidité totale;

b) en ce qui concerne le régime d'assurance maladie, 36 mois après le début de l'exonération des primes. Si à cette date, vous êtes toujours en lien d'emploi, vous devez alors payer la totalité des primes du régime d'assurance maladie directement à l'assureur. Par contre, s'il y a rupture du lien d'emploi, vous devenez alors admissible à un régime individuel à l'intention des personnes retraitées.

c) la plus tardive des dates qui suivent en ce qui concerne le régime d'assurance vie :

   i) la date à laquelle vous atteignez 65 ans;

   ii) la date à partir de laquelle vous n'avez plus droit aux prestations d'assurance traitement de l'employeur;

d) la date à laquelle vous atteignez 65 ans, en ce qui concerne le régime d'assurance traitement.

Ces dispositions ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité totale.

À compter du 1er septembre 2024 si vous êtes un ouvrier saisonnier du SFPQ ou un employé de la SEPAQ et à compter du 3 novembre 2024 si vous êtes un employé saisonnier de la Corporation de gestion des rivières Matapédia et Patapédia (CGRMP), l'exonération des primes ne s'appliquent pas lors d'une mise à pied.

Nonobstant ce qui est indiqué précédemment, si vous êtes toujours invalide lors de la fin du contrat, votre régime d'assurance maladie se termine à la date de la fin du contrat.

ABSENCE SANS TRAITEMENT

Par absence sans traitement, on entend une grève, un lock-out, un congé sans solde autorisé, un congé à traitement différé, une mise à pied temporaire, autre qu'une mise à pied des ouvriers saisonniers du SFPQ et des employés de la SEPAQ à compter du 1er septembre 2024 et des employés saisonniers de la Corporation de gestion des rivières Matapédia et Patapédia (CGRMP) à compter du 3 novembre 2024, une suspension ou un congédiement contesté par grief.

Dans tous les cas (excepté pour la mise à pied des ouvriers saisonniers du SFPQ et tous les employés de la SEPAQ à compter du 1er septembre 2024 et des employés saisonniers de la Corporation de gestion des rivières Matapédia et Patapédia (CGRMP) à compter du 3 novembre 2024), vous devez conserver le régime d'assurance maladie que vous détenez et acquitter les primes nécessaires, incluant la part de l'employeur (excepté pour le congé à traitement différé), dans les délais requis.

Toute invalidité débutant durant l'absence est réputée débuter à la date prévue de retour au travail. Il est toutefois entendu que, dans le cas d'un congé sans solde autorisé, la durée maximale de maintien en vigueur de l'assurance est de 36 mois sauf pour un congédiement contesté par grief.

1) En cas de suspension ou de congédiement contesté par grief, vous devez choisir une des options suivantes, selon la catégorie d'employés à laquelle vous appartenez :

   a) Si vous êtes un employé autre qu'un agent de la paix en services correctionnels :

      i) maintenir tous vos régimes d'assurance collective, sauf le régime d'assurance traitement;

ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.

b) Si vous êtes un agent de la paix en services correctionnels en période de suspension :

i) maintenir tous vos régimes d'assurance collective;

ii) ne maintenir que le régime d’assurance maladie et le régime d’assurance traitement.

c) Si vous êtes un agent de la paix en services correctionnels en période de congédiement contesté par grief :

i) maintenir tous vos régimes d'assurance collective, sauf le régime d'assurance traitement;

ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.

Si vous désirez conserver votre assurance durant une suspension ou un congédiement contesté par grief, vous devez en faire la demande écrite à l'assureur dans les 60 jours suivant le dépôt du grief.

Nonobstant toute autre disposition quant aux absences sans traitement, si la sentence vous est favorable et que le régime d'assurance traitement avait été suspendu, celui-ci est remis en vigueur rétroactivement à la date effective de la suspension ou du congédiement, tant au point de vue de la protection que du paiement des primes.

2) Pour tous les autres genres d'absence sans traitement, vous devez choisir entre une des options suivantes, selon la catégorie d'employés à laquelle vous appartenez :

a) Si vous êtes un employé autre qu'un agent de la paix en services correctionnels :

i) maintenir tous vos régimes d'assurance collective incluant le régime d'assurance traitement;

ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.

b) Si vous êtes un agent de la paix en services correctionnels :

i) maintenir tous vos régimes d'assurance collective, incluant le régime d'assurance traitement;

ii) ne maintenir que le régime d'assurance maladie et le régime d'assurance traitement.

3) Pour le personnel saisonnier, dans le cas d'une mise à pied temporaire, vous devez choisir entre :

a) maintenir tous vos régimes d'assurance collective, sauf le régime d'assurance traitement;

b) ne maintenir que le régime d'assurance maladie.

