SSQ Groupe financier

VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE



J ASSUREQ - PERSONNES RETRAITÉES

À l'intention des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ) membres d'ASSUREQ et de l'AREQ (CSQ), Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec

Janvier 2015
Mis à jour en juin 2015

AREQ CSQ

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

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective qui s'appliquent au 1er janvier 2015.

This booklet is available in English

Table des matières

1 · Renseignements généraux 3

1.1 Définitions 3
1.2 Admissibilité à l'assurance 5
1.3 Participation à l'assurance 6
1.4 Droit d'exemption 6
1.5 Terminaison d'exemption 7
1.6 Entrée en vigueur et début de l'assurance 7
1.7 Statuts de protection disponibles 8
1.8 Changements de protection 8
1.9 Admissibilité à l'assurance de la personne conjointe survivante 11
1.10 Fin de l'assurance 12

2 · Régime d'assurance maladie (régime A) 13

2.1 Tableau des garanties 14
2.2 Description des garanties 18
2.3 Exclusions et limitation s'appliquant au régime d'assurance maladie (régime A) 28

3 · Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage 30

3.1 Assurance voyage avec assistance 30
3.2 Assurance annulation de voyage 36

4 · Régime d'assurance vie (régime B) 43

4.1 Assurance vie de la personne adhérente 43
4.2 Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles 44
4.3 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge 45
4.4 Bénéficiaire 46

5 · Comment faire une demande de prestations 47

5.1 Frais hospitaliers 47

5.2 Médicaments 47

5.3 Autres frais du régime d'assurance maladie 48

5.4 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident du travail ou d'automobile 49

5.5 Assurance vie 49

5.6 Assurance voyage avec assistance 49

5.7 Assurance annulation de voyage 49

5.8 Où envoyer une demande de prestations 50

5.9 Services Internet de SSQ 50

5.10 Services mobiles de SSQ 51

5.11 Dossier et renseignements personnels 51

1 · Renseignements généraux

1.1 Définitions

1.1.1 **« enfant à charge » :** un enfant de la personne adhérente, de sa personne conjointe, ou des deux; ou un enfant habitant avec la personne adhérente et pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises; ou un enfant à l'égard duquel la personne adhérente ou sa personne conjointe exerce une autorité parentale, ou l'exercerait si l'enfant était mineur.

Dans tous les cas, l'enfant est non marié ni uni civilement, réside ou est domicilié au Canada, dépend de la personne adhérente pour son soutien et répond à l'un ou l'autre des critères suivants :

i) est âgé de moins de 18 ans;

ii) est âgé de moins de 26 ans et fréquente à temps plein une maison d'enseignement reconnue, à titre d'étudiant dûment inscrit;

Un enfant à charge dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans inclusivement et qui est en **congé sabbatique scolaire** peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, doit être soumise à SSQ et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande doit indiquer la date du début du congé sabbatique.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge. Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier).

iii) quel que soit son âge, a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date. Toute personne atteinte de déficience fonctionnelle, telle que définie dans le Règlement sur le régime général d'assurance médicaments, est également considérée en invalidité totale;

1.1.2 **« hôpital » :** un centre hospitalier au sens des lois et des règlements sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., ch. S-4.2); à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes;

1.1.3 **« médecin » :** tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine;

1.1.4 **« personne à charge » :** les personnes à charge d'une personne adhérente sont sa personne conjointe et ses enfants à charge ou, selon le cas, sa personne conjointe ou ses enfants à charge;

1.1.5 **« personne adhérente » :** tout membre d'ASSUREQ qui participe au présent régime;

1.1.6 **« personne assurée » :** la personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge admise à l'assurance;

1.1.7 **« personne conjointe » :** la personne qui l'est devenue à la suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contracté au Québec ou ailleurs et reconnu comme valable par les lois du Québec, ou par le fait pour une personne de résider en permanence depuis plus d'un an (aucune période minimale de temps requise dans le cas où un enfant est issu de leur union ou dans le cas où des procédures légales d'adoption sont entreprises) avec une personne de sexe différent ou de même sexe qu'elle présente ouvertement comme sa personne conjointe. La dissolution par divorce ou l'annulation du mariage ou la dissolution ou l'annulation de l'union civile fait perdre ce statut de personne conjointe de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait (un mariage non légalement contracté). La désignation d'une nouvelle personne à titre de personne conjointe prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme personne conjointe;

1.1.8 **« personne employée » :** toute personne qui est visée par une entente nationale ou par une convention collective de travail conclue avec un syndicat affilié à la CSQ ou en entente de service et qui fait partie de l'une des catégories suivantes :

- le personnel enseignant à l'emploi d'une commission scolaire ou d'un cégep;
- le personnel professionnel et de soutien d'une commission scolaire ou d'un cégep;
- le personnel de la santé et des services sociaux;
- le personnel faisant partie de tout autre groupe accepté par le Preneur.

L'entente nationale ou la convention collective applicable détermine les critères d'admissibilité au régime d'assurance collective CSQ;

1.1.9 **« personne retraitée » :** toute personne membre d'un syndicat affilié à la CSQ ou en entente de service au moment de prendre sa retraite et qui adhère à ASSUREQ;

1.1.10 **« régime » :** le régime d'assurance collective à l'intention des personnes retraitées de la Centrale des syndicats du Québec (CSQ), membres d'ASSUREQ et de l'AREQ (CSQ), Association des retraitées et retraités de l'éducation et des autres services publics du Québec, communément appelé le régime d'assurance collective ASSUREQ;

1.1.11 **« SSQ » :** SSQ, Société d'assurance-vie inc., l'assureur.

1.2 Admissibilité à l'assurance

1.2.1 Personne retraitée

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

Une personne retraitée est admissible au régime d'assurance maladie (régime A) à compter de la date à laquelle son admissibilité à son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées prend fin, et cela à condition de respecter les conditions suivantes :

i) être membre d'ASSUREQ;

ii) être admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence;

iii) en faire la demande par écrit à SSQ dans les 90 jours qui suivent la date de fin de l'admissibilité à son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées.

b) Régime d'assurance vie (régime B)

Une personne retraitée est admissible au régime d'assurance vie (régime B) à compter de la date à laquelle son admissibilité à son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées prend fin, et cela à condition de respecter les conditions suivantes :

i) être membre d'ASSUREQ;

ii) être une personne adhérente en vertu du régime d'assurance maladie (régime A) ou être exemptée d'y participer;

iii) en faire la demande par écrit à SSQ dans les 90 jours qui suivent la date de fin de l'admissibilité à son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées.

1.2.2 Personne employée invalide

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

À la fin de la période d'exonération des primes prévue à son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées, pour une raison autre que la fin de la période d'invalidité totale ou la terminaison du régime, une personne employée qui est toujours invalide devient admissible au régime d'assurance maladie (régime A) si elle respecte les conditions suivantes :

i) ne plus être admissible à un régime d'assurance maladie à l'intention des personnes employées;

ii) être membre d'ASSUREQ;

iii) en faire la demande par écrit à SSQ dans les 90 jours qui suivent la date de fin de l'admissibilité à son régime d'assurance maladie à l'intention des personnes employées.

b) Régime d'assurance vie (régime B)

À la fin de la période d'exonération des primes prévue à son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées, pour une raison autre que la fin de la période d'invalidité totale ou la terminaison du régime, une personne employée qui est toujours invalide devient admissible au régime d'assurance vie (régime B) si elle respecte les conditions suivantes :

i) ne plus être admissible à un régime d'assurance vie à l'intention des personnes employées;

ii) être membre d'ASSUREQ;

iii) être une personne adhérente en vertu du régime d'assurance maladie (régime A) ou être exemptée d'y participer;

iv) en faire la demande par écrit à SSQ dans les 90 jours qui suivent la date de fin de l'admissibilité à son régime d'assurance vie à l'intention des personnes employées.

