



**VOTRE RÉGIME
D'ASSURANCE COLLECTIVE
YZ**

Contrat Y9999

Personnel d'encadrement des secteurs public
et parapublic du Québec

Janvier 2013

Le Comité paritaire intersectoriel des assurances (CPI), en collaboration avec SSO, Société d'assurance vie inc., a le plaisir de vous présenter cette brochure qui décrit l'essentiel des garanties dont vous bénéficiez les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec.

Vous trouverez dans cette brochure deux sections distinctes. La première (papier gris) décrit sommairement les régimes autoassurés par le gouvernement du Québec qui font partie de vos conditions de travail. La deuxième décrit les régimes d'assurance collective, souscrits auprès de SSO¹, qui complètent les régimes autoassurés par le gouvernement du Québec.

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit et à contacter le service des ressources humaines de votre employeur pour toute question relative à vos assurances.

Nous désirons vous signaler que ce document a été rédigé pour fins d'information et n'a aucune valeur contractuelle. Ainsi, seuls les contrats d'assurance peuvent servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Dans le présent document, la forme masculine désigne tant les femmes que les hommes.

COMPOSITION DU COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL (CPI) :

REPRÉSENTANTS DU GOUVERNEMENT

Coprésident

Secrétaire du comité

Actuaire

REPRÉSENTANTS DES ASSOCIATIONS DE CADRES

Coprésident

1 représentant des retraités

FONCTION PUBLIQUE

1 représentant

1 représentant

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

2 représentants

3 représentants

ÉDUCATION

3 représentants

2 représentants

POUR JOINDRE LES MEMBRES DU COMITÉ PARITAIRE INTERSECTORIEL
Secrétariat du Comité paritaire intersectoriel
875, Grande Allée Est, secteur 100
Québec (Québec) G1R 5R8

assurances.cadres@sct.gouv.qc.ca

¹ Veuillez noter que, dans cette brochure, le nom SSO désigne SSO, Société d'assurance-vie inc.

This booklet is available in English.

Magasinez le prix de vos médicaments!

Pour réduire votre facture de médicaments et par le fait même avoir un effet sur le coût de la prime de votre régime collectif, il est important de magasiner le prix de vos médicaments. En effet, des différences considérables sont parfois observées d'une pharmacie à l'autre. Ainsi, nous vous conseillons de faire évaluer le coût des médicaments que vous consommez dans quelques pharmacies. Par la suite, vous serez en mesure de choisir celle qui s'avère la plus avantageuse pour vous en termes de coût et de qualité des services offerts.

Conseil de votre comité

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'ŒILi

LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT
DU QUÉBEC : 1

- i- Le régime unifié d'assurance vie1
- ii- Le régime de rentes de survivants.....1
- iii- Le régime d'assurance salariale de courte durée.....3

LES RÉGIMES ASSURÉS PAR SSQ 5

1- Renseignements généraux : régimes assurés 5

- 1.1 Admissibilité.....5
- 1.2 Participation à l'assurance5
- 1.3 Exemption et terminaison du droit d'exemption7
- 1.4 Adhérent.....8
- 1.5 Assurés.....8
- 1.6 Bénéficiaire9
- 1.7 Statut de protection individuel, monoparental ou familial10
- 1.8 Changement de statut de protection10
- 1.9 Statut de fumeur/ non-fumeur11
- 1.10 Traitements11
- 1.11 Poursuite de l'assurance sans paiement de primes et exonération.....12
- 1.12 Absence temporaire du travail.....12
- 1.13 Congé sabbatique à traitement différé16
- 1.14 Mesures de réduction d'engagement, d'emploi ou de contrat, de réduction des surplus ou de mise en disponibilité, de préretraite (totale ou graduelle) ou de retraite progressive....16
- 1.15 Fin de l'assurance17
- 1.16 Prolongation et droit de transformation17
- 1.17 Droit au paiement anticipé - régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel)19
- 1.18 Dispositions en vigueur lors d'une invalidité.....19
- 1.19 Monnaie.....20

2- Le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie..... 21

- 2.1 Frais hospitaliers (remboursés à 100 %).....21
- 2.2 Frais de médicaments et paramédicaux22

2.3	Exclusions.....	31
2.4	Limfatlon.....	32
2.5	Coordnatlon.....	32
3-	Le régime obligatoire de base d'assurance vie.....	33
3.1	Assurance vie de l'adhérent.....	33
3.2	Assurance vie du conjoint et des enfants � charge.....	33
3.3	Assurance en cas de mutlatlon accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants � charge.....	33
3.4	Exclusion en cas de mutlatlon accidentelle.....	33
4-	Le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée.....	34
4.1	Montant de la rente.....	34
4.2	Dela�de carence.....	34
4.3	Durée des prestations.....	34
4.4	Coordnatlon de la rente.....	34
4.5	Cotlatlon au régime de retraite.....	35
4.6	D�nfflon d'invald�t� totale.....	35
4.7	Période d'invald�t� totale (après 104 semaines).....	35
4.8	indexatlon.....	35
4.9	Programme de r�adaptatlon.....	36
4.10	Cessatlon des prestations.....	36
4.11	Dro�d'appel.....	36
4.12	Exclusions.....	37
5-	Le régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée (RCO).....	38
5.1	Admissibilité aux prestations.....	38
5.2	Prestations.....	38
5.3	Versement des prestations.....	39
5.4	Cessatlon des prestations.....	39
5.5	Cotlatlon au régime de retraite.....	40
5.6	Prestations d'assurance vie et rentes de survivants.....	40
5.7	Exclusion.....	40
6-	Le régime facultatif d'assurance vie additionnelle.....	41
6.1	Assurance vie add�tionnelle de l'adhérent.....	41
6.2	Assurance vie add�tionnelle du conjoint.....	41
6.3	Exclusion.....	41
7-	Description des garanties d'assurance voyage et d'annulation voyage.....	42
7.1	Assurance voyage.....	42
7.2	Ass�tance voyage.....	44

7.3	Assurance annulation voyage.....	45
7.4	Dérogations applicables à la garantie d'assurance annulation voyage	49
7.5	Exclusions, limitations et coordination	50
8-	Comment faire une demande de prestations	53
8.1	Frais hospitaliers et médicaux.....	53
8.2	Frais de médicaments	53
8.3	Autres frais d'assurance accident maladie	55
8.4	Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile	55
8.5	Assurance vie et mutation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge.....	56
8.6	Assurance salaire de longue durée.....	56
8.7	Assurance voyage et assurance annulation voyage.....	56
8.8	Dossier et renseignements personnels	57
9-	Régimes d'assurance des retraités.....	58
9.1	Personne admissible	58
9.2	Délai d'adhésion.....	58
10-	Services Internet SSQ	60
10.1	ACCÈS assurés	60
10.2	SSQ Services Mobiles.....	60
11-	Conseils d'ami.....	61
12-	Tarification	62

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'ŒIL

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE			
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / assuré	OUI	
Assurance annulation voyage	Remboursement maximum 5 000 \$ / voyage / assuré	Justification requise	
Frais hospitaliers au Québec	Chambre réservée sans limite de jours	NON	
Frais médicaux non dispensés au Québec	3 fois le montant payé par la RAMQ	Préautorisation de la RAMQ	100 %
Frais hospitaliers non dispensés au Québec	1 fois le montant payé par la RAMQ	Préautorisation de la RAMQ	
Frais de transport et d'hébergement hors Québec	Remboursement maximum de 5 000 \$ / année civile / assuré	Préautorisation de la RAMQ	
Médicaments	Disponibles sur ordonnance seulement	OUI	
Soins à domicile :	Dans les 30 jours d'une hospitalisation		
- Soins infirmiers	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI	75 % sur les premiers 2 000 \$,
- Frais de transport	Frais admissibles de 30 \$ / déplacement maximum de 3 déplacements / semaine	OUI	100 % sur l'excédent
- Maison de convalescence	Frais admissibles de 125 \$ / jour / assuré	OUI	
- Aide à domicile	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI	
- Frais de garde d'enfants	Frais excédentaires admissibles de 25 \$ / jour / enfant	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Fauteuil roulant - lit d'hôpital	Usage temporaire seulement	OUI	
Membres artificiels et prothèses externes	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	
Bandages herniaires, corssets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante Pour les orthèses plantaires, la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied	OUI	
Glucomètre	Frais admissibles de 300 \$ / 36 mois / assuré	OUI	
Appareils thérapeutiques	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	
Pompe à insuline	Frais admissibles de 7 500 \$ / 60 mois / assuré pour l'achat de la pompe. Frais admissibles de 4 000 \$ / année civile / assuré pour les frais d'entretien (tubulures et cathéters)	OUI	75 % sur les premiers 2 000 \$, 100 % sur l'excédent
Neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/ TENS)	Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois	OUI	
Prothèse capillaire (à la suite d'une chimiothérapie)	Remboursement maximum de 500 \$ / 48 mois / assuré	OUI	
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	
Électrocardiogrammes, radiographies (incluant scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	
Appareils auditifs	Frais admissibles de 1 000 \$ / 48 mois / assuré	NON	
infirmier	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	
Chirurgie plastique	À la suite d'un accident	OUI	
Bas de contention	De 21 mm de Hg ou plus, 3 paires / année civile / assuré	OUI	
injections sclérosantes (substance)	Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré	OUI	
Honoraires professionnels	Frais admissibles de 25 \$ / traitement / jour / assuré	OUI	
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	NON	75 % sur les premiers 2 000 \$, 100 % sur l'excédent
Ambulance	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	NON	
Vaccins	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / assuré	NON	
Transport et hébergement au Québec	Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / assuré	OUI	
Cure de désintoxication	Frais admissibles de 50 \$ / jour, maximum 30 jours / année civile / assuré	OUI et dans un établissement reconnu	
Optométriste ou ophtalmologiste	Remboursement maximum de 50 \$ / 24 mois / assuré	NON	

RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE – Honoraires professionnels			
Regroupement	Frais admissibles par traitement	Remboursement maximum par année civile, par assuré et par regroupement	Pourcentage de remboursement
D iététiste	30 \$	500 \$	
Naturopathe	30 \$		
Homéopathe	30 \$	600 \$	
Phytothérapeute	30 \$		
Acupuncteur	30 \$		
Ostéopathe	30 \$	600 \$	
Kinésithérapeute	30 \$		
Orthothérapeute	30 \$		
Massothérapeute	30 \$		
Chiropraticien*	30 \$	500 \$	75 % sur les premiers 2 000 \$,
Physiothérapeute	40 \$	illimité	100 % sur l'excédent
Audiologiste	60 \$	500 \$	
Audioprothésiste	40 \$		
Ergothérapeute	40 \$	500 \$	
Orthophoniste	60 \$	600 \$	
Podâtre	40 \$	500 \$	
Psychâtre			
Psychanalyste			
Psychologue			
Travailleur social			
Thérapeute conjugal et familial			
Conseiller en orientation			
	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	1 000 \$	

Aucune prescription médicale n'est requise pour le remboursement des frais des professionnels indiqués dans le tableau ci-dessus.

* Les frais pour les radiographes chez un chiropraticien sont limités à 50 \$/année et sont sujets au remboursement maximum par année civile, par assuré de 500 \$.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE	
- Assurance vie de base de l'adhérent :	50 % du traitement
- Assurance vie du conjoint :	17 200 \$
- Assurance vie des enfants à charge :	5 000 \$ / enfant
- Assurance en cas de mutation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge	
RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)	
RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ET DU CONJOINT	

Voir le texte de la brochure pour tous les détails relatifs à chacune des garanties et pour les exclusions ou limitations.

LES RÉGIMES AUTOASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :

- Le régime UNIFORME d'assurance Vie
- Le régime de rentes de survivants
- Le régime d'assurance salariale de Courte Durée

Ces régimes sont assumés par le gouvernement du Québec et sont accordés au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec. Vous n'avez aucune prime à payer.

Nous désirons vous signaler que ce document a été rédigé pour fins d'information seulement et n'a aucune valeur légale. Seuls les textes adoptés par les autorités compétentes servent à déterminer notamment les modalités d'application et les garanties de ces régimes et à trancher, le cas échéant, tout litige relatif à ces régimes.

Pour toute information additionnelle, vous devez communiquer avec votre employeur.

i- Le régime uniforme d'assurance vie

A- Garantie

Le personnel d'encadrement profite d'une assurance vie de 6 400 \$ payable aux légataires désignés dans un testament ou, à défaut, aux héritiers qui répondent à la définition du Code civil. Ce montant est réduit à 3 200 \$ pour les adhérents à temps partiel.

B- Demande de prestations au décès

Pour obtenir le paiement du montant de la protection assumée par le gouvernement du Québec, les héritiers doivent compléter le formulaire Demande de prestations de survivant qu'ils peuvent obtenir de votre employeur ou de la CARRA. Le formulaire doit être envoyé à :

Commission administrative des régimes
de retraite et d'assurances
475, rue Saint-Amable
Québec (Québec) G1R 5X3
Téléphone : 418 643-4881 pour la région de Québec
1 800 463-5533 de l'extérieur (sans frais)

ii- Le régime de rentes de survivants

Les rentes de survivants sont payables mensuellement à compter du 1^{er} jour du mois au cours duquel survient le décès d'un adhérent ayant un conjoint ou des enfants à charge.

A- Rente de conjoint

Cette rente est payable au conjoint tel que défini dans la section 1 - Renseignements généraux jusqu'à son décès.

- Le conjoint auquel on réfère pour la rente de survivants est le conjoint qui a été déclaré à l'Assureur par l'adhérent. Pour toute modification, le formulaire Demande d'adhésion ou de changement (FV3435) est disponible auprès de votre employeur.