Le régime d'assurance traitement est suspendu pour toute la période de la mise à pied temporaire et il est automatiquement remis en vigueur à la date prévue de retour au travail, que la personne soit invalide ou non à cette date. Toute invalidité ayant débuté durant la mise à pied est reconnue comme débutant à la date prévue de retour au travail si la personne est encore invalide à cette date.

À compter du 1er septembre 2024 pour les ouvriers saisonniers du SFPQ et tous les employés de la SEPAQ et à compter du 3 novembre 2024 pour les employés saisonniers de la Corporation de gestion des rivières Matapédia et Patapédia (CGRMP), dans le cas d'une mise à pied temporaire, tous les régimes d'assurance collective sont suspendus pour toute la période de la mise à pied temporaire et ils sont automatiquement remis en vigueur à la date prévue de retour au travail, que vous soyez invalide ou non à cette date. Toute invalidité ayant débuté durant la mise à pied est reconnue comme débutant à la date prévue de retour au travail si vous êtes encore invalide à cette date.

4) Toute invalidité totale débutant durant une grève ou un lock-out est considérée comme ayant débuté à la date de retour au travail suivant la terminaison de la grève ou du lock-out, en autant que vous ayez maintenu votre régime d'assurance traitement. Les autres régimes demeurent en vigueur en autant que la prime requise soit acquittée dans les délais requis.

5) Si vous vous prévalez des dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit ou à un régime de congé à traitement différé, tous vos régimes d'assurance collective demeurent en vigueur, même pendant la période d'absence. Pour le régime d'assurance maladie et le régime facultatif d'assurance soins dentaires, les primes sont payables en totalité, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Pour les régimes d'assurance vie et d'assurance traitement, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Pour le régime d'assurance vie :

  a) si vous participez à un régime de retraite progressive ou de retraite graduelle, les primes et les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé;

  b) si vous vous prévalez des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit (incluant la préretraite graduelle), ou que vous participez à un régime de congé à traitement différé, les primes et les prestations, s'il y a lieu, sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

- Pour le régime d'assurance traitement :

  a) si vous vous prévalez des dispositions relatives à la retraite progressive, les primes, et les prestations s'il y a lieu, sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé;

  b) si vous vous prévalez des dispositions relatives à la préretraite graduelle, les primes sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit. Cependant, les prestations sont payables sur la base du traitement gagné selon le temps travaillé; de plus, la rente est payable après épuisement des congés de maladie non prévus au programme de préretraite graduelle et de la première année de prestations en vertu de l'assurance traitement de l'employeur;

c) si vous vous prévalez des autres dispositions prévues à la convention collective relativement au travail à temps réduit, ou si vous participez à un régime de congé à traitement différé, les primes, et les prestations s'il y a lieu, sont payables sur la base du plein traitement, comme s'il n'y avait pas d'absence ni de temps réduit.

6) Lors d'un congé pour raisons de maternité, familiales ou parentales, tous les régimes d'assurance collective en vigueur au début du congé se continuent et les primes requises doivent être acquittées en conséquence. Si la personne prolonge le congé après 20 semaines par un congé sans traitement, les dispositions pour ce genre de congé s'appliquent alors.

7) Si l'assurance est suspendue pendant une absence sans traitement autre qu'une mise à pied temporaire, aucune prestation n'est payable pour toute invalidité ayant débuté durant cette période, et ce même après la date prévue de retour au travail.

8) Dans tous les cas, si vous n'avez pas maintenu votre protection durant un congé sans traitement, votre assurance est remise en vigueur à la date de retour effectif au travail, telle qu'elle existait immédiatement avant l'absence, en autant que l’assurance soit encore disponible.

   À compter du 1er septembre 2024 pour les ouvriers saisonniers du SFPQ et tous les employés de la SEPAQ et à compter du 3 novembre 2024 pour les employés saisonniers de la Corporation de gestion des rivières Matapédia et Patapédia (CGRMP), le module Santé 3 ne sera plus disponible au retour d’une mise à pied.

9) Nonobstant ce qui précède, les agents de la paix en services correctionnels à statut régulier à temps partiel doivent maintenir tous les régimes durant toute période d'absence sans traitement. Advenant le cas où les primes cesseraient d'être versées durant une période d'absence sans traitement, la personne devra fournir des preuves d'assurabilité pour bénéficier à nouveau de la protection d'assurance vie.