1.2.3 Personne à charge

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

Une personne à charge admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence est aussi admissible au régime d'assurance maladie (régime A) à la même date que la personne adhérente si elle est déjà une personne à charge, sinon à la date à laquelle elle le devient.

b) Régime d'assurance vie (régime B)

Une personne à charge est admissible au régime d'assurance vie (régime B) à la même date que la personne adhérente si elle est déjà une personne à charge, sinon à la date à laquelle elle le devient.

1.3 Participation à l'assurance

Une personne admissible à titre de personne adhérente doit remplir une demande d'adhésion au présent régime pour elle-même, et pour ses personnes à charge le cas échéant, dans les 90 jours qui suivent la date de son admissibilité. Une personne qui ne présente pas sa demande dans les délais prévus perd son admissibilité au présent régime.

1.4 Droit d'exemption

Une personne admissible à titre de personne adhérente peut choisir de ne pas participer ou cesser sa participation au régime d'assurance maladie (régime A) à condition qu'elle établisse qu'elle est assurée en vertu d'un autre régime d'assurance collective prévoyant des prestations similaires.

Pour une personne nouvellement admissible, si SSQ reçoit la demande d'exemption dans les 90 jours suivant la date d'admissibilité

L'exemption prend effet rétroactivement à la date d'admissibilité.

En cours d'assurance, si SSQ reçoit la demande d'exemption dans les 90 jours suivant le début de l'assurance permettant l'exemption

L'exemption prend effet rétroactivement à la date de début de l'assurance permettant l'exemption.

Si SSQ reçoit la demande d'exemption plus de 90 jours après la date d'admissibilité ou de début de l'assurance permettant l'exemption

L'exemption prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

1.5 Terminaison d'exemption

Une personne admissible à titre de personne adhérente qui est exemptée de participer au régime d'assurance maladie (régime A) et qui démontre qu'elle n'est plus admissible au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption peut réintégrer ce régime si elle remplit toujours les conditions d'admissibilité prévues au présent régime et selon les conditions suivantes :

Si SSQ reçoit la demande de terminaison d'exemption dans les 90 jours suivant la fin de l'admissibilité au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption

La personne adhérente doit alors choisir le régime qui lui convient (régime Santé ou régime Santé Plus) selon le statut de protection désiré (individuel, monoparental ou familial). L'assurance en vertu du régime choisi entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si SSQ reçoit la demande de terminaison d'exemption plus de 90 jours après la fin de l'admissibilité au régime d'assurance collective ayant permis l'exemption

La participation au régime d'assurance maladie (régime A) n'est pas accordée.

1.6 Entrée en vigueur et début de l'assurance

1.6.1 Personne adhérente

L'assurance d'une personne adhérente entre en vigueur à la date d'admissibilité, si la demande d'adhésion est reçue dans les 90 jours suivant sa date d'admissibilité.

1.6.2 Personne à charge

Une personne à charge est assurée en vertu du présent régime à compter :

a) de la date d'entrée en vigueur du statut de protection familial, pour une personne à charge admissible à cette date;

b) de la date où elle devient une nouvelle personne à charge admissible, si la personne adhérente est assurée en vertu du statut de protection familial à cette date;

En plus des dates énumérées précédemment, un enfant à charge est assuré en vertu du régime d'assurance maladie (régime A) à compter :

c) de la date d'entrée en vigueur du statut de protection monoparental pour un enfant à charge admissible à cette date;

d) de la date où il devient un nouvel enfant à charge admissible, si la personne adhérente est assurée en vertu du statut de protection monoparental à cette date.

En aucun cas, l'assurance des personnes à charge ne peut entrer en vigueur avant celle de la personne adhérente.

1.7 Statuts de protection disponibles

Lors de son adhésion, la personne adhérente doit choisir l'un des statuts de protection suivants :

a) le statut **individuel**, qui protège la personne adhérente seulement;

b) le statut **monoparental**, disponible uniquement pour le régime d'assurance maladie (régime A), qui protège la personne adhérente et ses enfants à charge;

c) le statut **familial**, qui protège la personne adhérente, sa personne conjointe et leurs enfants à charge, s'il y a lieu.

Si la personne adhérente ne choisit aucun statut de protection, le statut individuel lui est accordé par défaut.

1.8 Changements de protection

1.8.1 Augmentation de protection

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

i) Augmentation du statut de protection

La personne adhérente peut augmenter son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection **individuel** pour un statut de protection **monoparental** ou **familial**;
- modifier son statut de protection **monoparental** pour un statut de protection **familial**.

L'augmentation du statut de protection ne peut se faire que lorsqu'il y a reconnaissance de nouvelles personnes à charge à la suite d'un des **événements** mentionnés ci-après :

- le mariage, l'union civile, la séparation ou le divorce;
- la cohabitation depuis plus d'un an (sans période minimale si un enfant est issu de leur union ou si des procédures légales d'adoption sont entreprises);
- la naissance ou l'adoption d'un enfant à charge;
- la cessation de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge.

Si SSQ reçoit la demande écrite dans les 90 jours suivant la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge :

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement.

Si SSQ reçoit la demande écrite plus de 90 jours après la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge :

Le nouveau statut de protection n'est pas accordé.

ii) Aucune possibilité d'augmentation du régime Santé au régime Santé Plus

La personne adhérente ne peut en aucun cas augmenter la couverture du régime d'assurance maladie (régime A).

b) Régime d'assurance vie (Régime B)

i) Augmentation du statut de protection

La personne adhérente peut décider d'ajouter la protection d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge (statut de protection familial d'assurance vie) lorsque survient un des **événements** mentionnés au point **1.8.1 a) i).**

Si SSQ reçoit la demande écrite dans les 90 jours suivant la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge :

Le statut de protection familial entre en vigueur à la date de l'événement.

Si SSQ reçoit la demande écrite plus de 90 jours après la date de reconnaissance de la ou des nouvelles personnes à charge :

Le statut de protection familial n'est pas accordé.

ii) Aucune possibilité d'augmentation du montant de protection

Le choix (1, 2 ou 3) du montant de protection fait par la personne adhérente lors de son adhésion au régime d'assurance vie (régime B) ne peut être augmenté par la suite.

1.8.2 Réduction de la protection

a) Régime d'assurance maladie (régime A)

i) Réduction du statut de protection

La personne adhérente peut réduire son statut de protection d'une des façons suivantes :

- modifier son statut de protection **familial** pour un statut de protection **monoparental** ou **individuel**;
- modifier son statut de protection **monoparental** pour un statut de protection **individuel**.

Le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

ii) Réduction du régime Santé Plus au régime Santé

La personne adhérente peut réduire la couverture du régime d'assurance maladie (régime A).

Le régime Santé entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

b) Régime d'assurance vie (régime B)

i) Réduction du statut de protection

La personne adhérente peut réduire son statut de protection (familial à individuel) si elle désire mettre fin à sa participation au régime d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

Le statut individuel entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

ii) Réduction du montant de protection

La personne adhérente peut réduire son montant de protection d'une des façons suivantes :

- modifier le choix 3 pour le choix 2 ou 1;
- modifier le choix 2 pour le choix 1;
- terminer sa protection d'assurance vie en totalité.

Le nouveau montant de protection entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par SSQ.

IMPORTANT

Une réduction du statut de protection constitue une modification irréversible, à moins qu'il n'y ait reconnaissance de nouvelles personnes à charge, à la suite d'un des événements mentionnés au point **1.8.1 a) i).**

La personne adhérente doit aviser SSQ de toute modification concernant ses personnes à charge. Le statut de protection détenu (individuel, monoparental ou familial) devrait correspondre à la situation familiale réelle pour éviter de payer des primes inutilement.