Le montant final de cette rente est égal à 40 % du traitement mensuel de l'adhérent et est réduit du montant final de la rente similaire payée en vertu du Régime de rentes du Québec.

B- Rente d'enfants à charge

Cette rente est payable aux enfants à charge tels que définis dans la section 1 - Renseignements généraux ou à leur tuteur.

Lorsqu'une rente de conjoint est payable, le montant final de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour l'ensemble des enfants à charge.

Lorsqu'il n'y a pas de conjoint ou lorsque le conjoint qui recevait une rente décède, le montant final de la rente d'enfants à charge est égal à 15 % du traitement mensuel pour le premier enfant à charge et à 10 % du même traitement pour chaque autre enfant à charge.

Cependant, le montant final des rentes payables au conjoint et aux enfants à charge ne peut jamais dépasser 55 % du traitement mensuel de l'adhérent au moment de son décès.

C- Traitement servant au calcul de la rente

Ces rentes sont basées sur le traitement mensuel de l'adhérent au moment de son décès et le cas échéant, sur la prestation du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée (RCO).

Dans le cas d'un adhérent totalement invalide lors de son décès, les rentes sont calculées en fonction du traitement servant de base au calcul de la prestation d'assurance salaire de courte durée, ou s'il n'est valide que depuis plus de 104 semaines, en fonction de son traitement assurable servant de base au calcul des prestations d'assurance salaire de longue durée.

D- Demande de rentes de survivants

Toute demande de paiement de rentes de survivants doit être transmise par écrit à SSQ.

E- Exemption

L'adhérent qui n'a ni conjoint ni enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucunes prestations ne seront payables en vertu du régime de rentes de survivants, peut être exempté de participer à ce régime pendant les périodes suivantes :

- 1- absence sans traitement et congé sans traitement de plus de 30 jours;
ou

- 2- période non travaillée lors d'un congé partiel sans traitement qui s'échelonne sur une période de plus de 30 jours; ou
- 3- période non travaillée dans le cadre d'une entente de réduction du temps de travail; ou
- 4- non-réengagement, résiliation d'engagement ou congédiement contesté par appel.

L'adhérent doit formuler sa demande d'exemption à son employeur dans les circonstances décrites aux points 1, 2 et 3 avant le début du congé ou à SSQ dans la circonstance décrite au point 4, lorsqu'il fait sa demande de maintien des régimes assurés pour la durée de cet appel.

L'adhérent doit utiliser, dans les circonstances décrites ci-haut, le formulaire intitulé Demande d'exemption de participation au régime de rentes de survivants disponible auprès de son employeur.

iii- Le régime d'assurance salariale de courte durée

Ce régime couvre les 104 premières semaines d'invalidité du personnel d'encadrement. Votre employeur est responsable du versement des prestations de ce régime.

A- Invalidité

Il faut entendre par invalidité totale un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou de complications graves d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend le cadre totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

N'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale, celle qui résulte de maladie ou de blessure, volontairement causée par le cadre lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de service dans les forces armées ou de participation active à une émeute, à une insurrection, à des infractions ou à des actes criminels.

Dans le cas d'alcoolisme et de toxicomanie, est reconnue comme période d'invalidité totale celle pendant laquelle le cadre reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation.

B- Garanties du régime

Première période

Pendant la première semaine d'invalidité totale, l'adhérent reçoit le traitement auquel il aura eu droit s'il avait été au travail.

Deuxième période

À compter de la deuxième semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de 26 semaines du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 80 % du traitement auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail.

Troisième période

À compter de la 27^e semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de la 104^e semaine du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 70 % du traitement auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail.

- Pour l'adhérent dont la réadaptation débute au cours des 104 premières semaines d'invalidité, les prestations sont égales à 90 % du traitement du cadre pour la période de travail prévue dans le plan de réadaptation.

C- Intégration des protections

Le montant des prestations du régime d'assurance salaire de courte durée est réduit des prestations d'invalidité payables en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, du Régime de rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de tout autre régime de retraite auquel l'employeur contribue.

LES RÉGIMES ASSURÉS PAR SSQ

1- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS

1.1 admissibilité

C'est l'employeur qui détermine, selon les politiques de conditions de travail sectorielles, quels sont les cadres admissibles à l'assurance.

Les cadres travaillant moins que 25 % du temps complet de même que ceux qui participent au Régime d'assurance collective des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec ou reçoivent une rente de retraite admistrée par la CARRA (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)) ne sont pas admissibles au présent régime d'assurance collective.

La participation au régime commence, pourvu que le cadre soit au travail :

- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction pour un cadre à temps complet;
- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction pour un cadre à temps partiel.

Les délais mentionnés précédemment ne s'appliquent pas dans le cas de toute personne qui occupa déjà une fonction auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic du Québec dans les 30 jours précédant son entrée en fonction.

1.2 Participation à L'assurance

Tout cadre admissible participe obligatoirement aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie, d'assurance vie et aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée.

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, il incombe à l'adhérent de protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour les médicaments. Comme cette garantie se retrouve dans le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection en vertu de ce régime devra respecter l'exigence de la Loi en cette matière.

Adhérent âgé de 65 ans ou plus

Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans dans le courant de l'année, toutes les modalités de primes et de protections en fonction de l'âge ne seront appliquées que le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Entre le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent et le 31 décembre qui suit, l'adhérent devra se désengager auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la partie « médicaments » (s'il n'a pas à payer une prime à la RAMQ sans avoir droit aux protections). Le 1^{er} janvier de l'année suivante, l'adhérent pourra s'inscrire à la RAMQ ou demeurer inscrit chez SSQ en payant la surprime.

Le cadre âgé de 65 ans ou plus qui s'inscrit à la RAMQ présente ses demandes de prestations de médicaments à cet organisme pour en obtenir le remboursement. À ce moment-là, la partie déboursée par l'assuré est considérée comme un frais admissible en vertu de la clause « médicaments », par l'Assureur. La décision de s'inscrire à la RAMQ est irrévocable.

Le cadre de 65 ans ou plus qui ne s'est pas inscrit à la RAMQ voit ses prestations de médicaments remboursées par SSQ. Il doit en faire la demande par écrit à l'Assureur et payer la surprime (par période de 14 jours) indiquée au tableau des primes apparaissant à la fin de cette brochure.

À moins d'avis contraire de la part de l'adhérent, l'assurance médicaments chez SSQ se termine au premier janvier suivant le 65^e anniversaire de l'adhérent.

Conjoint atteignant l'âge de 65 ans avant l'adhérent

Le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans avant l'adhérent a le choix de maintenir sa protection de médicaments auprès de SSQ ou auprès de la RAMQ.

À moins d'indication contraire, SSQ et la RAMQ considèrent que le conjoint qui atteint l'âge de 65 ans est inscrit automatiquement au Régime public d'assurance médicaments (RPAM). À l'insu, le tableau suivant résume les démarches à effectuer par le conjoint pour faire connaître son choix lors de son 65^e anniversaire :

Conjoint demeure assuré auprès de SSQ pour les médicaments	Conjoint s'assure auprès de la RAMQ pour les médicaments
<ul style="list-style-type: none"> • L'inscription au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Il devra donc se désengager du Régime public d'assurance médicaments dès son 65^e anniversaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'inscription au Régime public d'assurance médicaments de la RAMQ est automatique lors de son 65^e anniversaire. Aucune démarche particulière à effectuer auprès de la RAMQ.
<ul style="list-style-type: none"> • Vous devez informer SSQ de la décision de votre conjoint. SSQ maintient pour votre conjoint la couverture pour les médicaments et les autres garanties du Régime d'assurance accident maladie. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune démarche à entreprendre auprès de SSQ. SSQ maintient pour le conjoint la couverture pour les autres garanties du régime d'assurance accident maladie, y compris celle pour les médicaments non couverts par la RAMQ, mais admissibles à un remboursement par SSQ. De plus, la partie déboursée par le conjoint (franchise et coassurance) exigée par la RAMQ est considérée comme un frais admissible en vertu de la clause médicaments de SSQ.

Conjoint demeure assuré auprès de SSQ pour les médicaments	Conjoint s'assure auprès de la RAMQ pour les médicaments
<ul style="list-style-type: none"> • L'adhérent paie la prime familiale du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. • Aucune surprime applicable chez SSQ pour le conjoint de 65 ans ou plus. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'adhérent paie la prime familiale du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie. • La prime du RPAM requise devra être acquittée lors de la production de la déclaration de revenus du conjoint.
<ul style="list-style-type: none"> • Cette décision est révoquée. Le conjoint peut s'inscrire au RPAM en tout temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'inscription au RPAM est irrévocable. Le conjoint ne pourra plus être assuré par SSQ pour les médicaments couverts par la RAMQ.

Compte tenu que le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie ne prévoit pas de surprime pour le conjoint de 65 ans ou plus, le choix le plus avantageux pour le conjoint est de conserver sa protection de médicaments auprès de SSQ.

1.3 exemption et terminaison du droit d'exemption

Un cadre qui peut faire la preuve qu'il est protégé en vertu d'un contrat d'assurance collective comportant des garanties similaires au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie peut être exempté de participer à ce régime, mais doit participer aux autres régimes obligatoires (vie et salaire). De plus, l'adhérent peut participer au régime facultatif d'assurance vie additionnelle.

L'adhérent qui désire bénéficier de cette disposition doit compléter le formulaire Demande d'adhésion ou de changement (FV3435) disponible chez son employeur et l'envoyer à SSQ par l'intermédiaire de son employeur. L'exemption prend effet à la date de réception du formulaire par l'employeur et la prime est modifiée le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec cette date.

Un cadre exempté peut participer à nouveau au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie (statut de protection individuel, monoparental ou familial), et ce, sans preuve d'assurabilité à la condition d'en faire la demande à SSQ, par l'intermédiaire de son employeur, dans les 60 jours qui suivent la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exempté. L'assurance prend alors effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption et la prime est payable le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec cette date.

Au-delà de ce délai de 60 jours, la protection prend alors effet le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception de la demande par SSQ.

1.4 adhérent

Un employé qui est adhérent à l'assurance et qui paie les cotisations requises.

1.5 assurés

Les personnes assurées sont l'adhérent lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

1.5.1 Conjoint

Le conjoint est celui ou celle qui est devenu(e) par suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contracté et reconnu comme valable par les lois du Québec ou par la loi pour une personne de résider en permanence, depuis plus d'un (1) an ou immédiatement si un enfant est issu de leur union, avec une personne qu'elle présente publiquement comme son conjoint.

La dissolution du mariage par divorce ou la nullité du mariage ou de l'union civile fait perdre le statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union non légalement contractée.

Lorsque l'adhérent est légalement lié par un mariage ou une union civile à une personne, il peut désigner à l'Assureur une autre personne comme conjoint en lieu et place du conjoint légal à la condition que cette personne réponde à la définition de conjoint de fait prévue à la présente. La désignation de cette personne prend effet à la date de notification à l'Assureur.

1.5.2 Enfant à charge

Un enfant de l'adhérent, de son conjoint ou des deux, ainsi qu'un enfant dont l'adhérent a la garde de droit ou dont il avait la garde lorsque l'enfant a atteint sa majorité ou qu'il avait alors adopté de fait, sans conjoint, qui dépend de l'adhérent pour son soutien et :

- âgé de moins de 18 ans; ou
- âgé de moins de 26 ans, s'il fréquente à temps plein à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement reconnu.

La déclaration de fréquentation scolaire doit être faite à l'Assureur, soit par l'entremise du site Internet ACCÈS | assurés de SSQ ou par un avis verbal ou écrit, une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que votre demande de prestation soit considérée directement en pharmacie. SSQ se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire; ou

- quel que soit son âge, est devenu totalement invalide alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

La Loi sur l'assurance médicaments du Québec oblige l'un ou l'autre des parents qui a accès à un régime collectif à protéger leurs enfants à charge,

et ce, indépendamment du fait, comme dans un cas de divorce, qu'il en ait ou non la garde légale. Si les deux parents sont admissibles à un régime d'assurance collective, ils devront prendre entente entre eux.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux fins du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et du régime obligatoire de base d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- la demande devra indiquer la date du début du congé sabbatique et sa durée;
- le congé sabbatique ne sera accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge;
- le congé sabbatique ne peut excéder 2 mois, sous réserve de l'admissibilité à la RAMQ, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier);
- les frais admissibles ne peuvent excéder 1 000 000 \$ à l'égard d'un tel congé.

1.5.3 Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

Une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) survenue alors qu'elle répondait à la définition d'« enfant à charge » prévue au présent contrat, ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale, domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercera l'autorité parentale s'elle était mineure.

Une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle ne peut être protégée qu'en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie.

1.6 bénéficiaire

Personne désignée par l'adhérent, à qui est versé le capital assuré payable lors du décès de l'adhérent. En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la somme assurée est payable à la succession de l'adhérent.

Les prestations payables au décès du conjoint ou d'un enfant à charge assurés sont toujours payables à l'adhérent.

L'adhérent peut changer de bénéficiaire dans les limites prévues par la loi par l'entremise du site internet ACCÈS | assurés de SSQ ou en communiquant par écrit avec le siège social de SSQ.

1.7 statut de Protection individuel, monoParental ou familial

Le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie doit faire l'objet d'un des choix ci-dessous :

- statut de protection individuel (protège l'adhérent seulement);
- statut de protection monoparental (protège l'adhérent, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle);
- statut de protection familial (protège l'adhérent, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle).