FIN DE L'ASSURANCE

Sous réserve de ce qui est prévu en cas d'exonération des primes, votre assurance et celle de vos personnes à charge prennent fin à 24 h à la première des dates mentionnées dans le tableau ci-après :

Régimes	Date de fin de l’assurance	À noter
Assurance maladie, assurance facultative soins dentaires, assurance vie et assurance traitement	la date de la fin du contrat	
	la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour la personne concernée	
	le dernier jour de la période de paie durant laquelle vous quittez votre emploi sous réserve du droit de transformation prévu aux régimes d'assurance maladie et d'assurance vie	la mutation d'un employé d'un ministère ou organisme à un autre n'est pas considérée comme une cessation d'emploi
	le dernier jour de la période de paie suivant votre retraite	l'employé qui prend sa retraite pour cause d'invalidité demeure assuré jusqu'à la fin de la période d'exonération de la prime

Régimes	Date de fin de l'assurance	À noter
Assurance maladie	le 1er jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel vous demandez l'exemption au régime	
	la date à laquelle vous devenez assuré en vertu du régime public d'assurance médicaments géré par la RAMQ. S'applique également à une personne à charge qui devient assurée en vertu du régime public d'assurance-médicaments géré par la RAMQ	
Assurance maladie, assurance facultative soins dentaires et assurance vie	la date à laquelle la personne concernée cesse d'être admissible, pour ce qui est de l'assurance des personnes à charge	
Assurance facultative soins dentaires	le 1er jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel vous demandez d'annuler votre participation au régime facultatif d'assurance soins dentaires ou celle de vos personnes à charge, à condition que la période de participation minimale ait été complétée	

Régimes	Date de fin de l'assurance	À noter
Assurance vie	le 1er jour de la période de paie suivant la date de réception par l'employeur de l'avis écrit par lequel vous demandez d'annuler votre assurance ou celle de vos personnes à charge	
Assurance vie	en plus des dates ci-dessus mentionnées, la date à laquelle vous atteignez 65 ans pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle de l'adhérent et de l'assurance additionnelle en cas de mort ou mutilation accidentelles	
Assurance traitement	la date à laquelle vous prenez une préretraite totale ou que vous atteignez 64 ans	

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Advenant qu'une modification du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État vienne modifier dans son application l'étendue de la protection prévue par les régimes décrits dans le présent document, les dispositions de ces régimes continuent de s'appliquer comme si les protections des régimes d'État n'avaient pas été modifiées et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur en vertu des régimes soient modifiés en conséquence.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance, vous ou l'une de vos personnes à charge avez droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles vous auriez eu droit si une demande de règlement avait été soumise à votre égard.

PROLONGATION DE L'ASSURANCE

Si votre assurance se termine pendant que vous êtes totalement invalide, ou que l'une de vos personnes à charge assurée est hospitalisée, vous pouvez avoir droit au remboursement d'une partie des frais engagés selon les dispositions prévues au contrat.

Si vous décédez lorsque vos personnes à charge assurées sont en voyage à l'extérieur de leur province de résidence, leur couverture d’assurance voyage peut se poursuivre pendant un certain temps, selon les dispositions du contrat.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE

L’assureur reconnaît le ou les bénéficiaires désignés par l’adhérent en vertu du régime d’assurance collective du preneur immédiatement avant la date de prise d’effet de la police, sauf si l’assureur demande une nouvelle désignation de bénéficiaire.

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps un ou des bénéficiaires de sa couverture. Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l’adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l’ensemble de ces garanties. Les droits d'un bénéficiaire qui décède avant l'adhérent retournent à ce dernier. En l’absence d’un bénéficiaire désigné, les sommes payables sont versées selon les lois applicables.

Les sommes payables au décès d'une personne à charge sont versées à l'adhérent, s'il est vivant. Si l'adhérent est décédé, elles sont versées selon les lois applicables.

L'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation ou révocation de bénéficiaire.

DEMANDES DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Vous pouvez vous procurer ces formulaires auprès de votre employeur.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est soumise plus de 12 mois (90 jours qui suivent l'épuisement de la période de 52 semaines de prestation payable exclusivement par l'employeur pour le régime d'assurance traitement) après la date de l'événement qui ouvre droit à la prestation.

Tout paiement prévu en vertu du présent régime d'assurance collective est effectué en monnaie canadienne.

En cas de décès ou de mutilation

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations.

Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

En cas d'invalidité

Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui précèdent l'épuisement des 52 semaines de prestation payable exclusivement par l'employeur.

En cas de frais d'assurance maladie

Pour l'achat de médicaments, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit votre numéro d'identification. Le mode de paiement prévu par l'assurance à cet égard est « direct » et vous permet de débourser uniquement la partie non assurée des frais de médicaments que vous engagez.