1.9 Admissibilité à l'assurance de la personne conjointe survivante

1.9.1 Régime d'assurance maladie (régime A)

En cas de décès d'un membre d'ASSUREQ, sa personne conjointe peut choisir d'être assurée par le régime d'assurance maladie (régime A) à titre de personne adhérente, à condition d'être déjà assurée en vertu du statut de protection familial de ce régime immédiatement avant le décès de la personne adhérente.

Si la personne conjointe survivante est assurée en vertu du régime Santé Plus au moment du décès, elle peut choisir de le remplacer en faveur du régime Santé, mais cette décision sera alors irrévocable. Si elle est assurée en vertu du régime Santé, elle n'est pas admissible à l'assurance du régime Santé Plus. Dans un cas comme dans l'autre, elle peut maintenir la couverture des enfants à charge qui, avant le décès de la personne adhérente, étaient déjà assurés en vertu de ce régime et qui sont admissibles au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence.

Pour maintenir sa participation au régime d'assurance maladie (régime A), la personne conjointe survivante doit :

a) devenir membre d'ASSUREQ et le demeurer;

b) être admissible au régime public d'assurance maladie de sa province de résidence;

c) faire la demande d'adhésion à l'assurance dans les 90 jours suivant la date du décès de la personne adhérente membre d'ASSUREQ.

1.9.2 Régime d'assurance vie (régime B)

En cas de décès d'un membre d'ASSUREQ, sa personne conjointe peut choisir d'être assurée par le régime d'assurance vie (régime B) à titre de personne adhérente, à condition d'être déjà assurée en vertu de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge de ce régime d'assurance vie immédiatement avant le décès de la personne adhérente.

Seul le choix 1 lui est disponible à titre de protection de la personne adhérente. De plus, elle peut maintenir la couverture des enfants à charge qui, avant le décès de la personne adhérente, étaient déjà assurés en vertu du régime d'assurance vie (régime B).

Pour être assurée par le présent régime à titre de personne adhérente, la personne conjointe doit :

a) devenir membre d'ASSUREQ et le demeurer;

b) être assurée en vertu du régime d'assurance maladie (régime A) ou être exemptée d'y participer;

c) faire la demande d'adhésion à l'assurance dans les 90 jours suivant la date du décès de la personne adhérente membre d'ASSUREQ.

1.10 Fin de l'assurance

L'assurance d'une **personne adhérente** prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

a) la date de la fin du présent contrat;

b) la date d'échéance de toutes primes impayées;

c) la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être membre d'ASSUREQ;

d) la date à laquelle la personne adhérente cesse d'être admissible;

e) la date à laquelle la personne adhérente cesse de participer au régime d'assurance maladie (régime A);

En plus des dates énumérées précédemment, l'assurance d'une **personne adhérente** en vertu des régimes suivants prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

Pour le régime d'assurance maladie (régime A)

f) la date prévue au point 1.4 lorsque la personne adhérente demande de s'exempter de participer au régime d'assurance maladie (régime A).

Pour le régime d'assurance vie (régime B)

g) la date à laquelle la personne adhérente demande de ne plus participer au régime d'assurance vie (régime B).

L'assurance d'une **personne à charge** prend fin à 23 h 59 à la première des dates suivantes :

a) la date à laquelle la personne adhérente met fin à l'assurance de cette personne à charge;

b) la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente;

c) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;

d) la date du décès de la personne adhérente, à moins que la personne conjointe survivante ne conserve la protection détenue au moment du décès, sous réserve des dispositions prévues au point 1.9.

2 · Régime d'assurance maladie (régime A)

Les frais admissibles sont les frais qui s'appliquent à des traitements, soins ou fournitures nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure et dans le cas d'une grossesse.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des traitements, soins ou fournitures dispensés par une professionnelle ou un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux traitements, soins ou fournitures en cause ou, à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente, sous réserve des règles établies par SSQ pour la reconnaissance de chaque association.

Pour être admissibles, les frais qui s'appliquent à des services ou fournitures doivent être conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Lorsqu'une ordonnance médicale est requise pour que les frais engagés soient admissibles à un remboursement, celle-ci doit indiquer le nom du médicament prescrit ou, dans le cas d'un produit, traitement ou service, le diagnostic, les raisons médicales ou les indications thérapeutiques justifiant la prescription de tel produit, traitement ou service ainsi que la durée prévue d'utilisation.

Lorsqu'une personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge assurée engage des frais couverts par les garanties décrites ci-après, en autant que celles-ci fassent partie du régime choisi par la personne adhérente, SSQ rembourse ces frais selon les conditions mentionnées au **TABLEAU DES PRESTATIONS COMMUNES AUX DEUX RÉGIMES**, qui s'applique autant au régime Santé qu'au régime Santé Plus, et au **TABLEAU DES PRESTATIONS EXCLUSIVES AU RÉGIME SANTÉ PLUS**.

Aucune franchise n'est payable à l'égard du présent régime d'assurance maladie (régime A).

2.1 Tableau des garanties

2.1.1 - PRESTATIONS COMMUNES AUX DEUX RÉGIMES (SANTÉ, SANTÉ PLUS)			
Garanties	**Pourcentage de remboursement**	**Remboursement maximal par personne assurée**	**Ordonnance médicale**
MÉDICAMENTS ADMISSIBLES (voir la section 2.2.1)			
Médicaments admissibles	80 %		Oui
Injections sclérosantes	80 %	26,25 $ / jour	Oui
ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE (voir les sections 2.2.2 et 2.2.3)			
Assurance voyage avec assistance	100 %	**Régime Santé** et **régime Santé Plus** : pour être couverte par cette garantie, la personne assurée doit obligatoirement être couverte en vertu de l'assurance maladie et de l'assurance hospitalisation d'une province canadienne **Régime Santé** : couverture limitée aux **90 premiers jours** de chaque séjour 5 000 000 $ / séjour	Selon les indications données dans la description des garanties
Assurance annulation de voyage	100 %	5 000 $ / voyage	
FRAIS DE SÉJOUR EN ÉTABLISSEMENTS POUR SOINS DE SANTÉ AU CANADA PAR TYPE D'ÉTABLISSEMENT (voir la section 2.2.4)			
Hôpital au Canada	100 %	Différence entre le coût d'une hospitalisation en salle et une hospitalisation en chambre semi-privée, le tout basé sur le tarif prévu au Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, pour les centres hospitaliers de soins de courte durée (tarif CH)	Non
Centre de réadaptation	100 %	Frais d'hébergement seulement, jusqu'à concurrence du coût d'un séjour en chambre semi-privée, le tout basé sur le même tarif que pour les frais admissibles pour une chambre semi-privée à l'hôpital Durée maximale : 180 jours à vie par personne assurée pour l'ensemble des séjours en centre de réadaptation et en CHSLD Les soins doivent être fournis dans un centre de réadaptation ou un hôpital	Oui