Ce choix est important, car la prime dépend directement du statut de protection choisi. Ce choix n'affecte pas les autres régimes disponibles (telle l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévue au régime obligatoire de base d'assurance vie décrit au point 3 ainsi que le régime de rentes de survivants décrit au point II).

1.8 changement de statut de Protection

1.8.1 Augmentation de protection

il est possible d'augmenter son statut de protection en modifiant sa protection individuelle en protection monoparentale ou familiale, ou en modifiant sa protection monoparentale en protection familiale.

Toute augmentation de statut de protection dans le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est soumise aux conditions suivantes :

- a) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental est présentée à l'employeur dans les 60 jours suivant la naissance d'un enfant ou de son adoption ou dans les 60 jours suivant la fin de l'assurance des enfants à charge par un autre régime d'assurance collective procurant des protections similaires :
 - le statut de protection monoparental prend effet rétroactivement à la date de la naissance ou d'adoption ou de la fin de l'assurance.
- b) lorsque la demande pour un statut de protection familial est présentée à l'employeur dans les 60 jours suivant le mariage, la reconnaissance du « conjoint de fait » ou la terminaison de l'assurance du conjoint :
 - le statut de protection familial prend effet rétroactivement à la date de l'événement.
- c) lorsque la demande pour un statut de protection monoparental ou familial est présentée au-delà du délai mentionné aux paragraphes a) et b) :
 - le statut de protection demandé prend effet à la date de réception de la demande par SSQ et la prime est payable le 1^{er} jour de la période de paie qui suit ou qui coïncide avec la date de réception de la demande par SSQ.

Veuillez noter que lors de la naissance d'un enfant à charge ou lors de son adoption, celui-ci est assuré automatiquement si l'adhérent est déjà protégé par un contrat monoparental ou familial.

1.8.2 Réduction de la protection

il est possible de réduire son statut de protection en modifiant sa protection familiale en protection monoparentale ou individuelle, ou en modifiant sa protection monoparentale en protection individuelle.

Toutefois, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, l'adhérent doit protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. Comme cette garantie fait partie du Régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection détenue par l'adhérent doit être conforme à l'exigence de cette loi en cette matière.

Pour toute demande de modification, l'adhérent doit remplir un nouveau formulaire Demande d'adhésion ou de changement en indiquant le nouveau statut désiré et le faire parvenir à son employeur.

- le statut de protection demandé prend effet à la date de réception du formulaire par l'employeur et la prime est payable à compter du 1^{er} jour de la période de paie qui coïncide ou qui suit cette date.

1.9 statut de fumeur / non-fumeur

La tarification du régime facultatif d'assurance vie additionnelle prévoit une réduction de primes pour l'adhérent ou le conjoint non-fumeur protégé par ce régime.

Pour se prévaloir de cette réduction, l'adhérent doit remplir le formulaire Demande d'adhésion ou de changement (FV3435) et signer la déclaration prévue à cette fin. Ce formulaire est disponible auprès du service des ressources humaines de l'employeur. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de cette protection.

Pour être considéré non-fumeur, il ne faut pas avoir fumé au cours des 12 derniers mois aucun produit de tabagisme tel que cigarette, cigare, cigarillo ou pipe, ni aucune drogue.

Si l'adhérent ou son conjoint cesse de remplir les conditions requises, SSQ doit en être avisé afin de corriger son dossier et la prime en conséquence.

Dans tous ces cas, un nouveau certificat est émis confirmant le statut de fumeur ou non-fumeur.

1.10 traitement

Le traitement est celui déterminé selon les conditions de travail aux fins des régimes d'assurance.

En cas d'invalidité totale, le traitement annuel utilisé pour les fins d'assurance est celui qui sert de base au calcul de la prestation du régime d'assurance salariale de courte durée de l'employeur. Si l'invalidité dure depuis plus de 104 semaines, il s'agit du traitement brut à la fin des 104 premières semaines d'invalidité totale indexé selon les modalités décrites au point 4.8 de la présente brochure.

1.11 Poursuite de L'assurance sans Paiement de Primes et exonération

Tout adhérent qui devient totalement invalide demeure protégé sans paiement de primes pour les régimes obligatoire et facultatif à compter de sa 2^e semaine d'invalité et tant que dure son invalité.

Cependant, tout adhérent totalement invalide qui prend un congé de préretraite avec rémunération ne peut bénéficier de l'exonération des primes au cours de ce congé de préretraite.

De plus, la période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à sa grossesse et approuvé par la CSST ne donne pas droit au bénéfice d'exonération des primes.

1.12 absence temporaire du travail

1.12.1 Congé sans traitement de 30 jours ou moins - Mesure de réduction du temps de travail de 30 jours ou moins

L'ensemble des protections de l'adhérent est automatiquement maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à l'Assureur de la façon habituelle.

1.12.2 Absence temporaire sans traitement - Congé sans traitement à temps plein de plus de 30 jours

Dans le cas d'une absence temporaire sans traitement (incluant la suspension) ou d'un congé sans traitement à temps plein d'une durée de plus de 30 jours, l'adhérent doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. La participation aux autres régimes d'assurance qu'il détient est suspendue automatiquement. Il peut, s'il le désire, maintenir sa participation à ceux-ci. La totalité des primes (part employé et part employeur) selon le traitement qu'il recevra immédiatement avant le début de son absence est à sa charge.

Pour l'adhérent ayant maintenu ses protections, l'invalité est réputée avoir débuté à la date de la fin de l'absence ou du congé.

1.12.3 Congé partiel sans traitement de plus de 30 jours - Mesure de réduction du temps de travail de plus de 30 jours

La participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie se poursuit comme seule cadre travaillant à temps plein. L'adhérent et l'employeur assument leur part respective des primes de ce régime.

Relativement aux régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel), d'assurance salaire de longue durée (obligatoire de base et RCO) et de rentes de survivants, la participation à ces régimes se poursuit sur la base du temps travaillé et selon la protection détenue immédiatement avant le congé ou l'entente.

L'adhérent peut maintenir sa participation à ces régimes sur la base du temps normalement travaillé avant le début du congé ou de l'entente. Dans

un tel cas, il doit assumer la totalité des primes (part de l'employé et part de l'employeur) pour la portion du temps non travaillé.

1.12.4 Congé de maternité (avec traitement)

L'ensemble des protections est maintenu en vigueur sans paiement de primes de la part de l'adhérente pendant la période prévue du congé de maternité décrit dans les conditions de travail.

1.12.5 Congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption (avec traitement)

L'ensemble des protections de l'adhérent est maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à l'Assureur.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date de la fin du congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption.

1.12.6 Congé parental (sans traitement)

Lors d'un congé parental sans traitement, la participation de l'employé au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'un congé parental sans traitement;

- a) d'une durée maximale de 2 ans qui suit immédiatement le congé de maternité, de paternité ou d'adoption; ou
- b) d'au plus 52 semaines continues qui doit se terminer au plus tard 70 semaines après la naissance ou, dans le cas d'une adoption, dans les 70 semaines où l'enfant a été confié à l'employé;

s'il s'agit d'un congé sans traitement à temps complet, le participant doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Les primes sont basées sur le traitement que l'employé recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions s'appliquent. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signalé avant le début du congé. L'Assureur peut refuser toute demande qui n'est reçue plus de 30 jours après le début d'une telle période de congé. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours du congé.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que le participant est assuré au cours d'un congé parental sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin du congé de l'employé.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'accident maladie pour la durée du congé.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé parental sans traitement à temps complet, l'employeur et l'employé versent leurs primes respectives.

Dans le cas prévu au paragraphe a), après la 52^e semaine, l'employé verse les deux primes (part de l'employé et part de l'employeur).

s'il s'agit d'un congé partiel sans traitement, le participant doit exercer l'une des options suivantes :

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps normalement travaillé avant le congé. Les primes sont alors établies sur le traitement que l'employé recevra s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé partiel sans traitement, l'employeur et l'employé versent leurs primes respectives.

Après la 52^e semaine d'un congé partiel sans traitement, l'employé et l'employeur versent leur part respective des primes, pour les jours travaillés par l'employé, et l'employé verse les deux primes (part de l'employé et part de l'employeur), pour les jours non travaillés;

2. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps travaillé pendant le congé partiel sans traitement. Les primes sont alors établies sur la base du traitement reçu pendant le congé partiel sans traitement. Pendant ce congé, l'employeur et l'employé versent leur part respective de ces dernières primes.

1.12.7 Certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail

Dans le cas de certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, la participation de l'employé au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qu'il suit.

Dans le cas d'une absence sans traitement, jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, le participant doit exercer l'une des options ci-après.

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signalé au début de l'absence. L'Assureur peut refuser toute demande qu'il reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période d'absence. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours de l'absence.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que le participant est assuré au cours d'une période d'absence sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salariale de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salariale de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin de l'absence de l'employé.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout participant qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point précédent sous réserve du droit d'exemption.

L'employeur et l'employé versent leurs primes respectives basées sur le traitement que l'employé recevra s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Lorsque la durée de l'absence sans traitement atteint la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, l'employé verse les deux primes (part de l'employé et part de l'employeur).

1.12.8 Non-réengagement, renvoi et congédiement contestés par appel

L'adhérent doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. Il peut, s'il le désire, maintenir sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie en payant lui-même la totalité des primes (part employé et part employeur). La participation aux régimes obligatoires d'assurance salariale de longue durée (base et complémentaire) est suspendue durant la période de contestation.

Relativement aux régimes obligatoires d'assurance salariale de longue durée, si l'appel est favorable à l'employé et s'il y a réintégration effective de l'employé, les primes de ces régimes sont payables par l'employeur, rétroactivement à la date du non-réengagement, du renvoi ou du congédiement contesté par appel et toute invalidité ayant débuté depuis cette date est alors reconnue.

1.12.9 Demande de maintien de la participation

L'adhérent qui désire maintenir sa participation doit en faire la demande à son employeur avant la date du début de l'une des absences ou congés mentionnés. Dans le cas du point 1.12.8, la demande doit être envoyée à SSQ dans les 90 jours suivant l'événement.

Lors d'un tel maintien, la participation à TOUS les régimes est obligatoire, incluant la rente de survivants. L'adhérent doit assumer le coût de ce régime qui est fixé, en 2013, à 1,09 % du traitement.

Dans le cas des absences prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, voir la clause 1.12.7.

Cependant, l'adhérent qui n'a pas de conjoint ni d'enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucunes prestations ne seront payables en vertu du régime de rentes de survivants peut être exempté de participer à ce régime pendant les absences temporaires du travail de la présente section selon les modalités déterminées dans les conditions de travail.

Veuillez noter que dans le cas où un adhérent termine sa participation, cette décision est irrévocable.

1.13 congé sabbatique à traitement différé

La protection et la prime de l'ensemble des régimes d'assurance auxquels le cadre participe sont maintenues à la fois durant les périodes d'accumulation du congé et du congé proprement dit, et ce, sur la base du traitement qui aura été reçu n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail.

1.14 mesures de fin d'engagement, d'emploi ou de contrat, de réduction des surplus ou de mise en disponibilité, de Preretraitement (total ou graduel) ou de retraitement progressif

Des règles particulières d'admissibilité et de participation à l'assurance sont applicables lors des situations mentionnées en titre et se terminent à la prise de la retraite ou à la rupture du lien d'emploi.

L'adhérent doit communiquer avec le service des ressources humaines de son employeur pour connaître tous les détails dans une telle situation.

La règle générale qui encadre l'admissibilité et la participation à l'assurance lors de ces événements est décrite ci-après.

La participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est maintenue. L'adhérent paie alors lui-même sa portion des primes, et l'employeur continue d'assumer la sienne. L'adhérent maintient également sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif additionnel d'assurance vie ainsi qu'au régime de rentes de survivants et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées sur la base du traitement reçu. Dans le cas de la retraite progressive, les primes et les protections de ces régimes sont établies sur la base du traitement reçu avant le début de l'entente.

La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et RCO) cesse à la date du début de l'événement sauf lors d'une préretraite graduelle ou d'une retraite progressive de plus de 104 semaines. Dans ces situations, la participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire (base et RCO) cesse à la 104^e semaine qui précède la date de la retraite définitive. Les primes et les protections sont établies sur la base du traitement reçu.

L'adhérent qui désire que le traitement utilisé soit celui qu'il recevrait immédiatement avant l'événement peut en faire la demande de la manière prévue au point 1.12.9 de la présente section. Il doit alors assumer la totalité

de la prime (part employé et part employeur) pour les régimes assurés et pour le régime de rentes de survivants. Cette prime est établie sur la portion du traitement non reçu.

1.15 fin de L'assurance

L'assurance de tout adhérent prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle il cesse de faire partie du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec, sauf pour l'employé qui maintient sa participation en vertu de ses conditions de travail; dans ce cas, c'est la date à laquelle il perd son statut d'employé;
- la date de la retraite;
- la date d'annulation du régime;
- la date de cessation du paiement des primes;
- à la fin de la période d'assurance salaire de courte durée de l'employeur (104 semaines), si l'adhérent devient totalement invalide après l'âge de 63 ans;
- la cessation des prestations d'assurance salaire de longue durée sauf s'il s'agit d'une cessation due à une préretraite totale.

En plus de ce qui précède, les primes (et par conséquent les protections) des régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et complémentaire) cessent à l'âge de 63 ans.

L'assurance du conjoint, des enfants à charge et d'une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- la date à laquelle l'assuré cesse d'être un conjoint, un enfant à charge ou une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- la date de réception par l'employeur de la demande de l'adhérent signifiant son intention d'être dorénavant protégé selon un statut de protection monoparental ou individuel selon le cas;
- six (6) mois après la date du décès de l'adhérent (voir point 1.16.4 ci-après).