Pour les autres frais prévus au régime d'assurance maladie, l'assureur vous recommande de faire vos demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, vous devriez expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Pour ce qui concerne l'assurance annulation de voyage, les preuves justificatives suivantes doivent accompagner toute demande de prestations ou parvenir à l'assureur dans les 90 jours qui suivent la demande :

1. titres de transport inutilisés;

2. reçus officiels pour les frais du voyage de retour (autres que ceux du voyage de retour prévu lors de l'achat du voyage initial);

3. reçus pour les arrangements terrestres; les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyage ou d'une compagnie accréditée, contrats dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Les crédits-voyage sont considérés par l'assureur comme un remboursement;

4. document officiel attestant la cause de l'annulation; si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne doit fournir un certificat médical rédigé par le médecin traitant de la localité où l'accident ou la maladie se sont produits; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet et préciser les raisons exactes pour lesquelles le voyage a dû être annulé.

En cas de frais d'assurance soins dentaires

Pour le remboursement des frais dentaires il suffit de présenter au dentiste, la carte sur laquelle est inscrit votre numéro d'identification. Le mode de paiement prévu par l'assurance à cet égard est « direct » et vous permet de débourser uniquement la partie non assurée des frais dentaires que vous engagez.

BON À SAVOIR

DEMANDES POUR SOINS MÉDICAUX ET DENTAIRES

Il y a 2 façons de communiquer avec nous pour toute question concernant les frais admissibles en vertu du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance soins dentaires :

Par courriel à : Servicecollectif@dsf.ca

Par téléphone au : 1 855 838-2498

Pour une meilleure expérience client, il est important d'avoir en main le numéro de police et le numéro de certificat lorsqu'un agent est disponible pour répondre à l'appel.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Pour obtenir toute autre information, l'adhérent est invité à visiter le site de Desjardins Sécurité financière à **www.desjardins.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

BÉNÉFICIAIRE

Cette clause retire ou restreint le droit de l'adhérent de désigner des personnes à qui ou pour qui des sommes sont payables :

Seules les garanties qui prévoient des prestations en cas de décès de l'adhérent sont sujettes à la désignation de bénéficiaire(s) qui est alors la même pour l'ensemble de ces garanties.

ACCÈS À LA POLICE D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'adhérent peut demander à Desjardins Sécurité financière d'obtenir une copie de sa demande d'adhésion, de son rapport d'assurabilité et de la police.

COMMENT DÉPOSER UNE PLAINTE

Si l'adhérent n'est pas satisfait pour quelque chose que nous avons dit ou fait, ou s'il estime avoir été lésé ou s'il veut que nous corrigions une situation, il peut déposer une plainte auprès de l'équipe responsable du traitement des plaintes de DSF. Le rôle de cette équipe consiste à évaluer le bien fondé des décisions et des pratiques de l'entreprise lorsqu'un de ses clients estime qu'il n'a pas obtenu le service auquel il avait droit.

Il peut joindre l'équipe responsable du traitement des plaintes de trois façons :

Par écrit, à l'adresse suivante :

Équipe responsable du traitement des plaintes

Desjardins Sécurité financière,

100, rue des Commandeurs

Lévis (Québec) G6V 7N5

Par courriel à : plaintes@desjardins.com

Par téléphone au : 1 888 556-7212

Pour obtenir des renseignements additionnels sur la procédure à suivre en cas de plainte ou pour obtenir notre formulaire de plainte, l'adhérent est invité à visiter notre site **www.desjardins.com** sous l'onglet « Nous joindre ».

La protection Assuris

Desjardins Assurances est membre d'Assuris, une société à but non lucratif financée par l'Industrie de l'assurance vie. Elle protège les assurés canadiens contre la perte de leurs prestations en cas de faillite d'une société membre.

Pour connaître l'étendue de la protection d'Assuris, consultez le **www.assuris.ca**. Vous pouvez aussi obtenir une brochure en écrivant à l'adresse **info@assuris.ca** ou par téléphone au 1 866 878-1225.

Notre engagement envers vous

Nous sommes toujours là pour répondre à vos questions. Vous pouvez compter sur notre équipe chevronnée pour vous fournir un service hors pair et traiter vos demandes avec efficacité. Nous veillons à votre bien-être et vous procurons un soutien financier au moment où vous en avez le plus besoin.

desjardinsassurancevie.com/adherent

Desjardins
Assurances
Vie • Santé • Retraite

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie. Desjardins[MD], Desjardins Assurances[MC] et les marques de commerce associées sont des marques de commerce de la Fédération des caisses Desjardins du Québec utilisées sous licence par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2 / 1 866 647-5013
desjardinsassurancevie.com

02194F11 (2023-10)
100%