PRESTATIONS COMMUNES AUX DEUX RÉGIMES (SANTÉ, SANTÉ PLUS) (suite)			
Garanties	**Pourcentage de remboursement**	**Remboursement maximal par personne assurée**	**Ordonnance médicale**
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	100 %	Frais d'hébergement seulement, jusqu'à concurrence du coût d'un séjour en chambre semi-privée, le tout basé sur le même tarif que pour les frais admissibles pour une chambre semi-privée dans un CHSLD public Durée maximale : 180 jours à vie par personne assurée pour l'ensemble des séjours en centre de réadaptation et en CHSLD La date d'admission doit être le 1er janvier 2012 ou après Les soins doivent être fournis dans un CHSLD (public ou privé)	Oui
Clinique pour cure de désintoxication	80 %	Frais de chambre et pension : 64 $ / jour Durée maximale : 30 jours / année civile	Oui
Maison de convalescence	80 %	Frais de chambre et pension : 60 $ / jour Durée maximale : 120 jours / année civile	Oui
Centre de soins palliatifs Centre de soins pour maladies chroniques	100 %	Frais d'hébergement seulement, jusqu'à concurrence du coût d'un séjour en chambre semi-privée, le tout basé sur le même tarif que pour les frais admissibles pour une chambre semi-privée à l'hôpital Les soins doivent être fournis dans un hôpital Pour les soins palliatifs, les soins peuvent également être fournis dans un centre de soins palliatifs	Oui
FRAIS DE TRANSPORT (voir la section 2.2.5)			
Ambulance et transport aérien	80 %	Transport à l'hôpital (aller et retour). Aussi, transport aérien d'urgence à partir d'une région éloignée si la personne ne peut être transportée autrement	Non
Transport par avion ou par train d'une personne assurée alitée	80 %	Pour personne assurée alitée qui doit occuper l'équivalent de 2 sièges individuels	Oui
Transport et hébergement pour consultation de médecin spécialiste au Québec	80 %	1 000 $ / année civile Distance minimale pour se rendre au lieu de consultation : 200 kilomètres	Oui

PRESTATIONS COMMUNES AUX DEUX RÉGIMES (SANTÉ, SANTÉ PLUS) (suite)			
Garanties	**Pourcentage de remboursement**	**Remboursement maximal par personne assurée**	**Ordonnance médicale**
FRAIS POUR SOINS INFIRMIERS (voir la section 2.2.6)			
Soins infirmiers	80 %	240 $ / jour et 5 000 $ / année civile	Oui
FRAIS POUR SOINS À DOMICILE (voir la section 2.2.7)			
Soins infirmiers lors de visites à domicile	80 %	Indemnité quotidienne de 48 $ Maximum de 30 jours / événement	Oui
Services d'aide à domicile	80 %	Indemnité quotidienne de 48 $ Maximum de 30 jours / événement	Oui
Transport aller et retour	80 %	24 $ / déplacement Maximum de 12 déplacements / événement Maximum de 30 jours / événement	Oui
FRAIS POUR ARTICLES MÉDICAUX (voir la section 2.2.8)			
Appareils auditifs	80 %	560 $ / période de 48 mois consécutifs	Non
Appareil d'assistance respiratoire et oxygène	80 %	Achat ou location, selon le mode le plus économique, au choix de SSQ	Oui
Appareils orthopédiques	80 %	Achat, location ou remplacement, selon le mode le plus économique, au choix de SSQ	Oui
Appareils thérapeutiques	80 %	Achat ou location, selon le mode le plus économique, au choix de SSQ. Si le total à débourser peut excéder 2 000 $, une autorisation préalable doit être obtenue de SSQ	Oui
Articles pour stomie	80 %		Oui
Bas de soutien	80 %	À compression moyenne ou forte Maximum de 3 paires / année civile	Oui
Chaussures orthopédiques	80 %	Chaussures profondes et sandales ne sont pas couverts à ce titre	Oui
Fauteuil roulant, marchette ou lit d'hôpital	80 %	Achat ou location, selon le mode le plus économique, au choix de SSQ	Oui
Glucomètre	80 %	Achat, ajustement, remplacement ou réparation 240 $ / période de 36 mois consécutifs	Oui
Lentilles intraoculaires	80 %		Oui
Membres artificiels et prothèses externes	80 %	Appareils auditifs, lunettes, lentilles cornéennes, prothèses capillaires et prothèses dentaires ne sont pas couverts à ce titre	Non

PRESTATIONS COMMUNES AUX DEUX RÉGIMES (SANTÉ, SANTÉ PLUS) (suite)			
Garanties	**Pourcentage de remboursement**	**Remboursement maximal par personne assurée**	**Ordonnance médicale**
Neurostimulateur transcutané	80 %	Achat, location, ajustement, remplacement ou réparation, selon le mode le plus économique, au choix de SSQ 800 $ / période de 60 mois consécutifs	Oui
Orthèses plantaires	80 %	Limité en fonction de la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec	Oui
Pompe à insuline et accessoires	80 %		Oui
Prothèse capillaire	80 %	Maximum de remboursement à vie : 300 $	Oui
Prothèses mammaires	80 %		Oui
Soutiens-gorges postopératoires	80 %	Maximum de remboursement à vie : 200 $	Oui
FRAIS POUR SOINS DENTAIRES (voir la section 2.2.9)			
Soins devenus nécessaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	80 %	Honoraires pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles	Non

2.1.2 - PRESTATIONS EXCLUSIVES AU RÉGIME SANTÉ PLUS			
Garanties	**Pourcentage de remboursement**	**Remboursement maximal par personne assurée**	**Ordonnance médicale**
FRAIS POUR SOINS MÉDICAUX (voir la section 2.2.10)			
Audiologie Ergothérapie Orthophonie	80 %		Non
Psychothérapie	50 % des premiers 1 000 $ de frais admissibles engagés au cours d'une même année civile et 80 % de l'excédent	1 500 $ / année civile pour l'ensemble des services fournis par les professionnels mentionnés au point 2.2.10 10) de la présente brochure	Non
Remboursement maximal de 750 $ / personne assurée / année civile pour l'ensemble des spécialités suivantes			
Acupuncture	80 %	44 $ / traitement	Non
Chiropractie	80 %	36 $ / traitement	Non
Diététique	80 %	40 $ / consultation	Non
Homéopathie	80 %	44$ / consultation	Non
Kinésithérapie Massothérapie Naturopathie Orthothérapie	80 %	44 $ / traitement ou consultation	Non
Ostéopathie	80 %	56 $ / traitement	Non
Physiothérapie	80 %	48 $ / traitement	Non
Podiatrie Podologie	80 %	44 $ / traitement ou consultation	Non

2.2 Description des garanties

Lorsqu'une personne adhérente ou une de ses personnes à charge engage des frais pour les garanties décrites ci-après, SSQ rembourse ces frais selon les conditions mentionnées au tableau des garanties de la présente section.

2.2.1 Médicaments admissibles

1) Les médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN *(Drug Identification Number)* valide, prescrits par une professionnelle ou un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, vendus exclusivement par une pharmacienne ou un pharmacien, ou vendus par une ou un médecin (ou une infirmière ou un infirmier) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi, sur présentation de reçus convenablement détaillés.

Les injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat sont également couvertes, à condition qu'elles soient fournies et administrées par une ou un médecin à des fins curatives et non esthétiques, jusqu'à concurrence d'un maximum de frais admissibles de 32,81 $ par jour. L'acte médical n'est pas couvert.

À des fins administratives seulement, les médicaments visés par cette garantie sont ceux inscrits à l'édition courante de la liste de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

2) Exclusions

Les produits suivants ne sont pas couverts :

1) médicaments, fournitures et services pharmaceutiques couverts par le régime général d'assurance médicaments (RGAM) de la RAMQ;
2) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu d'un programme fédéral de médicaments d'urgence ou médicaments dits « orphelins »;
3) médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle;
4) médicaments servant à traiter les problèmes de dysfonction érectile;
5) produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques;
6) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;
7) écrans solaires;
8) produits antitabac.

3) Limitation

La contribution (franchise, coassurance et prime annuelle) exigée d'une personne couverte par le RGAM de la RAMQ n'est pas couverte par la présente garantie. La présente garantie ne couvre pas non plus la différence entre le prix demandé par le fabricant de médicaments et le prix maximal payable par la RAMQ.

TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE DES DEMANDES DE PRESTATIONS

La personne adhérente peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations. La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la **section 5**.

2.2.2 Assurance voyage avec assistance

Voir la **section 3** de la présente brochure.