1.16 Prolongation et droit de transformation

Pendant que le contrat est en vigueur, lorsqu'un adhérent cesse d'être admissible à l'assurance parce qu'il quitte son emploi ou prend sa retraite, sa protection au régime d'assurance vie (base et additionnelle) se prolonge pendant une période de 31 jours.

1.16.1 Régime obligatoire de base d'assurance vie de l'adhérent

Au cours de cette période de 31 jours, il peut obtenir de SSQ, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie, le montant de cette assurance n'excédant pas une (1) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un adhérent sans personne à charge, ou deux (2) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un adhérent ayant un conjoint ou des enfants à charge. Pour ceux qui sont admissibles au régime des retraités ou à un autre régime

d'assurance collective, ce montant est réduit du montant maximum d'assurance disponible dans ce régime. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

1.16.2 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

Si l'adhérent participe au régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le montant d'assurance peut être transformé en une protection d'assurance vie individuelle pour un montant équivalent à celui qu'il détenait avant la terminaison de son assurance.

Pour ce faire, l'adhérent doit transmettre une demande écrite à SSQ au cours de la période de prolongation de 31 jours.

Le tableau suivant décrit les montants pouvant être obtenus en vertu du droit de transformation :

Droit de transformation (en unité de salaire)		
Montant d'assurance vie	Droit de transformation ⁽¹⁾	
	Sans conjoint ou enfants à charge	Avec conjoint ou enfants à charge
Base seulement (½ fois)	1 fois	2 fois
Base + vie add. (1 fois)	2 fois	3 fois
Base + vie add. (2 fois)	3 fois	4 fois
Base + vie add. (3 fois)	4 fois	5 fois
Base + vie add. (4 fois)	5 fois	5 fois
Base + vie add. (5 fois)	5 fois	5 fois

⁽¹⁾ Ce montant est réduit du montant maximum d'assurance disponible dans un autre régime collectif (incluant le régime des retraités dont le montant disponible est 1,5 fois le traitement) auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

1.16.3 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge

Le montant d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévu au régime obligatoire de base d'assurance vie et le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint peuvent être transformés en une protection d'assurance vie individuelle, et ce, sans preuve d'assurabilité dans le cas où l'adhérent cessera d'être admissible au régime.

Toutefois, le montant d'assurance vie pouvant être transformé est réduit du montant maximal d'assurance vie prévu pour cette personne à charge dans un autre régime d'assurance collective auquel l'adhérent sera devenu admissible au moment où la personne à charge concernée exerce le droit de transformation.

Ce droit préserve l'assurabilité du conjoint et des enfants à charge en autant que l'assuré présente sa demande de transformation à SSQ dans les 31 jours suivant la cessation de sa participation.

1.16.4 Lors du décès de l'adhérent détenant un statut de protection familial ou monoparental

Le conjoint, les enfants à charge de l'adhérent et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle continuent de bénéficier des garanties prévues aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie et d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge sans paiement de la prime pour une période maximale de six (6) mois débutant à la date du décès de l'adhérent.

Après cette période de six (6) mois, le conjoint et les enfants à charge peuvent se prévaloir du droit de transformation, prévu au point 1.16.3 pour les montants de protection d'assurance vie.

Relativement à la protection d'assurance accident maladie, elle peut être conservée, à l'exception des médicaments, dans un régime distinct qui leur est offert par SSQ sans preuve d'assurabilité et dont la prime est payable directement à SSQ selon les conditions en vigueur au moment de la demande. Cette demande pour le régime d'assurance accident maladie doit être présentée à SSQ dans les 31 jours suivant la date de terminaison de la période de six (6) mois mentionnée précédemment. Au-delà de ce délai aucune protection n'est disponible.

Le droit de transformation en assurance accident maladie n'est disponible que si la personne n'est admissible à aucun régime d'assurance collective.

1.17 droit au Paiement anticipé - régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel)

Lorsque la protection d'un adhérent est prolongée sans paiement de primes suivant les dispositions prévues à la clause « Exonération des primes » et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit auprès de SSQ, de recevoir une prestation d'invalidité égale à 25 % du montant d'assurance vie pour lequel il est protégé. Le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction de protection prévue au contrat et devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de l'adhérent.

L'adhérent qui désire exercer ce droit doit fournir à l'Assureur les preuves démontrant :

- a) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande; et, s'il y a lieu,
- b) l'acceptation de son bénéficiaire désigné irrévocable ou révocable si celui-ci est autre que « la succession de l'adhérent ou ses ayants droits ».

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est réduit du montant du paiement anticipé auquel est ajouté l'intérêt calculé selon le taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un (1) an majoré de 2 %. L'intérêt court à compter de la date du versement du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

1.18 dispositions en vigueur Lors d'une invalidité

Lorsqu'un adhérent devient invalide, ce sont les dispositions du contrat en vigueur à la date de survenance de l'invalidité qui sont applicables

pour les régimes obligatoires de base d'assurance vie, de base d'assurance salaire de longue durée et complémentaire d'assurance salaire de longue durée (RCO).

Toute modification à ces régimes alors que l'adhérent est invalide s'applique lorsqu'il se qualifie à une nouvelle période d'invalidité au régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

Relativement au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, les modifications s'appliquent dès leur date d'entrée en vigueur, et ce, que l'adhérent soit invalide ou non à cette date.

1.19 monnaie

Tous les montants prévus dans la présente brochure sont en monnaie du Canada.

2- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

2.1 frais hospitaliers (100 %)

2.1.1 Frais hospitaliers au Québec

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de 100 % du coût d'une chambre semi-privée sous réserve de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un adhérent engage au Québec, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse.

La contribution du patient exigée par un établissement pour son hébergement ou des soins de longue durée, de même que les frais administratifs demandés par l'hôpital au patient ne sont pas couverts par la présente clause.

2.1.2 Frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec

Lorsque des frais médicaux et d'hospitalisation sont engagés pour des soins qui ne peuvent être dispensés au Québec, ces frais en excédent de ceux de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) sont admissibles dans la mesure où ils sont préautorisés par la RAMQ et conformes aux normes prévues à cet effet par la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, sous réserve des montants maximums suivants :

- **frais médicaux**
trois (3) fois le montant payé, à titre d'honoraires professionnels, par la RAMQ;
- **frais hospitaliers**
une (1) fois le montant payé, à titre de frais d'hospitalisation, par la RAMQ.

2.1.3 Frais de transport et d'hébergement pour des soins non dispensés au Québec

Les frais admissibles comprennent les frais de transport et d'hébergement pour des soins préautorisés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), mais non dispensés au Québec. Les frais sont remboursés jusqu'à concurrence d'un maximum de 5 000 \$ par assuré, par année civile.

Cette garantie est complémentaire à celle pour les frais médicaux et d'hospitalisation pour des soins non dispensés au Québec.

2.2 frais de médicaments et Paramédicaux (75 % ou 100% selon le cas)

Sous réserve de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, les frais admissibles de cette section sont remboursés à 75 % pour les premiers 2 000 \$ de frais admissibles et à 100 % pour l'excédent, par certifié et par année civile (excluant les frais hospitaliers, l'assurance voyage et l'assurance annulation voyage). Le terme certifié désigne un statut de protection individuel, monoparental ou familial.

Ces frais sont également admissibles pour des soins non urgents en dehors du Québec. Toutefois, en pareille circonstance, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de ceux qui auraient été remboursés par l'Assureur s'ils avaient été engagés au Québec.

Notion de frais admissibles et remboursement

Lorsque dans la description d'une garantie, l'expression « frais admissibles » est utilisée, le montant de frais admissibles doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour établir le montant maximum du remboursement.

Relativement au remboursement maximal par année civile, ce montant correspond à la somme de tous les remboursements effectués par SSQ pour les frais engagés du 1^{er} janvier au 31 décembre d'une même année.

Exemple : Frais pour traitements de physiothérapie

a) exemple 1 : facture présentée : 45 \$
Ce montant est ramené au maximum de 40 \$ et est remboursé à 75 %, soit 30 \$.

b) exemple 2 : facture présentée : 25 \$
Ce montant est remboursé à 75 %, soit 18,75 \$.

Les frais admissibles mentionnés aux points 2.2.2 à 2.2.16 inclusivement, 2.2.33 et 2.2.34 doivent être prescrits par un médecin. Ces frais admissibles comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de l'adhérent, de son conjoint, d'un de leurs enfants à charge ou de la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle :

2.2.1 les frais pour des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance, porteurs d'un DiN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé, conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des factures convenablement détaillées et dûment acquittées.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au répertoire de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités

gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ, ne sont toutefois couverts que s'ils répondent aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments du Québec.

Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'Assureur pour qu'il en assume le coût pour le compte d'un assuré.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$.

Les produits antitabac couverts sous le Régime général d'assurance médicaments sont également couverts par ce régime et sont assujettis à un maximum de remboursement égal au montant fixé et mis à jour annuellement à cet égard par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Dans le cas d'un assuré de 65 ans ou plus, la contribution du patient (franchise et coassurance) exigée pour un assuré couvert sous le Régime public d'assurance médicaments (RPAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est couverte par la présente clause.

Sont également couverts par la présente clause les stérilets prescrits par un médecin.

Transfert du cumul des contributions déboursées en médicaments

Un adhérent changeant de régime d'assurance en cours d'année civile a la possibilité d'obtenir, pour lui-même et pour ses personnes à charge, un relevé du cumul de leurs contributions pour l'année civile en cours. Ce relevé est émis par l'assureur ou la RAMQ, à la demande d'un adhérent ou de l'employeur pour chaque personne visée par le changement d'assureur. Dans tous les cas, la demande du relevé doit être faite dans les six (6) mois suivant la date de terminaison de l'assurance. Par cette mesure, l'adhérent n'a pas à déboursier pour l'achat de ses médicaments dans son nouveau régime lorsque le plafond annuel prévu par celui-ci sera atteint.

Note : Si l'adhérent demeure chez SSQ, le cumul des contributions est automatiquement transféré.

Service de remboursement direct des frais de médicaments

Le régime inclut le service de remboursement directement à la pharmacie lors de l'achat de médicaments. Ainsi, la personne assurée n'aura qu'à payer la partie du coût des médicaments qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance, puisque SSQ remboursera directement au pharmacien la portion assurée.

Par exemple, pour des frais de médicaments admissibles de 40 \$ et remboursables à 75 %, la personne assurée n'aura qu'à déboursier 10 \$ au pharmacien.

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la section 8 - Comment faire une demande de prestations.

Exclusions aux médicaments :

La présente clause ne couvre pas les produits suivants qu'ils soient considérés ou non comme un médicament :

1. produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
2. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
3. produits homéopathiques ou d'origine naturels;
4. les produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le Régime général d'assurance médicaments;
5. suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'Assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
6. écrans solaires;
Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits sont couverts sur présentation d'un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'Assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
7. médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
8. produits ou médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
9. médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.

2.2.2 les frais engagés pour des soins à domicile. Dans la présente clause, on entend par :

- « activité quotidienne de base » : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- « fournisseur de services d'aide à domicile » : une personne travaillant moyennant rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence, de même qu'un travailleur autonome, seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région;

- « membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint » : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, beau-frère, belle-soeur, demi-frère, demi-soeur, gendre, bru, grands-parents et petits-enfants.

Les frais admissibles sont ceux engagés par l'assuré, au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie d'un jour et pendant laquelle il est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base :

- a) soins infirmiers : les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié pour des soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré n'être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :
 - l'enseignement après une intervention chirurgicale;
 - la prise de la tension artérielle et des signes vitaux;
 - le changement de pansements et le soin des plaies;
 - l'administration de médicaments et la surveillance de l'état;
 - l'exercice de sutures et agrafes;
 - les prélèvements (sanguins et autres).
- b) frais de transport : les frais de transport de l'assuré pour bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie d'un jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine et de frais admissibles de 30 \$ par déplacement (aller et retour).
- c) maison de convalescence : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un médecin, un infirmier licencié ou un infirmier auxiliaire licencié, incluant le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 125 \$ par jour.
- d) services d'aide à domicile : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider l'assuré à accomplir ses activités quotidiennes de base, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. Les services doivent être rendus au domicile de l'assuré et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré n'être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les services couverts comprennent entre autres :
 - soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
 - ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
 - entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, fonte de la pelouse, etc.);
 - préparation des repas;
 - accompagnement à des rendez-vous médicaux.

e) frais de garde des enfants : les frais pour la garde des enfants à charge de l'adhérent à son domicile ou dans un service de garde jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 25 \$ par jour et par enfant. La personne qui dispense les services de garde ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré n'être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint.

Seuls les frais en excédent de ceux habituellement engagés par l'adhérent ou son conjoint avant la période de convalescence de l'assuré concerné sont couverts en vertu de la présente clause.

Limitation reliée aux soins à domicile

Seuls les frais engagés pour des soins reçus dans les 30 jours suivant immédiatement l'hospitalisation ou la chirurgie d'un jour sont couverts en vertu de la présente clause. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour se prolonge pour une période de quatre (4) jours ou plus.

Recommandations

- Veuillez toujours vérifier avec le CLSC de votre région pour connaître les soins offerts et dispensés en fonction de votre état de santé afin que pour vous assurer d'un suivi adéquat de votre dossier par le CLSC.
- Bien qu'il ne soit pas exigé d'obtenir l'autorisation de l'Assureur, nous vous invitons tout de même à communiquer avec notre Service à la clientèle pour évaluer votre dossier et afin d'éviter tout désagrément au cas où votre contrat d'assurance ne couvrirait pas les dépenses occasionnées par votre état de santé.

2.2.3 selon le mode le plus économique et pour combler un besoin temporaire seulement, les frais d'achat ou de location d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'un lit d'hôpital;

2.2.4 les frais engagés pour l'achat ou le remplacement de membres artificiels ou d'appareils prothétiques à l'exclusion des lunettes, lentilles cornéennes et prothèses dentaires;

2.2.5 les frais d'achat, de location ou de remplacement de bandages herniaires, corsets, plâtres, attelles, béquilles et autres appareils orthopédiques, étant entendu que l'expression « appareils orthopédiques » désigne un assemblage de pièces réunies en un tout qui soutient ou maintient une partie du corps afin de prévenir et de corriger les déformés du corps, ou de traiter les affectations du squelette, des muscles et des tendons.

Les frais d'achat pour les orthèses plantaires sont également admissibles. Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste des prix de l'Association nationale des orthésistes du pied. Les orthèses doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique;

- 2.2.6 les frais d'achat d'un (1) appareil mesurant le taux de glucose sanguin (glucomètre) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 36 mois;
- 2.2.7 les frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques.

Dans cette catégorie d'appareils et à titre d'exemples on retrouve :

- les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébuliseur);
- les stimulateurs de consolidation de fractures;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique, CPAP);
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);
- l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

Exclusions aux appareils thérapeutiques

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques.

Par « accessoires domestiques », on entend des accessoires tels que siège d'aisance, barre de soutien, humidificateur, climatiseur, « filtreur d'air », articles du Docteur Gibaud (matériel fournissant de la chaleur), coussin électrique, coussin chauffant pour l'auto, lampe solaire, thermomètre, bain de siège, appareil à pression, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature, (« water pick ») brosse à dents électrique, appareil hydrothérapeutique, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (incontinence nocturne) et autres accessoires de même nature;

- 2.2.8 les frais couverts pour une (1) pompe à insuline sont l'achat de la pompe et sa réparation jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par période de 60 mois par personne assurée et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile par personne assurée.
- 2.2.9 les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/ TENS) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 60 mois;
- 2.2.10 les frais d'achat d'une prothèse capillaire devenue nécessaire à la suite d'une chimiothérapie. Le remboursement par période de 48 mois complets consécutifs est limité à une seule prothèse par assuré et à un maximum de 500 \$ par assuré;

- 2.2.11 les frais d'achat de chaussures orthopédiques. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.
- Sont également admissibles, les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que toutes formes de sandales, ne sont pas admissibles;
- 2.2.12 les frais engagés pour des électrocardiogrammes, radiographies (incluant scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire, dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada;
- 2.2.13 les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un appareil d'assistance respiratoire et d'oxygène (ex. : concentrateur, oxygène).
- Les frais d'achat d'une station de remplissage de bonbonnes d'oxygène peuvent être considérés comme admissibles à un remboursement si l'adhérent démontre que les frais d'achat sont plus économiques pour le régime que le coût de remplissage des bonbonnes d'oxygène;
- 2.2.14 les frais pour les services professionnels d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié pourvu que ces services soient rendus à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence. Le fournisseur de services ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré n'être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint;
- 2.2.15 les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance;
- 2.2.16 les frais d'achat de bas de contention moyenne ou forte (21 mm de Hg ou plus) fournis et vendus dans une pharmacie ou un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique, sous réserve d'un remboursement maximal de trois (3) paires par assuré, par année civile;
- 2.2.17 les frais admissibles pour la substance utilisée dans le cas d'injections sclérosantes sont limités à un maximum de 20 \$ par séance de traitement (maximum un (1) traitement par jour), de même que les honoraires professionnels relatés aux injections jusqu'à concurrence de frais admissibles de 25 \$ par séance de traitement (maximum un (1) traitement par jour);
- 2.2.18 les frais engagés pour la location, l'achat ou la réparation d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 48 mois complets consécutifs pour chaque assuré;
- 2.2.19 les honoraires professionnels d'un chirurgien-dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles, par suite

d'un accident survenu en cours d'assurance, pourvu que le traitement soit rendu dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident.

Les frais admissibles sont limités aux tarifs prévus au guide (édition courante) des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.

Toutefois, aucunes prestations ne sont payables pour tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit relatés à un implant dentaire;

2.2.20 les frais de transport aller et retour en ambulance y compris, en cas d'urgence, le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances).

La nécessité médicale doit être démontrée lors de la demande de prestations à l'Assureur lorsque le transport par avion est utilisé;

2.2.21 les frais engagés pour la substance utilisée pour des vaccins curatifs ou préventifs, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 200 \$ par assuré, par année civile;

2.2.22 les frais pour les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, sous réserve d'un remboursement maximum de 50 \$ par assuré, par période de 24 mois complets consécutifs;

2.2.23 les frais pour des traitements de physiothérapie rendus en clinique prouvée par des physiothérapeutes ou par des thérapeutes en réadaptation physique, exerçant sous le contrôle de physiothérapeutes ou de physiatres, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par traitement;

2.2.24 les honoraires professionnels d'un orthophoniste, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 600 \$ par assuré, par année civile;

2.2.25 les honoraires professionnels d'un ergothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par année civile;

2.2.26 les honoraires professionnels d'un audiologiste ou d'un audioprothésiste, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par consultation pour un audiologiste et jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par consultation pour un audioprothésiste, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes;

2.2.27 les honoraires professionnels d'un chiropraticien, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement, de 50 \$ par année civile pour les radiographies, sous réserve d'un remboursement global de 500 \$ par année civile, par assuré;

2.2.28 les honoraires professionnels d'un diététiste, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par assuré;

2.2.29 les honoraires professionnels d'un podiatre, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 40 \$ par traitement, sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par année civile, par assuré;

2.2.30 les honoraires professionnels d'un naturopathe (ou naturothérapeute), d'un homéopathe ou d'un phytothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximum de 600 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;

Concernant le naturopathe (ou naturothérapeute), les frais admissibles sont ceux relatés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations non reconnues par l'Assureur ne sont pas couverts.

2.2.31 les honoraires professionnels d'un acupuncteur, d'un ostéopathe, d'un kinésithérapeute, d'un orthothérapeute ou d'un massothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximal de 600 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;

La notion de traitement ne fait pas référence aux remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels.

2.2.32 les honoraires professionnels d'un psychiatre, d'un psychanalyste, d'un psychologue, d'un travailleur social, d'un thérapeute conjugal et familial ou d'un conseiller en orientation, sous réserve d'un remboursement maximum de 1 000 \$ par année civile, par assuré, pour l'ensemble de ces spécialités;

2.2.33 les frais de transport et d'hébergement (incluant les repas) engagés au Québec et occasionnés par un des événements suivants :

- la consultation d'un médecin spécialiste pour des services professionnels non disponibles dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;
- des traitements spécialisés rendus par un médecin et non disponibles dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;
- une hospitalisation pour recevoir des soins non disponibles dans un rayon de 200 km du lieu de résidence de la personne assurée;

Les frais admissibles sont :

- les frais de transport en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau et train) selon le mode le plus économique en tenant compte de l'état de santé de la personne assurée, ainsi que les frais de repas;
- les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que l'événement nécessite un séjour.

Le remboursement maximal pour l'ensemble de ces frais est de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile.

Toutefois, les conditions ci-après s'appliquent aux frais admissibles indiqués précédemment :

- l'événement engendrant ces frais admissibles doit être prescrit par un médecin;

- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées;
- l'événement engendrant les frais admissibles doit nécessiter un déplacement d'au moins 200 km (aller seulement), du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de l'événement par la route la plus directe. Le lieu de l'événement doit par ailleurs être le plus près du lieu de résidence de la personne assurée;
- pour l'hébergement et les repas, les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées et sont limités aux montants prévus dans la Directive sur les frais remboursables lors d'un déplacement et autres frais inhérents applicable au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec;
- pour le transport en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par un assuré ainsi que par son accompagnateur.

REMARQUE :

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par certains Centres de santé et de services sociaux. Ce programme est toutefois administré par l'établissement responsable du traitement de l'assuré. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, l'assuré est prié de communiquer avec l'hôpital, le CLSC ou le Centre de santé et de services sociaux. Ces organismes sont « premiers payeurs ». Ainsi, seuls les frais non remboursés par ces organismes et admissibles en vertu du présent contrat sont remboursables.

2.2.34 dans le cas d'une cure de désintoxication reliée à l'alcoolisme, à la toxicomanie ou au jeu compulsif, les frais engagés pour un séjour dans une maison officiellement reconnue à cette fin, sont admissibles jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile, par assuré.

2.3 exclusions

La garantie de médicaments prévoit l'exclusion de certains produits. L'adhérent est invité à lire attentivement ces exclusions au point 2.2.1.

De plus, aucune prestation ne sont payables pour les frais engagés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lequel l'adhérent a droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;

- du fait d'une automutilation volontaire, dans quelque état mental que soit l'assuré;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que l'assuré est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'adhérent;
- pour des services médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne sera pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il pouvait être admissible ou ne sera pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute législation d'un gouvernement et ceux qu'il auraient été le fournisseur de ces services avant choisis de participer à un tel régime;
- pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- pour toutes substances, soins ou procédés servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
- pour les services, fournitures, examens, soins ou frais qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

2.4 Limitation

Pour chacun des spécialistes admissibles en vertu de ce régime, le remboursement des frais admissibles est limité à un (1) seul traitement par jour.

2.5 coordination

Si la somme des prestations qui seraient payables en vertu du présent régime et des prestations qui seraient payables aux termes de tout autre régime d'assurance collectif ou individuel, en vertu duquel un adhérent a droit à de telles prestations, excède les frais réellement engagés pour les services et fournitures couverts par le présent contrat, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites de façon à éliminer cet excédent.

3- LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE

3.1 assurance vie de L'adhérent

Le montant de protection est égal à 50 % du traitement annuel.

3.2 assurance vie du conjoint et des enfants à charge

• conjoint : 17 200 \$

• enfant(s) à charge
âgé(s) de 24 heures ou plus : 5 000 \$ par enfant

Note : Ces montants sont réduits de moitié pour les adhérents travaillant moins de 70 % du temps complet.

3.3 assurance en cas de mutilation accidentelle de L'adhérent, du conjoint et des enfants à charge

Cette garantie prévoit le paiement d'une prestation, telle que décrite dans le tableau suivant, et ce, sans excéder 100 % du traitement annuel de l'adhérent, lorsque lui-même, son conjoint ou leurs enfants à charge, en cours d'assurance, subissent à la suite d'un accident l'une des pertes suivantes, et ce, dans les 365 jours de l'accident :

Perte	Montant
- des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 % du traitement annuel
- d'une main et d'un pied	100 % du traitement annuel
- d'une main et de la vue d'un oeil	100 % du traitement annuel
- d'un pied et de la vue d'un oeil	100 % du traitement annuel
- d'une main	50 % du traitement annuel
- d'un pied	50 % du traitement annuel
- de la vue d'un oeil	50 % du traitement annuel

Note : Par « perte », on entend la perte totale et irréversible de l'usage d'un membre, et ce, à la suite d'un accident. La perte de la vue signifie la perte totale définitive et irréversible de la vue.

3.4 exclusion en cas de mutilation accidentelle

L'assurance en cas de mutilation accidentelle n'est pas payable si la perte est due à une des causes suivantes : blessures volontaires, suicide, guerre, émeute, insurrection, participation active à un acte criminel ou un attentat, service actif dans les forces armées, exercice de toute fonction comme membre d'équipage d'un aéronef (sauf sa présence comme membre de l'équipage découle de ses fonctions à titre d'employé du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec).

4 □ LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, le régime obligatoire de base d'assurance salariale de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salariale de courte durée offert par l'employeur.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après:

4.1 montant de La rente

La rente, versée mensuellement, est égale à 65 % du traitement mensuel brut auquel l'adhérent aura eu droit s'il avait été au travail à la fin de la 104^e semaine de son invalidité totale.

4.2 délai de carence

Le délai de carence est de 104 semaines et correspond à la durée du régime d'assurance salariale de courte durée de l'employeur.

4.3 durée des Prestations

L'adhérent invalide a droit de recevoir la rente d'invalidité de longue durée à compter de la fin du délai de carence et aussi longtemps qu'il demeure totalement invalide sans toutefois dépasser la première des dates mentionnées au point 4.10 Cessation des prestations ci-après.

4.4 coordination de La rente

Le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant mensuel de rente d'invalidité payé en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec (RRQ), de tout contrat antérieur et de toute autre loi sociale. Cette réduction tiendra compte également de tout montant rétroactif s'il y a lieu.

À défaut de recevoir les montants des différentes sources de revenu mentionnées précédemment, il incombe à l'adhérent de faire la preuve qu'il n'a pas droit à des indemnités provenant de telles sources.

De plus, le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant de rente d'invalidité ou de retraite que reçoit l'adhérent en vertu du régime de retraite de l'employeur et de la rente de retraite payée à l'adhérent par le RRQ.

Cette réduction est établie en fonction des rentes payables après la 104^e semaine d'invalidité totale, sans égard à leurs futures indexations au coût de la vie.

4.5 cotisation au régime de retraite

En plus de la rente d'invalidité, l'Assureur paie à compter de la 156^e semaine d'invalidité totale la cotisation de l'adhérent au régime de retraite de l'employeur, si l'adhérent y contribue avant son invalidité, tant que dure l'invalidité totale, mais sans dépasser la première des dates mentionnées au point 4.10 Cessation des prestations ci-après.