2.2.3 Assurance annulation de voyage

Voir la **section 3** de la présente brochure.

2.2.4 Frais de séjour en établissements pour soins de santé au Canada

1) Hôpital au Canada

Lorsqu'une personne assurée est admise dans un hôpital au Canada, les frais de chambre, pour la portion en excédent des frais hospitaliers en salle publique, jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée, quel que soit le nombre de jours d'hospitalisation.

Limitations – Les frais administratifs demandés par l'hôpital à la personne assurée ne sont pas couverts par cette garantie. La contribution de la personne assurée exigée par un établissement pour son hébergement dans un centre de réadaptation ou une clinique quelconque ou dans un établissement pour soins palliatifs, soins pour maladies chroniques ou soins de longue durée n'est pas couverte par cette garantie.

2) Centre de réadaptation

Les frais d'hébergement pour soins de réadaptation identifiés comme tels, lors d'une période nécessaire de soins dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du présent régime, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de réadaptation s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela, de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins et sa durée recommandée doivent être confirmées par le médecin traitant.

3) Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Les frais d'hébergement dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée reconnu comme tel par le gouvernement provincial. La date d'admission au CHSLD doit être le 1er janvier 2012 ou après.

4) Clinique pour cure de désintoxication

Le coût quotidien pour chambre et pension dans une clinique reconnue par SSQ, spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs compulsifs, pour autant que la personne assurée y reçoive effectivement un traitement curatif.

La clinique doit être située au Canada et sous le contrôle d'une ou d'un médecin ou d'une infirmière ou d'un infirmier licencié.

5) Maison de convalescence

Le coût quotidien pour chambre et pension, y compris tous les soins et services liés au séjour, dans un établissement s'affichant publiquement comme maison

de convalescence au Canada. Le séjour doit être consécutif à une hospitalisation ou à une chirurgie d'un jour et prescrit et justifié par une ou un médecin à l'aide du formulaire disponible auprès du service à la clientèle de SSQ.

6) Centre de soins palliatifs

Les frais d'hébergement lors d'une période de soins palliatifs dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins palliatifs s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé.

7) Centre de soins pour maladies chroniques

Les frais d'hébergement, lors d'une période nécessaire de soins pour maladie chronique, dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins pour maladies chroniques s'il les fournit à titre d'établissement spécialisé à cette fin, et cela de manière jugée adéquate par les professionnels du secteur de la santé. La nécessité de la période de soins en établissement doit résulter de l'existence d'une maladie chronique dégénérative empêchant la personne assurée de demeurer dans son milieu de vie naturel malgré le support des gens de son entourage.

2.2.5 Frais de transport

1) Ambulance et transport aérien

Les frais d'ambulance pour le transport à l'hôpital (aller et retour), y compris le transport aérien en cas d'urgence dans les régions éloignées, de même que le traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

2) Transport par avion ou par train d'une personne assurée alitée

a) Les frais de transport par avion ou par train d'une personne assurée alitée occupant l'équivalent de 2 sièges individuels, lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen.

b) Les frais de transport par avion ou par train pour une hospitalisation immédiate à titre de patiente ou patient interne à l'hôpital le plus près où les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, selon la prescription de la ou du médecin.

c) Les frais de transport pour le retour à domicile immédiatement après une hospitalisation.

3) Transport et hébergement pour consultation de médecin spécialiste au Québec

a) Les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec, s'ils sont occasionnés par une consultation pour des services professionnels, dispensés par un médecin spécialiste, non disponibles dans la région de résidence de la personne assurée. Les frais admissibles sont les suivants :

i) Les frais de déplacement en automobile ou par un transporteur public (autobus, avion, bateau, train).

ii) Les frais d'hébergement engagés dans un établissement public, à condition que la consultation ou le traitement nécessite un séjour.

b) Les conditions suivantes s'appliquent toutefois aux frais admissibles de transport et d'hébergement au Québec :

i) Les frais doivent être engagés sur ordonnance médicale, pour consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée. Sont également admissibles les frais engagés pour un traitement non disponible dans cette région et prodigué par un médecin spécialiste.

ii) Les frais doivent être occasionnés par un déplacement d'au moins 200 km du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de la consultation (aller seulement), ce dernier devant par ailleurs être le plus près possible du lieu de résidence de la personne assurée.

iii) Pour les déplacements en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus.

iv) Le remboursement des frais admissibles se fait sur production de reçus ou de factures acquittées, sauf si le moyen de transport utilisé est l'automobile.

v) Les frais admissibles comprennent les frais engagés par la personne assurée ainsi que par la personne qui l'accompagne.

Si les frais de transport et d'hébergement engagés par la personne assurée sont admissibles à un remboursement en vertu d'un programme mis sur pied par une régie régionale de la santé, seuls les frais non remboursés par cet organisme et admissibles en vertu du présent régime peuvent donner droit à un remboursement.

2.2.6 Frais pour soins infirmiers

Les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier dûment licencié, ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire dûment licencié, pour les soins dispensés à domicile, de façon continue et exclusive, à la personne assurée. Pour que des frais soient admissibles à ce titre, ces services professionnels doivent être prescrits par la ou le médecin traitant et les soins doivent faire immédiatement suite à une hospitalisation.

2.2.7 Frais pour soins à domicile

1) Définitions

Aux fins de la présente garantie, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique aux soins à domicile :

a) Activité quotidienne de base : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène.

b) Fournisseur de services d'aide à domicile : personne travaillant contre rémunération pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée spécialisée en soins à domicile; aussi, travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence; aussi, s'il n'y a pas de telles agences ou coopératives dans la région, travailleur autonome.

2) Frais admissibles

SSQ paie, selon les modalités décrites à la présente garantie, les frais engagés par la personne assurée pour des soins prescrits et justifiés par la ou le médecin traitant. Les frais doivent être engagés au cours d'une période de convalescence rendue nécessaire à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie dite d'un jour et pendant laquelle la personne assurée est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base.

3) Les frais couverts sont les suivants :

a) Soins infirmiers : les honoraires d'une infirmière ou d'un infirmier ou d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire pour des soins infirmiers dispensés au domicile de la personne assurée. Les soins infirmiers 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 soluté;
- l'exérèse de sutures et agrafes;
- les prélèvements (sanguins ou autres).

b) Services d'aide à domicile : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile pour aider la personne assurée à accomplir ses activités quotidiennes de base. Les services doivent être dispensés au domicile de la personne assurée. Les services comprennent, entre autres :

- les soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever et au coucher, etc.);
- le ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive, etc.);

- l'entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
- la préparation des repas;
- l'accompagnement à des rendez-vous médicaux.

c) Frais de transport : les frais de transport de la personne assurée pour lui permettre de bénéficier de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à une hospitalisation ou à une chirurgie d'un jour.

4) Limitation

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 garantie. L'hospitalisation à la suite d'un accouchement n'est pas reconnue, sauf s'il y a complication et que le séjour dure 4 jours ou plus.

2.2.8 Frais pour appareils médicaux

1) Appareils auditifs

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un appareil auditif. Cette garantie couvre également les honoraires de l'audioprothésiste.

2) Appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un appareil d'assistance respiratoire et le coût de l'oxygène.

3) Appareils orthopédiques

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

4) Appareils thérapeutiques

a) Les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques. Cette garantie couvre également les frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation.

À titre d'exemples, les appareils suivants sont admissibles à un remboursement :

i) les appareils d'aérosolthérapie, les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique;

ii) les stimulateurs de consolidation de fractures;

iii) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire;

iv) les respirateurs à pression positive intermittente;

v) les vêtements pour le traitement de brûlures;

vi) 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.

b) Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, thermomètre, etc.) ni les accessoires domestiques (tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur) ni les autres appareils de même nature. Cette garantie ne couvre pas non plus les articles ou appareils pour lesquels un remboursement est prévu en vertu d'autres dispositions du présent régime.

c) S'il est prévu que le coût total des frais à engager dépasse 2 000 $, une autorisation de SSQ doit être obtenue avant d'engager les frais.