Dans le cas d'une maladie en phase terminale d'un adhérent admissible en vertu des dispositions du RRPE, du RRAS, du RREGOP ou du RRAPSC, si l'adhérent demande un remboursement de ses cotisations accumulées avec intérêts ou de la valeur présente de sa rente de retraite, l'Assureur cesse le versement de la cotisation de l'adhérent au RRPE, au RRAS, au RREGOP ou au RRAPSC à la date de réception de la demande de remboursement à la CARRA.

4.6 définition d'invalidité totale

L'invalidité totale est un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication grave d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir tout emploi rémunérateur pour lequel il est raisonnablement apte par suite de son éducation, de son entraînement et de son expérience, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

4.7 Période d'invalidité totale (p. 104)

Toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident, séparées par une période de moins de trois (3) mois de travail effectif à temps complet ou, le cas échéant, à temps partiel, conformément au poste régulier de l'adhérent.

Si l'invalidité totale, pendant une période, résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale pendant la période précédente, cette période est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale.

4.8 indexation

Le montant de la rente payable par l'Assureur est indexé selon le pourcentage le moins élevé de :

- a) l'augmentation de l'échelle de traitement des cadres (classe 4) de la fonction publique appliquée au cours de l'année précédente;
- b) 5 %.

Cette clause d'indexation s'applique annuellement à compter du 1^{er} janvier qui suit une période d'au moins six (6) mois de prestations.

4.9 Programme de réadaptation

Le programme vise à favoriser la réintégration au travail d'un adhérent en fournissant le support nécessaire à cette fin tant à l'adhérent qu'à son employeur. Les principaux paramètres de ce programme ainsi que les principales conditions de travail relatives à son application sont décrites dans la brochure intitulée Programme de réadaptation. Pour plus de détails, veuillez contacter le service des ressources humaines de votre employeur.

4.10 cessation des Prestations

il y a cessation des prestations d'invalidité à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- b) la première date à laquelle l'adhérent invalide devient admissible à :
 - une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur (exemple : RRPE, RRE, RRF, RRAS) ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
 - ou
 - un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la rente de ce régime;
 - ou
 - une rente de retraite avec réduction actuarielle dont le montant correspondra à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
- c) la date de la prise de la retraite ou de la préretraite totale;
- d) la date où cesse l'invalidité totale.

Les cotisations au régime de retraite de l'employeur, s'il y a lieu, cessent à la même date que celle stipulée ci-haut, mais sans excéder la date où l'adhérent reçoit effectivement une rente d'invalidité ou de retraite en vertu du régime de retraite de l'employeur.

4.11 droit d'appel

Les décisions ouvrant droit à une contestation sont de deux ordres :

- la non-reconnaissance d'un état d'invalidité par l'Assureur;
- les tâches de l'emploi de réadaptation.

4.11.1 Contestation de la non-reconnaissance d'une période d'invalidité par l'Assureur

Le cadre ou son employeur, sous réserve de l'accord du cadre, peuvent séparément ou conjointement contester la décision de l'Assureur de ne pas reconnaître, ou de cesser de reconnaître à compter de la 105^e semaine, l'état d'invalidité du cadre.

Afin d'éviter une procédure longue et coûteuse, le gouvernement, les associations de cadres et l'Assureur ont convenu de la mise sur pied d'un tribunal d'arbitrage médical pour disposer des litiges en cette matière. En contrepartie de l'obligation de l'Assureur de respecter la décision du tribunal d'arbitrage médical, l'employé doit adhérer à la convention d'arbitrage médical par écrit et par le fait même, renoncer à tout autre recours aux tribunaux de droit commun ou à tout autre tribunal.

Pour soumettre un différend au tribunal d'arbitrage médical, le cadre ou son employeur doit donner à l'Assureur un avis écrit à cet effet dans les 90 jours :

- de la date de prise d'effet de la décision de l'Assureur, si cette décision est rendue avant la fin des 104 semaines;

ou

- de la date de la décision de l'Assureur, si cette décision est rendue après les 104 semaines.

Le cadre doit transmettre une copie des documents de contestation à son employeur.

4.11.2 Contestation des tâches de l'emploi de réadaptation

Le comité sectoriel est le premier intervenant dans les contestations des tâches de l'emploi de réadaptation de même qu'à l'occasion d'une affectation temporaire pour une durée n'excédant pas 12 mois.

S'il n'y a pas une solution satisfaisante pour le cadre à cette étape, les conditions de travail prévoient un mécanisme de recours dont la décision est exécutoire pour trancher des litiges.

4.12 exclusions

Aucunes prestations ne sont payables pour toute période d'invalité résultant de maladies ou de blessures que l'adhérent s'est volontairement infligées, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre déclarée ou non, ou d'une guerre civile.

Le régime ne couvre aucune période d'invalité pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin, sauf le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'Assureur.

5- LE RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)

Un régime de prestations complémentaires au programme de réadaptation complète en partie le traitement provenant d'un emploi de réadaptation.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après :

5.1 admissibilité aux Prestations

L'adhérent a droit aux prestations du RCO :

- s'il satisfait à la définition d'invalidité du régime d'assurance salariale de courte durée de l'employeur; ou
- après les 104 premières semaines d'invalidité, s'il ne se qualifie pas ou ne se qualifie plus à la détermination d'invalidité totale prévue au régime obligatoire de base d'assurance salariale de longue durée.

De plus, il doit :

- avoir complété avec succès un plan de réadaptation; ou
- être en cours de réalisation d'un plan de réadaptation; ou
- selon le rapport d'évaluation de ses besoins en réadaptation, ne pas avoir besoin de réadaptation;

et

- occuper un emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par l'Assureur; ou
- être en période d'assignation temporaire sur un poste pour une durée n'excédant pas 12 mois.

5.2 Prestations

Les prestations du RCO sont équivalentes à 95 % du traitement brut de l'adhérent à la 1ère journée de l'invalidité moins le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire.

Lorsque l'adhérent occupe un emploi sur une base progressive, le montant de la prestation est établi au prorata du temps rémunéré dans l'emploi de réadaptation par rapport au temps complet.

En tout temps, les prestations du RCO ne peuvent excéder 30 000 \$ par année.

Note : Le traitement à la première journée de l'invalidité et les prestations du RCO ne sont pas sujets à la clause d'indexation indiquée au point 4.8.

Le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire est déterminé comme étant le plus élevé de :

- 1) l'équivalent des prestations qui seraient payables par le régime obligatoire de base d'assurance salariale de longue durée (maximum annuel de 58 000 \$);

□) le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire sur la base de la période normale de travail au début de l'invalidité.

Les prestations prévues au présent régime ne peuvent cependant en aucun temps, débiter avant qu'une période de 104 semaines ne se soit écoulée depuis le début de l'invalidité.

5.3 versement des Prestations

Dans la mesure où l'adhérent est admissible aux prestations du RCO, celles-ci sont versées durant chacune des périodes suivantes:

- a) lorsque l'adhérent a réussi son plan de réadaptation, la période au cours de laquelle il occupe de façon permanente l'emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par l'Assureur;
- b) pendant la période de retour progressif au travail prévue au plan de réadaptation approuvé par l'Assureur;
- c) la période au cours de laquelle l'adhérent occupe un poste en assignation temporaire lorsqu'il est en attente d'un emploi de réadaptation, pour une période n'excédant pas 12 mois.

5.4 cessation des Prestations

il y a cessation des prestations du RCO à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans;
- b) la première date à laquelle l'adhérent invalide devient admissible à :
 - une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur (exemple : RRPE, RRE, RRF, RRAS) ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
 - ou
 - un montant total de prestations au sens du RRCE qui correspond à 70 % du traitement admissible moyen servant au calcul de la rente de ce régime;
 - ou
 - une rente de retraite avec réduction actuarielle dont le montant correspondra à celui d'une rente de retraite sans réduction actuarielle calculée avec 35 années de service créditées pour fins de calcul au sens du régime de retraite de l'employeur ou 32 années de service créditées (RRAPSC);
- c) la date de la prise de la retraite;
- d) la date où l'adhérent complète une période d'assignation temporaire de 12 mois et n'occupe toujours pas, à cette date, un emploi de réadaptation approuvé par l'Assureur. Dans un tel cas, l'Assureur informe le comité sectoriel avant de cesser le versement des prestations;

- e) la date de la cessation d'un emploi de réadaptation approuvée par l'Assureur ou de tout autre emploi suivant, sans période d'interruption, cet emploi de réadaptation;
- f) la date où les prestations du RCO payables deviennent inférieures à 5% du traitement de l'adhérent au début de son invalidité.

5.5 cotisation au régime de retraite

Les prestations du RCO versées sont considérées comme un traitement admissible au régime de retraite. Ainsi, la cotisation de l'adhérent est prélevée sur les prestations du RCO. L'Assureur assume la contribution de l'employeur qui est égale à celle de l'employé.

5.6 Prestations d'assurance vie et rentes de survivants

Advenant un décès, les prestations du RCO sont incluses dans le calcul du traitement servant à établir le montant global des prestations d'assurance vie et de rentes de survivants.

5.7 exclusion

Aucunes prestations ne sont payables pour toute période d'invalidité résultant de maladies ou de blessures que l'adhérent s'est volontairement infligées, de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées ou qui résulte directement ou indirectement d'une guerre déclarée ou non, ou d'une guerre civile.

6- LE RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE

Le régime facultatif d'assurance vie additionnelle vient compléter le régime obligatoire de base d'assurance vie de l'Assureur, le régime uniforme d'assurance vie et le régime de rentes de survivants.

6.1 assurance vie additionnelle de l'adhérent

L'adhérent peut ajouter un montant égal à 1, 2, 3, 4 ou 5 fois son traitement annuel.

La participation à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent est requise pour donner accès à l'assurance vie additionnelle du conjoint.

Preuves d'assurabilité

- Des preuves d'assurabilité sont toujours exigées si la demande d'assurance vie additionnelle est présentée plus de 60 jours après la date d'admission.
- Des preuves d'assurabilité sont toujours exigées pour toute demande d'assurance vie additionnelle excédant trois (3) fois le traitement annuel de l'adhérent, et ce, même si la demande est présentée dans les 60 premiers jours de son admission.
- Des preuves d'assurabilité sont également exigées du nouvel adhérent qui présente sa demande dans les 60 premiers jours de son admission pour l'excédent de 148 900 \$*, s'il est âgé de 40 à 49 ans et pour l'excédent de 62 000 \$*, s'il est âgé de 50 ans ou plus.

* Ces montants représentent ceux en vigueur en 2013. ils sont augmentés au 1^{er} janvier de chaque année, selon l'augmentation de l'indice des rentes du RRQ, sujet à un maximum de 4 %.

6.2 assurance vie additionnelle du conjoint

Pour choisir l'assurance vie additionnelle du conjoint, l'adhérent doit participer au régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent. Les montants sont disponibles par tranche de 10 000 \$ sous réserve d'un montant maximum de 100 000 \$ et des preuves d'assurabilité sont exigées en tout temps.

6.3 exclusion

Aucunes prestations ne sont payables pour un assuré (adhérent ou conjoint) en vertu du présent régime en cas de suicide :

- si les montants de protection sont demandés plus de 60 jours après la date d'admission de l'assuré; et
- si le décès de l'assuré se produit dans les 12 mois suivant la mise en vigueur des montants additionnels de protection.

7- DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ANNULATION VOYAGE

7.1 assurance voyage (100 %)

En fonction du statut de protection détenu, soit individuel, monoparental ou familial, l'assurance voyage protège l'assuré et, s'ils sont assurés, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une dépendance fonctionnelle.

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue survenus alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et qu'il nécessite des soins d'urgence. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laissera raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence. En d'autres termes, la maladie ou l'affection connue avant le départ doit être sous contrôle et ne doit pas :

- s'être aggravée;
- avoir été l'objet d'une rechute ou d'une récurrence;
- être instable;
- être en phase terminale d'évolution;
- être chronique et présenter des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du voyage.

Si l'un ou l'autre des critères mentionnés ci-dessus s'applique à votre état de santé actuel, vous devez communiquer, quelques semaines avant votre départ, avec la firme d'assistance voyage (CanAssistance) qui vous informera adéquatement. Les numéros de téléphone pour joindre CanAssistance apparaissent au verso de la carte d'assurance qui accompagne le certificat émis par SSQ.

L'assurance voyage protège l'assuré tant et aussi longtemps qu'il est protégé en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence (la RAMQ, par exemple).

7.1.1 Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais d'hospitalisation pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels d'un médecin pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les frais de transport en ambulance à l'hôpital le plus proche;

- les frais de médicaments qui exigent une prescription médicale;
- les honoraires d'un infirmier licencié privé à l'hôpital, lorsque médicalement nécessaire et prescrit par le médecin traitant, qui n'est ni parent, ni compagnon de voyage de l'assuré. Ces frais sont limités à un remboursement maximal de 5 000 \$;
- les frais de traitements de chiropraticien, podiatre et physiothérapeute;
- les frais de location de chaise roulante, lit d'hôpital et appareil d'assistance respiratoire;
- les frais d'analyses de laboratoire et radiographies;
- les frais d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques;
- les honoraires de chirurgien-dentiste pour lésions accidentelles aux dents naturelles sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident, dans les 12 mois suivant l'accident;
- les frais de rapatriement de l'assuré hospitalisé dans sa province de résidence. Ces frais doivent être autorisés au préalable par l'Assureur*;
- le coût du transport aérien aller et retour d'une escorte médicale en classe économique; l'autorisation préalable de l'Assureur* est requise;
- le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule de l'assuré loué ou non. Un certificat médical attestant l'incapacité de l'assuré est exigé. Remboursement maximal : 1 000 \$; l'autorisation préalable de l'Assureur* est requise;
- en cas du décès de l'assuré, les frais pour la préparation et le retour de la dépouille (cercueil exclu) sont couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement de 5 000 \$ sous réserve de l'autorisation préalable de l'Assureur*;
- les frais d'hébergement et de repas des assurés dans un établissement commercial jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et sujets à un maximum de 1 600 \$ par séjour, pour l'ensemble des assurés si un retour est reporté à la suite d'une hospitalisation de 24 heures ou plus de l'un des assurés, d'un membre de la famille immédiate ou du compagnon de voyage de l'assuré;
- les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train d'un et d'un seul proche parent, se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :
 - pour le transport 2 500 \$;
 - pour l'hébergement et les repas 200 \$ par jour, pour un maximum de 1 600 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes protégées.

La notion de proche parent inclut aussi un amonvenant le fait où l'assuré n'a aucun proche parent. L'autorisation préalable de l'Assureur* est requise;
- les services d'assistance voyage ici-après.

* L'expression autorisation préalable de l'Assureur utilisée dans ce texte signifie le SSQ ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de SSQ (voir point 7.2 ci-après).

7.1.2 Affectation à l'extérieur de la province de résidence

Les frais d'hospitalisation et les honoraires professionnels de médecin, pour la part qui excède les frais couverts par le régime provincial et qui ne sont pas admissibles du seul fait qu'ils sont reliés à des soins non urgents ou qu'ils constituent des frais reliés à une grossesse, sont couverts par la présente garantie lorsque ces frais sont engagés alors que l'adhérent est affecté à l'extérieur de sa province de résidence pour son travail pour plus de 30 jours consécutifs. Pour être admissibles, les frais doivent être engagés dans la région la plus proche du lieu d'affectation de l'assuré où les soins ou les services sont disponibles.

Note : Veuillez vous référer au point 7.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

7.2 assistance voyage

La garantie d'assurance voyage comporte un volet spécial relatif à l'assistance voyage.

En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, chaque assuré a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée (CanAssistance) qui a conclu une entente à cet effet avec SSQ.

Si des soins médicaux ou hospitaliers d'urgence ou des services prévus par la garantie d'assurance voyage deviennent nécessaires, CanAssistance peut non seulement avancer des fonds exigés à cet égard, mais aussi intervenir pour aider l'assuré à être admis dans un centre hospitalier ou pour avoir accès aux divers services prévus par son régime d'assurance.

CanAssistance peut servir d'intermédiaire entre SSQ et l'assuré lorsque ce dernier est tenu, en vertu de la garantie d'assurance voyage, d'obtenir une « autorisation préalable de l'Assureur » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

Voici en détail les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus par CanAssistance, à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue :

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlements;

- si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne décédée;
- si nécessaire, prendre des dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper ou s'il décède;
- si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec l'employeur de l'assuré;
- servir d'interprète aux appels d'urgence;
- recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

Si l'assuré voyage ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est suggéré de communiquer avec CanAssistance avant son départ. Des conseils utiles pour sa santé peuvent lui être fournis.

Nous reproduisons ci-après les numéros de téléphone où le représentant de CanAssistance peut être rejoint.

A) CANADA - ÉTATS-UNIS	1 800 465-2928
B) AILLEURS DANS LE MONDE	À FRAIS VIÉS : 514 286-8412

L'assuré doit fournir son numéro de contrat apparaissant sur la carte d'assurance au moment de l'appel.

La carte d'assurance émise à l'adhérent par SSQ fournit également les numéros de téléphone précédents. Ces numéros apparaissent au verso de cette carte.

Note : Veuillez vous référer au point 7.5 pour les limitations relatives à cette garantie.

7.3 assurance annulation voyage (100 %)

En fonction du statut de protection détenu, (indivuel, monoparental ou familial), l'assurance annulation voyage protège l'assuré et, s'ils sont assurés, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par l'assuré à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage pour autant que ces frais aient trait à des frais de voyage payés d'avance par l'assuré et que ce dernier, au moment de conclure les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu.

7.3.1 Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

- a) d'une maladie ou d'un accident que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires ou un membre de la famille (voir point 7.4 ci-après) qui empêche l'assuré de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) du décès de l'adhérent, de son conjoint, d'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) du décès d'un membre de la famille de l'assuré (autre que l'adhérent, son conjoint ou leurs enfants) ou de celle du compagnon de voyage de l'assuré pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;
- d) du décès ou de l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination;
- e) de la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury, ou de l'assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;
- f) de la mise en quarantaine de l'assuré, pour autant que cette dernière se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage;
- g) du détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage;
- h) d'un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) du transfert de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, survenu dans les 30 jours précédant le départ;
- j) de terrorisme, d'une guerre déclarée ou non ou d'une épidémie dans le pays où se rend l'assuré, dans la mesure où le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens, alors que les arrangements relatifs au voyage ont été convenus;
- k) du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pour autant que l'heure du

moyen de transport uti lisé pr v oir une arriv ee au point de d e part au mo ins tro is (3) heures avant l'heure de d e part ou au mo ins deux (2) heures avant l'heure de d e part si la distance a parcour u est de mo ins de 100 kilom etres. Le retard do it e tre caus e par les cond itions atmosph eriques, des difficult es m ecan iques (sauf pour une automob ile pr v e e), un acc id ent de la c ir culat ion ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dern ieres causes devant e tre appuy ee par un rapport de police;

l) des conditions atmosph eriques qu i sont telles :

1) que le d e part du transporteur publ ic, au point de d e part du voyage projet e, soit retard e d'au mo ins 30 % de la dur ee pr v ue du voyage (m in imum 48 heures); ou

2) que l'assur e ne peut effectuer une correspondance pr v ue, apr es le d e part, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance pr v ue apr es le d e part soit retard ee pour une p er iode d'au mo ins 30 % de la dur ee pr v ue du voyage (m in imum 48 heures);

m) d'un sinistre survenant a la place d'affaires ou sur les lieux physiques ou do i se tenir une activ it e a caract ere commerc ial, tel sin istre rendant im possible la tenue de l'activ it e pr v ue de sorte qu'un avis e cr it annulant l'activ it e est em is par l'organ isme offic iel responsable de l'organ isat ion de cette activ it e;

n) du d e c es, d'une maladie ou d'un acc id ent d'une personne dont l'assur e est le tuteur l egal;

o) du suicide ou de la tentative de suicide d'un membre de la fam ille de l'assur e ou de la fam ille de son compagnon de voyage;

p) du d e c es d'une personne dont l'assur e est le l e g u i dateur testamentaire;

q) du d e c es ou de l'hospitalisation de la personne avec laquelle les arrangements pour une r eun ion d'affaires ou une activ it e a caract ere commerc ial ont e te pr ealablement pr is. Dans ce cas, le remboursement est limit e aux frais de transport et a un maximum de trois (3) jours d'h ebergement.

7.3.2 Les frais couverts en vertu de cette garantie sont payables a 100 % jusqu'a concurrence de 5 000 \$ par assur e pour le voyage projet e, soit :

a) En cas d'annul at ion avant le d e part

- la portion non remboursable des frais de voyage pay es d'avance;
- les frais suppl ementaires engag es par l'assur e dans le cas ou la personne qu i deva it l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement a destination do i annuler pour une des raisons mentionnees au point 7.3.1 et que l'assur e d e c id e d'effectuer le voyage tel que pr v u finalement, jusqu'a concurrence de la penal it e d'annul at ion (occupat ion simple) applicable au moment ou la personne accompagnatrice do i annuler;

- La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.

b) Si un départ est manqué (au début ou au cours du voyage)

- Le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à l'horaire fixe (ligne aérienne, autobus, train) en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination prévue.

c) Si le retour est anticipé ou retardé

- 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, par le moyen de transport prévu initialement.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne pourra être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à l'heure fixe, en classe économique, selon le mode de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ. Ces frais doivent être, au préalable, convenus avec l'Assureur (voir point 7.2);

Par contre, lorsque le retour de l'assuré est retardé de plus de sept (7) jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de sept (7) jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par l'assuré sont couverts pourvu que ce dernier, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu;

- La portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.

d) Transport aller-retour

L'assurance annulation couvre les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'autorisation préalable de l'Assureur (voir point 7.2), pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il était en voyage pour autant que la raison du retour découle :

- du décès ou de l'hospitalisation d'un membre de la famille de l'assuré, d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal ou le liquidateur testamentaire;
- d'un sinistre rendant la résidence principale de l'assuré inhabitable ou causant des dommages importants à son établissement commercial.

Note : Veuillez vous référer au point 7.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

7.4 définitions applicables à La garantie d'assurance annulation voyage

Dans la présente garantie, on entend par :

- **Accident**
Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;
- **Assuré**
L'adhérent, le conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle protégés par la présente garantie;
- **Compagnon de voyage**
La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré;
- **Hôte à destination**
La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination;
- **Membre de la famille**
Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru;
- **Associé en affaires**
La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins;
- **Frais de voyage payés d'avance**
Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Sont également incluses les sommes déboursées par l'assuré ayant traité à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par l'assuré ou par l'intermédiaire d'un agent de voyages, de même que les sommes déboursées par l'assuré ayant traité aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial;
- **Activité à caractère commercial**
Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où est prévue se tenir l'activité, et qu'il se veut la seule raison du voyage projeté;

- Voyage

Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins deux (2) nuits consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme voyage, une croisière d'une durée d'au moins deux (2) nuits consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

7.5 exclusions, Limitations et coordination

7.5.1 Exclusions en assurance voyage

La présente garantie ne couvre pas :

- les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- les frais payables en vertu de toute loi sociale;
- les frais relatifs à un traitement facultatif ou non urgent;
- les frais hospitaliers ou médicaux non assurés en vertu d'un régime provincial;
- les frais engagés à l'extérieur quand ces frais auraient pu être engagés dans la province de résidence de l'assuré sans danger pour la vie et la santé, sauf les frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence;
- les frais hospitaliers dans un hôpital pour malades chroniques ou un service similaire dans un hôpital public, dans des maisons de soins prolongés ou stations thermales.

7.5.2 Exclusion en assurance annulation voyage

La présente garantie ne s'applique pas si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de visiter une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale, ou le décès subséquent, de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

7.5.3 Exclusions communes à l'assurance voyage et l'assurance annulation voyage

Ces garanties ne couvrent pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration de l'assuré d'un acte criminel;
- le service dans les forces armées, la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non au Canada ou dans un pays étranger, dans la mesure où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans le pays concerné;

La présente exclusion ne s'applique pas à l'assuré présent dans un pays étranger au moment où une guerre ou un acte de guerre éclate. Cependant, si une recommandation du gouvernement du Canada de quitter le pays est par la suite émise, l'assuré est protégé pour autant

qu'il prenne les dispositions nécessaires pour s'y conformer dans les meilleurs délais.

- Une blessure que s'est infligée intentionnellement l'assuré, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saïne d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts selon les paramètres prévus à la présente garantie;
- L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qu'ensuivent;
- Une participation à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- La grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;
- Un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

7.5.4 Limitations en assurance voyage

- Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après diagnostic ou traitement d'urgence de cette condition, l'assuré aura pu revenir dans sa province de résidence, mais a choisi d'obtenir des services à l'étranger, l'Assureur n'assume pas le coût des services, traitements, chirurgies et autres frais.
- L'Assureur se réserve le droit de rapatrier l'assuré dans sa province de résidence lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère l'Assureur quant aux frais engagés par la suite.
- Les prestations totales ne peuvent excéder 5 000 000 \$ par assuré, pour chaque séjour à l'étranger.

7.5.5 Limitations en assistance voyage

- Ni l'Assureur, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers admissibles de la possibilité d'obtenir de tels soins.
- Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays.
- Les services fournis peuvent être modifiés par l'Assureur sans préavis.

7.5.6 Limitation en assurance annulation voyage

Toute annulation de voyages avant le départ doit faire l'objet d'un avis à l'agence de voyages ou au transporteur concerné, de même qu'à l'Assureur, et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause d'annulation. Dans les cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour

féré, l'avance peut toutefois être transmise le 1^{er} jour ouvrable qui suit. En cas de non-respect du délai prévu pour soumettre l'avance d'annulation, la responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avance aurait dû avoir été transmise.

Toutefois, la présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de l'Assureur, que l'adhérent et son conjoint sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir; le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire et la responsabilité de l'Assureur est alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

7.5.7 Coordination

Si un assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie; celle-ci ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance accident maladie lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente garantie.

8- COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

8.1 frais hospitaliers et médicaux

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, présentez votre carte d'assurance SSQ à l'hôpital.

8.2 frais de médicaments

Deux modes de transmission de votre demande de prestations de médicaments à SSQ sont disponibles :

8.2.1 Par le biais de la carte SSQ

Nous vous précisons que seuls les frais de médicaments peuvent être transmis à SSQ par le biais du système de transmission électronique des demandes de prestations.

Sur présentation de votre carte d'assurance SSQ, votre pharmacien vérifiera immédiatement si le médicament acheté est admissible à un remboursement.

a) Médicament admissible

Vous n'aurez qu'à payer à votre pharmacien la partie du coût de votre médicament qui n'est pas remboursable par votre régime d'assurance. SSQ remboursera directement à votre pharmacien la portion assurée. Vous n'avez aucune autre démarche à effectuer. Le pharmacien a l'obligation de vous facturer le prix usuel et coutumier, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

b) Médicament non admissible

Si le médicament acheté n'est pas admissible à un remboursement, le pharmacien vous remet un reçu sur lequel apparaissent différents messages, dont, à titre d'exemple :

Indication	Signification
« médicament non couvert »	Demande de remboursement refusée étant donné que le médicament est non couvert par la garantie de médicaments.
« durée de traitement maximum 90 jours »	La quantité de médicaments achetés ne peut excéder une période de traitement de 90 jours. Toutefois, si pour des raisons particulières votre prescription excède une période de traitement de 90 jours, nous vous invitons à soumettre votre demande de remboursement, accompagnée d'une note explicative, directement à SSQ.