5) Articles pour stomie

Les frais d'achat de produits nécessaires à l'entretien de la stomie. Seule la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État est admissible à un remboursement.

6) Bas de soutien

Les frais d'achat de bas de soutien à compression moyenne ou forte (20mm de Hg ou plus), dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

7) Chaussures orthopédiques

Les frais d'achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied. Sont également couvertes les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les modifications ou additions faites à des chaussures préfabriquées sont également couvertes.

La présente garantie ne couvre pas les chaussures profondes ainsi que toutes formes de sandales.

8) Fauteuil roulant, marchette ou lit d'hôpital

Les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'un fauteuil roulant non motorisé, d'une marchette ou d'un lit d'hôpital, mais seulement dans les cas où ces articles sont requis pour un usage temporaire.

Le fauteuil roulant et le lit d'hôpital doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier. Les frais remboursables par la RAMQ sont exclus.

9) Glucomètre

Les frais d'achat, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un glucomètre.

10) Lentilles intraoculaires

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

11) Membres artificiels et prothèses externes

Les frais d'achat de membres artificiels ainsi que l'achat d'autres prothèses externes (les prothèses dentaires, les appareils auditifs, les prothèses capillaires, les lunettes et les verres de contact sont exclus).

12) Neurostimulateur transcutané

Les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un neurostimulateur transcutané.

13) Orthèses plantaires

Les frais d'achat d'orthèses plantaires (supports de voûte plantaire, semelles de compensation). Ces frais sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec.

Les orthèses plantaires doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé, détenteur d'un permis délivré par les autorités légales.

14) Pompe à insuline et accessoires

Les frais d'achat et de réparation d'une pompe à insuline et les frais d'achat d'accessoires pour une telle pompe.

15) Prothèse capillaire

Les frais d'achat d'une prothèse capillaire initiale devenue nécessaire à la suite de chimiothérapie.

16) Prothèses mammaires

Les frais d'achat de prothèses mammaires rendues nécessaires par suite de mastectomie.

17) Soutiens-gorges postopératoires

Les frais d'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

2.2.9 Frais pour soins dentaires

1) Les honoraires d'une chirurgienne-dentiste ou d'un chirurgien-dentiste, d'une ou d'un spécialiste ou denturologiste, pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles subis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance (les bris de dents survenus en mangeant ne sont pas couverts), à condition que les soins soient donnés à l'intérieur des 24 mois suivant la date de l'accident. Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des montants et actes prévus au guide de l'année courante de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec (ACDQ).

2) Tout acte, tout traitement ou toute prothèse, de quelque nature que ce soit, reliés à un implant sont exclus.

3) Dans cette garantie, un « accident » est défini comme tout 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. Également, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même ou dans les structures qui lui sont adjacentes.

   Aussi, une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale doit être considérée comme saine.

LES FRAIS SUIVANTS NE SONT COUVERTS QU'EN VERTU DU RÉGIME SANTÉ PLUS

2.2.10 Frais pour soins médicaux

1) Acupuncture

   Les frais de traitements administrés par une acupunctrice ou un acupuncteur.

2) Audiologie, ergothérapie, orthophonie

   Les honoraires pour des services fournis par une ou un audiologiste, ergothérapeute ou orthophoniste.

3) Chiropractie

   Les frais de traitements administrés par une chiropraticienne ou un chiropraticien. Les frais de radiographies sont également couverts.

4) Diététique

   Les frais de consultation d'une ou d'un diététiste.

5) Homéopathie

   Les frais de consultation d'une ou d'un homéopathe. Cette garantie couvre aussi les remèdes ou traitements homéopathiques obtenus sur recommandation écrite de l'homéopathe ou du médecin.

6) Kinésithérapie, massothérapie, naturopathie, orthothérapie

Les frais de traitements administrés par une ou un kinésithérapeute massothérapeute ou orthothérapeute. Aussi, les frais de consultation d'une ou d'un naturopathe. Les frais de naturopathie admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations ne sont pas couverts.

7) Ostéopathie

Les frais de traitements administrés par une ou un ostéopathe.

8) Physiothérapie

Les frais de traitements administrés par une ou un physiothérapeute ou une ou un thérapeute en réadaptation physique.

9) Podiatrie ou podologie

Les frais de consultation ou de traitement en soins de pieds administré par une ou un podiatre, une ou un podologue, une infirmière ou un infirmier en soins des pieds ou une infirmière ou un infirmier auxiliaire en soins de pieds.

10) Psychothérapie

Les frais pour des services professionnels en psychothérapie, pour les services fournis par une ou un psychologue, une ou un psychiatre, une travailleuse sociale ou un travailleur social, une conseillère ou un conseiller en orientation, une psychoéducatrice ou un psychoéducateur, une ou un thérapeute conjugal ou familial, une infirmière ou un infirmier, une ou un psychothérapeute. Tous ces professionnels doivent détenir un permis de psychothérapeute délivré par le Conseil d'administration de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec.

2.3 Exclusions et limitation s'appliquant au régime d'assurance maladie (régime A)

Exclusions

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

1) à la suite d'une guerre;
2) à la suite de la participation active à une émeute, à une insurrection ou à un acte criminel;
3) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
4) si la personne assurée n'est pas tenue de payer les services reçus;
5) pour des fins d'esthétique, sauf en cas d'accident;

6) qui sont remboursés ou payables par un régime ou un organisme gouvernemental ou par tout autre régime privé, individuel ou collectif; en aucun cas SSQ n'accorde, en tout, plus que les frais réellement engagés lorsqu'une personne est assurée en vertu de plusieurs sources;

7) pour des examens médicaux subis à des fins d'emploi, d'assurance, de contrôle ou de vérification;

8) pour les services ou fournitures, examens, soins, frais, ou pour leurs portions excédentaires, qui ne sont pas conformes aux normes raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;

9) pour les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de la 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;

10) pour les services ou produits servant au traitement de l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle.

Limitation

Le nombre de traitements pour une même personne assurée est limité comme suit :

1) un seul traitement par jour par professionnelle ou professionnel ou par spécialiste; et

2) un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, sans égard au nombre de spécialités que pratique la professionnelle ou le professionnel ou la ou le spécialiste.

3 · Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage

Cette garantie est incluse dans le régime Santé et Santé Plus du régime d'assurance maladie (régime A).

3.1 Assurance voyage avec assistance

L'assurance voyage couvre la personne adhérente et, si elles sont assurées, ses personnes à charge.

Aux fins de la garantie d'assurance voyage avec assistance, 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.

Les frais admissibles décrits plus loin le sont 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 la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et que son état de santé nécessite des soins d'urgence. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Pour être couverte par la présente garantie, la personne assurée doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

IMPORTANT

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 laisse 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, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue doit être sous contrôle avant son départ.

Si la maladie ou l'affection :

- s'est aggravée;
- a été l'objet d'une rechute ou d'une récidive;
- est instable;
- est en phase terminale d'évolution;
- est chronique et présente des risques de dégradation ou de complications prévisibles pendant la durée du séjour,

il est recommandé de communiquer, avant votre départ, avec la firme d'assistance voyage. Vous obtiendrez ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans votre situation. Les numéros de téléphone pour joindre la firme apparaissent au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ de même que dans l'encadré qui suit le point **3.1.3**.