Indication	Signification
« soumettre à l'Assureur »	Le médicament utilisé ne peut être traité par la carte SSQ mais peut être admissible à un remboursement. Exemple : Si la prescription doit être préparée par le pharmacien (prescription magistrale).
« médicament d'exception »	Seul le médicament doit être autorisé par l'Assureur (voir point 2.2.1).

c) Première utilisation

Si vous détenez un statut de protection familial ou monoparental, lors de la première utilisation de votre carte d'assurance SSQ pour un membre de votre famille, le pharmacien doit compléter votre dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne assurée. Nous vous invitons à fournir ces données à votre pharmacien s'il ne les a pas déjà inscrites à votre dossier. Celles-ci demeurent confidentielles. Une justification de l'âge peut être exigée par le pharmacien. Nous vous conseillons de présenter la carte d'assurance maladie de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

d) Enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement aux études à temps plein

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire.

Cette déclaration de fréquentation scolaire doit être faite à l'Assureur, soit par l'entremise du site Internet ACCÈS assurés de SSQ ou par un avis verbal ou écrit, une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que votre demande de prestation soit considérée directement en pharmacie. SSQ se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire.

8.2.2 Par la poste

Si vous ne pouvez utiliser votre carte d'assurance SSQ (perte, pharmacien non participant, etc.), effectuez votre demande de remboursement en utilisant le formulaire de demande de prestations.

Il est possible d'imprimer ce formulaire personnalisé à partir de notre site internet ACCÈS assurés. Pour plus d'information au sujet de nos services internet, consultez la section 10.

Pour être admissible à un remboursement, toutes les factures doivent être présentées dans les 12 mois de la date où ils ont été engagés.

Les factures de pharmaciens doivent mentionner le nom de l'adhérent, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament et doivent être dûment acquittées.

Les médicaments fournis par le médecin là où cette pratique est permise par la loi sont également payables, sur présentation des factures indiquant le nom et la quantité des médicaments.

8.3 autres frais d'assurance accident maladie

Tous les autres frais doivent être réclamés par la personne assurée directement à SSQ.

Nous vous suggérons d'envoyer à tous les trois (3) mois l'original de vos factures acquittées. Les factures ne vous sont pas retournées. Veuillez donc en conserver des copies. Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, incluant les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés. Notez que l'utilisation de votre carte d'assurance SSQ pour l'achat de vos médicaments assure que vos factures sont présentées à temps.

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations. Vous retrouvez ce formulaire personnalisé avec votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site internet ACCÈS | assurés. Pour plus d'information au sujet de nos services internet, consultez la section 10. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à SSQ à l'adresse suivante :

SSQ, 2525, boul. Laurier, C.P. 10500, Succ. Ste-Foy, Québec, (Québec) G1V 4H6.

Dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie

Le dépôt direct vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol de vos chèques de prestations.

Vous pouvez adhérer au dépôt direct en vous inscrivant à notre site transactionnel sécurisé ACCÈS | assurés. Au moment de faire votre demande, ayez en main votre numéro de contrat SSQ de même qu'un chèque personnel indiquant votre numéro de compte. Pour savoir comment vous inscrire et pour plus de détails sur nos services internet, consultez la section 10.

Si vous désirez adhérer au dépôt direct et que vous n'avez pas accès à internet, ou si vous avez besoin d'assistance, contactez notre Service à la clientèle à l'un des numéros indiqués à l'endos de la brochure.

8.4 frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident de travail ou d'automobile

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la CSST

ou la SAAQ. Ces factures doivent être présentées à la CSST ou à la SAAQ et non à SSQ.

8.5 assurance vie et mutilation accidentelle de L'adhérent, du conjoint et des enfants à charge

Les formulaires de demande de prestations d'assurance vie ou en cas de mutilation accidentelle s'obtiennent directement de SSQ. Cette demande doit être produite dans les 90 jours suivant l'événement.

8.6 assurance salaire de Longue durée

Les demandes de prestations d'assurance salaire de longue durée doivent être présentées chez SSQ au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle des prestations du régime d'assurance salaire de longue durée deviennent payables. Toutefois, l'employeur est responsable de transmettre la déclaration d'invalidité à SSQ au début du 7^e mois suivant le début de l'invalidité de l'adhérent.

8.7 assurance voyage et assurance annulation voyage

8.7.1 Assurance voyage

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie d'assurance voyage ne sont remboursés qu'après étude de la demande par les organismes gouvernementaux (RAMQ, SAAQ, etc.), le cas échéant.

Tous les frais couverts en vertu de la garantie peuvent être réclamés directement à CanAssistance, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes pour l'Assureur (factures, reçus, prescriptions, etc.).

8.7.2 Assurance annulation voyage

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves suivantes :

- a) titres de transport utilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats établis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'une compagnie accréditée dans lesquels il est fait mention des montants non remboursés en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur;
- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical délivré par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou de l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui constitue la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;

- e) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- h) tout autre rapport exigé par l'Assureur permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

8.8 dossier et renseignements Personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ou toute autre personne que vous aurez autorisée, ont accès à votre dossier. Votre dossier est détenu au siège social de SSQ à Québec.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels versés à votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à l'adresse indiquée au point 8.3 de la présente section.

9- RÉGIMES D'ASSURANCE DES RETRAITÉS

9.1 Personne admissible

Toute personne des secteurs public et parapublic du Québec qui, au moment de sa cessation de fonction, est admissible à une rente de retraite immédiate, avec ou sans réduction actuarielle, en vertu du régime de retraite auquel contribue son employeur et qui participe au régime d'assurance collective du personnel d'encadrement.

Note : Les directeurs et directeurs adjoints qui étaient membres de la Fédération québécoise des directeurs et directrices d'établissement d'enseignement (FQDE) au moment de leur retraite ne sont pas admissibles à ces régimes puisqu'ils bénéficient de leur propre régime.

9.2 délai d'adhésion

L'assurance de la personne admissible qui a fait parvenir sa demande d'adhésion dans les délais décrits ci-dessous, débute à la date à laquelle elle devient admissible.

9.2.1 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités âgés de moins de 65 ans

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des retraités.

Si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur au-delà de ce délai, l'adhésion au régime enrôlé n'est alors plus possible. La protection du régime de base d'assurance accident maladie demeure en tout temps accessible et le paiement des primes est rétroactif à la date de l'admissibilité sans jamais dépasser 12 mois, et ce, aussi bien pour un statut de protection individuel que monoparental ou familial. Les prestations pour cette période, sans jamais dépasser 12 mois, sont aussi remboursées rétroactivement.

De plus, cette personne devra payer la prime à la RAMQ pour la période qui n'est pas couverte par SSQ sans toutefois avoir droit au remboursement de médicaments pour cette même période. Rappelons que l'adhésion au régime d'assurance accident maladie est obligatoire en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

9.2.2 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités de 65 ans ou plus

À partir de 65 ans, l'assuré peut choisir de conserver sa protection d'assurance médicaments chez SSQ ou à la RAMQ. Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des retraités.

Le retraité de 65 ans ou plus qui ne transmet pas à l'Assureur sa demande d'adhésion au régime d'assurance accident maladie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité, ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

9.2.3 Régime d'assurance vie

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance vie des retraités, elle doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des retraités.

Le retraité qui ne transmet pas à l'Assureur sa demande d'adhésion au régime d'assurance vie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité ne peut plus adhérer à ce régime par la suite.

Lors de votre passage du régime des actifs au régime des retraités, l'ensemble des informations contenues à votre dossier à ce moment est transféré à votre nouveau dossier au régime des retraités. Les documents déjà fournis à SSQ, tels que la déclaration de fréquentation scolaire pour vos enfants à charge ou le formulaire de médicaments d'exception, s'il est applicable, n'auront pas à être retournés de nouveau. De plus, SSQ maintient les compteurs relatifs aux frais couverts en assurance maladie, de sorte que les sommes que vous avez déboursées depuis le 1^{er} janvier de l'année sont cumulées dans votre nouveau régime. Lors de ce même transfert d'informations, le montant des réclamations payées par SSQ pour chacun des types de soins est également reporté et comptabilisé dans votre nouveau régime. Toutefois, pour un type de soins donné, il est possible de demander à SSQ de remettre vos compteurs à zéro. Ainsi, vous aurez droit au remboursement maximum prévu dans le régime des retraités.

Pour une description complète des régimes offerts aux retraités, nous vous invitons à consulter la brochure intitulée : Régime d'assurance collective offert aux retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec que vous pouvez vous procurer en communiquant avec le Service à la clientèle de SSQ.

10.1 accès | assurés

Cet outil électronique que vous permet d'accéder en tout temps à votre dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, vous pouvez effectuer :

- adhérer au dépôt direct de vos prestations d'assurance accident-maladie;
- consulter en ligne votre relevé électronique de prestations;
- imprimer un formulaire personnalisé de demande de prestations;
- commander un relevé de prestations pour fins d'impôt;
- imprimer une carte d'assurance SSQ temporaire, si vous avez perdu ou oublié la vôtre;
- effectuer un changement d'adresse;
- visualiser les garanties figurant à votre contrat.

Pour vous inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages que vous offre nos services internet, rendez-vous sur notre site au www.ssq.ca. Cliquez ensuite sur le lien ACCÈS | assurés dans la section réservée à l'assurance collective. Des instructions en ligne vous guideront dans le processus d'inscription.

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à contacter notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30, à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

10.2 ssq services mobiles

Vous pouvez télécharger gratuitement l'application SSQ Services mobiles pour téléphone intelligent* au www.ssq.ca/mobile.

Cette application vous permet de :

- transmettre vos réclamations;
- accéder à l'historique de vos derniers paiements;
- avoir en main votre carte SSQ en format électronique;
- communiquer avec notre Service à la clientèle en un seul clic.

*Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

- □ Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez SSQ.
- □ Le traitement ou le produit proposé représente une somme supérieure à 200 \$ et vous hésitez avant d'engager ces frais? Appelez SSQ.
- □ Pour les impôts, conservez le relevé de prestations qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourront servir à augmenter vos crédits d'impôts. Si vous êtes inscrit au site internet ACCÈS | assurés de SSQ, vous pouvez demander en ligne un reçu d'impôt faisant état des réclamations présentées et des montants remboursés en vertu de votre régime d'assurance. Vous pourrez joindre ce reçu à votre déclaration de revenus.
- □ Pour les impôts, seul votre employeur peut vous fournir le total des primes que vous avez versées en regard du régime d'assurance collective. Consultez la personne responsable des assurances au service des ressources humaines de votre employeur.
- □ Savez-vous que, si vous êtes protégé en vertu de deux (2) régimes d'assurance collective, vous pouvez obtenir le remboursement complet de vos frais lorsque ceux-ci sont admissibles en vertu des deux (2) régimes? Présentez d'abord votre demande de prestations à l'Assureur qui vous protège chez votre employeur principal. Sur réception du relevé de compte, produisez une photocopie de celui-ci accompagné d'une copie de vos factures à votre autre Assureur et le remboursement de la différence vous parviendra.
- □ Vous avez perdu votre formulaire de demande de prestations? indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site internet ACCÈS | assurés de SSQ.
- □ Utilisez en tout temps votre carte d'assurance SSQ et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- □ Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance à l'un des numéros indiqués au verso de votre carte d'assurance SSQ.
- □ Nous désirons vous rappeler que les médicaments génériques sont moins coûteux que les médicaments d'origine et leurs bénéfices thérapeutiques sont généralement identiques. Ainsi, chaque dollar économisé profite non seulement à vous, mais également à l'ensemble des assurés du groupe. Nous vous suggérons donc de discuter avec votre médecin et votre pharmacien de la possibilité d'utiliser les médicaments génériques.

12 TARIFICATION

Tarification Par Période de 14 Jours du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2013

Origine	Statut	Primes	Congé	Total	Supplémentaire
Origine	Statut	Primes	Congé	Total	Supplémentaire
Statut individuel	22,23 \$	3,89 \$	57,22 \$	78,94 \$	
Statut monoparental	23,44 \$	4,09 \$	60,32 \$	91,16 \$	
Statut familial	44,93 \$	7,85 \$	115,65 \$	169,81 \$	
Origine (en % du traitement)					
- de l'adhérent	-	0,059 %	0,065 %		
- du conjoint et des enfants à charge	-	0,021 %	0,023 %		
- mutilation par accident	-	0,005 %	0,006 %		
TOTAL	-	0,085 %	0,094 %		
Origine (en % du traitement)					
Coût longévité (en % du traitement)	0,530 %	-	0,530 %		
Coût longévité (en % du traitement)	0,015 %	-	0,015 %		

Le coût longévité est calculé sur la prime de base de 100 %.

(1) Prime additionnelle payée par l'adhérent de 65 ans ou plus le 1^{er} janvier suivant son 65^e anniversaire de naissance, s'il demande d'être assuré par la garantie de médicaments du régime collectif plutôt que par le régime de la RAMQ.

POUR NOUS JOINDRE
ssq.ca

Édifice SSQ

2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, Succ. Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

Région de Montréal : 514 223-2500
Autres régions : 1 877 651-8080



Veillez conserver ce document pour consultation ultérieure.

SSQ Groupe
financier
Les valeurs à la bonne place

BV3511F (2013-06)