3.1.1 Frais admissibles d'assurance voyage

Les frais admissibles sont les suivants :

a) Les **frais d'hospitalisation** dans un hôpital où la personne assurée reçoit effectivement un traitement curatif; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.

b) Les honoraires d'une ou d'un **médecin** pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.

c) Les frais de transport en **ambulance** à l'hôpital le plus proche par un ambulancier licencié.

d) Les **médicaments admissibles** décrits au point 2.2.1.

e) Les honoraires d'une **infirmière ou d'un infirmier** privé à l'hôpital, lorsque médicalement nécessaire. Cette infirmière ou cet infirmier ne doit être ni parent avec la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage de cette personne. Ces frais sont assujettis à un remboursement maximal de 5 000 $ par personne assurée, par séjour.

f) Les honoraires de **chiropractie**, de **podiatrie** ou de **physiothérapie**.

g) La location d'un **fauteuil roulant**, d'un **lit d'hôpital** ou d'un **appareil d'assistance respiratoire**.

h) Les frais d'**analyses de laboratoire** ou de **radiographies**.

i) L'achat de **bandages herniaires**, de **corsets**, de **béquilles**, d'**attelles**, de **plâtres** ou d'**autres appareils orthopédiques**.

j) Les honoraires d'un **chirurgien-dentiste** pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 $ par accident; les frais admissibles doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence. Seuls les frais engagés alors que la présente garantie est en vigueur sont admissibles.

k) Les **frais de rapatriement** de la personne assurée en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles; les frais de transport ou de rapatriement doivent être approuvés au préalable par SSQ et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de SSQ, compte tenu de l'état de la personne assurée.

l) Le coût du **transport aérien** aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être approuvés au préalable par SSQ. L'escorte médicale ne doit pas être un parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage de cette personne.

m) Le coût du **retour du véhicule personnel** ou de location de la personne assurée par une agence commerciale à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche. Un certificat médical attestant qu'une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'occuper du véhicule est exigé. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 2 000 $. L'autorisation préalable de SSQ est requise.

n) En cas de **décès** de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre au lieu de résidence de la personne assurée au Canada, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 $; ces frais doivent être approuvés au préalable par SSQ.

o) Les **frais d'hébergement et de repas**, dans un établissement commercial, que la personne assurée doit engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de la personne assurée elle-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'une compagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 $ par jour et de 2 400 $ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées en vertu de la présente garantie.

p) Les frais d'**hébergement** et de **repas** dans un établissement commercial ainsi que le coût du **transport** aller et retour d'un proche parent ou d'un ami, par le moyen le plus économique, dans le but de visiter la personne assurée hospitalisée depuis au moins 7 jours ou d'identifier la personne assurée décédée, sous réserve des remboursements maximaux suivants pour l'ensemble des personnes assurées en vertu de la présente garantie :

- pour le transport : 2 500 $ par séjour;
- pour l'hébergement et les repas : 300 $ par jour, jusqu'à concurrence de 2 400 $ par séjour.

L'autorisation préalable de SSQ est requise.

q) Les services d'assistance voyage suivants :

1) diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié;
2) vérifier la couverture de la protection médicale afin d'éviter, si possible, à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire;
3) assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée;
4) coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible;
5) apporter une aide d'urgence et coordonner les demandes de règlements;
6) prendre les dispositions nécessaires pour faciliter le transport d'un membre de la famille au chevet de la personne assurée ou pour lui permettre d'aller identifier une personne assurée décédée puis coordonner le rapatriement de cette dernière;
7) si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
8) si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper;
9) si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec le bureau de la personne assurée;
10) servir d'interprète pour les appels d'urgence;
11) recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris);
12) si nécessaire, garantir le paiement des frais hospitaliers engagés;
13) faire les demandes de remboursement à la RAMQ au nom de la personne assurée, si cette dernière y consent.

3.1.2 Limitations à l'assurance voyage

Si, en raison d'un accident ou d'une maladie subite, la personne assurée a besoin de services médicaux prolongés, de traitements ou d'une chirurgie et si une preuve médicale révèle qu'après avoir reçu un diagnostic ou un traitement d'urgence pour cette raison, la personne assurée aurait pu retourner dans sa province de résidence, mais qu'elle a choisi d'obtenir les services, les traitements ou la chirurgie à l'extérieur de sa province de résidence, SSQ ne rembourse pas les frais engagés pour ces services, ces traitements ou cette chirurgie ni aucuns autres frais qui y sont liés.

SSQ se réserve le droit de rapatrier une personne assurée dans sa province de résidence lorsque son état le permet. Tout refus de rapatriement libère SSQ de toute responsabilité relativement aux frais engagés après le refus.

3.1.3 Exclusions liées à l'assurance voyage

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

a) les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence; la présente exclusion ne s'applique toutefois pas aux frais prévus au paragraphe j) du point 3.1.1;

b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;

c) les frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatif ou non urgent, ainsi que les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'une ou d'un médecin ou non;

d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée;

e) les frais engagés hors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de la personne assurée, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;

f) les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public ou pour des personnes assurées qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

a) le service dans les forces armées ou, directement ou indirectement, une guerre ou une guerre civile, 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 ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et où une recommandation du gouvernement du Canada est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais;

b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par la personne assurée ou par sa compagne ou son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;

c) une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine 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 dispositions prévues au point 3.1.1 n);

d) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;

e) la participation à des sports de contacts physiques (ex. : sports extrêmes), la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou la participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre de professionnel à des activités sportives ou sous-marines;

f) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

IMPORTANT

Ni SSQ ni le service d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés, ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans tous les pays. Les services fournis peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

Si vous voyagez ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est souhaitable de communiquer avec le service d'assistance voyage avant votre départ. Des conseils utiles pour votre santé pourront vous être fournis.

Voici les numéros de téléphone où le personnel du service d'assistance voyage peut être joint :

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

Ces numéros de téléphones apparaissent au verso de la carte plastifiée émise par SSQ à la personne adhérente. Vous devrez fournir votre numéro de contrat au moment de l'appel.

Note : Le service d'assistance voyage peut servir d'intermédiaire entre SSQ et la personne assurée lorsque cette dernière est tenue d'obtenir une « autorisation préalable de SSQ » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

3.1.4 Réduction des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires à celles de la garantie d'assurance voyage avec assistance en vertu d'un contrat individuel ou d'un autre contrat collectif que celui du présent régime, les prestations payables en vertu de la garantie d'assurance voyage avec assistance sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. De plus, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent régime, les prestations sont d'abord payables en vertu de la garantie d'assurance voyage avec assistance. Cela ne doit toutefois pas limiter la portée des autres garanties du présent régime lorsqu'aucune prestation n'est payable en vertu de la garantie d'assurance voyage avec assistance.

3.2 Assurance annulation de voyage

Par frais admissibles, on entend les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, **au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu**.

3.2.1 Définitions

Aux fins de la garantie d'assurance annulation de voyage, on entend par :

a) **« 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;

b) **« 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 qui se veut la seule raison du voyage projeté;

c) **« associée ou associé en affaires » :** la personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins;

d) **« compagne ou compagnon de voyage » :** la personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée;

e) **« frais de voyage payés d'avance » :** sommes déboursées par la personne assurée 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 la personne assurée ayant trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par l'intermédiaire d'une agence de voyages, de même que les sommes déboursées par la personne assurée ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial;

f) **« hôtesse ou hôte à destination » :** la personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage;

g) **« membre de la famille » :** personne conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru;

h) **« voyage » :** voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins 2 nuitées 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 prévue d'au moins 2 nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

3.2.2 Causes d'annulation

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

a) une maladie ou un accident qui empêche la personne assurée, sa compagne ou son compagnon de voyage, une associée ou un associé en affaires ou un membre de la famille de la personne assurée de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage;

b) le décès de la personne adhérente, de la personne conjointe, d'un enfant de la personne adhérente ou de la personne conjointe, d'une compagne ou d'un compagnon de voyage, ou d'une associée ou d'un associé en affaires;

c) le décès d'un autre membre de la famille de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée, si les funérailles ont lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;

d) le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôtesse ou de l'hôte à destination;

e) la convocation de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou l'assignation à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pour autant que la personne concernée ne soit pas partie au litige et ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir une remise de la cause. Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage si la personne assurée a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policière ou de policier;

f) la mise en quarantaine de la personne assurée, sauf si cette quarantaine se termine plus de 7 jours avant la date prévue de son départ;

g) le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage;

h) un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôtesse ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ; sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage;

i) le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;

j) le terrorisme, la guerre, déclarée ou non, ou une épidémie, 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) un départ manqué dû au retard du moyen de transport utilisé pour se rendre au point de départ, dans la mesure où l'horaire du moyen de transport utilisé prévoyait une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant le départ (2 heures si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres). La cause

du retard doit être soit les conditions atmosphériques, soit des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), soit un accident de la circulation, soit une fermeture de route (les 2 dernières causes devant être appuyées par un rapport de police);

l) des conditions atmosphériques qui sont telles :

- que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit retardé d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
- que la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;

m) un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue, de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;

n) le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal;

o) le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la compagne ou du compagnon de voyage de la personne assurée;

p) le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire;

q) le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

3.2.3 Frais admissibles d'assurance annulation de voyage

a) En cas d'annulation avant le départ, les frais admissibles sont les suivants :

i) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;

ii) les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler son voyage pour une des raisons mentionnées au point **3.2.2** et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler;

iii) la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

b) Si un départ est manqué (au début ou au cours du voyage), les frais admissibles sont les suivants :

le coût supplémentaire exigé par un transporteur public à horaire fixe (avion, autobus, train) en classe économique par la route la plus directe jusqu'à la destination initialement prévue.

c) Si le retour est anticipé ou retardé, les frais admissibles sont les suivants :

i) 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 peut être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ; ces frais doivent être approuvés au préalable par SSQ.

Restriction

Si le retour de la personne est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage, les frais engagés sont admissibles pour autant que la personne concernée ait été admise dans un hôpital à titre de patiente ou patient interne pendant plus de 48 heures à l'intérieur de ladite période de 7 jours.

Dans le cas où des frais de voyage n'ont pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu;

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

d) En cas de nécessité d'un transport aller-retour, les frais admissibles sont les suivants :

les frais de transport par le moyen le plus économique à la suite de l'approbation par SSQ ou la firme d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner celle-ci à l'endroit où elle était en voyage, pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

i) le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de la personne assurée, d'une personne dont elle est le tuteur légal ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire;

ii) si un sinistre a rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

3.2.4 Frais maximums admissibles

Les frais admissibles ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de la personne assurée et sont limités à 5 000 $ par personne assurée, par voyage.

3.2.5 Exclusions liées à l'assurance annulation de voyage

La présente garantie ne couvre pas les pertes causées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

a) le service dans les forces armées ou, directement ou indirectement, une guerre ou une guerre civile, 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 ledit pays. La présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et où une recommandation du gouvernement du Canada est par la suite émise, pour autant que la personne assurée prenne les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais;

b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration d'un acte criminel par la personne assurée ou par sa compagne ou son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;

c) une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non;

d) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent;

e) la participation à des sports de contacts physiques (ex. : sports extrêmes), la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou la participation à toute course ou épreuve de vitesse quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre de professionnel à des activités sportives ou sous-marines;

f) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;

g) si le voyage est 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;

h) si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller sur 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.

3.2.6 Délai pour demander l'annulation

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

Toutefois, la présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de SSQ, que la personne assurée et la personne conjointe 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 SSQ est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

3.2.7 Réduction des prestations

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires à celles de la garantie d'assurance annulation de voyage en vertu d'un contrat individuel ou d'un autre contrat collectif que celui du présent régime, les prestations payables en vertu de la garantie d'assurance annulation de voyage sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. De plus, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent régime, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie. Cela ne doit toutefois pas limiter la portée des autres garanties du présent régime lorsqu'aucune prestation n'est payable en vertu de la garantie d'assurance annulation de voyage.

4 · Régime d'assurance vie (régime B)

4.1 Assurance vie de la personne adhérente

Le régime d'assurance vie de la personne adhérente est accessible seulement **si cette dernière participe au régime d'assurance maladie (régime A) ou en est exemptée**.

Lors du décès d'une personne adhérente assurée en vertu du présent régime d'assurance vie, SSQ s'engage à verser à son bénéficiaire le montant de protection inscrit au tableau suivant selon le choix de protection (1, 2 ou 3) effectué par la personne adhérente.

Âge de la personne adhérente au moment du décès	Montant de protection		
	Choix 1	Choix 2	Choix 3
Moins de 60 ans	20 000 $	40 000 $	60 000 $
De 60 à 64 ans	15 000 $	30 000 $	45 000 $
65 ans ou plus	10 000 $	20 000 $	30 000 $
Le montant des prestations est payable quelle que soit la cause du décès.			
La garantie d'assurance vie de la personne adhérente inclut une assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles, décrite au point 4.2 ci-après.			

Si la personne adhérente ne détient pas d'assurance vie au moment de prendre sa retraite, seul le choix 1 s'offre à elle.

Pour avoir droit au choix 2 ou 3, la personne doit déjà détenir, au moment de la retraite, un montant d'assurance vie (en vertu de son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées) supérieur ou égal à celui du présent régime; sinon, seul le choix 1 lui est offert.

À titre d'exemple, une personne de 62 ans doit détenir au moment de la retraite, en vertu de son régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées, au moins 30 000 $ pour avoir accès au choix 2 et au moins 45 000 $ pour avoir accès au choix 3.

IMPORTANT

Si, au moment de votre admissibilité au présent régime d'assurance vie, vous détenez déjà un montant de protection à titre de personne adhérente dans le régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées, vous avez le droit de transformer ce montant en un contrat individuel, sans preuves d'assurabilité, à condition d'en faire la demande dans les 31 jours suivant la fin de votre admissibilité au régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées. Le montant de protection transformé ne peut être supérieur à la différence entre :

1. le montant d'assurance vie détenu dans le régime d'assurance collective à l'intention des personnes employées;

   moins

2. le montant maximal d'assurance vie que vous pouvez choisir dans le présent régime d'assurance vie.

4.2 Assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles

Lorsqu'une personne adhérente assurée en vertu du régime d'assurance vie de la personne adhérente subit l'une des pertes énumérées à la « Table des pertes » et que cette perte est causée, directement et indépendamment de toute autre cause, par des lésions corporelles provenant exclusivement de moyens externes, violents et accidentels, et survient dans les 365 jours de la date de l'accident, à la condition que la personne adhérente soit assurée par le présent régime à la date de l'accident, SSQ paie, conformément aux dispositions du présent régime, le pourcentage prévu à la « Table des pertes » du montant de l'assurance vie de la personne adhérente, sans toutefois dépasser 100 % pour toutes les pertes relatives au même accident.

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

Par le mot «perte», on entend, pour ce qui est d'une main ou d'un pied, l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus ou la perte totale et irrécouvrable de leur usage; en ce qui concerne la vue, on entend la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue.

Exclusions à l'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles

Le montant de l'assurance en cas de mort ou mutilation accidentelles n'est pas payable pour une perte attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :

a) suicide, tentative de suicide ou blessures que la personne adhérente s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;

b) participation active à un acte criminel;

c) guerre, émeute ou insurrection;

d) service actif dans les forces armées;

e) voyage ou envolée dans toute espèce d'aéronef lorsque la personne adhérente exerce toute fonction d'un membre de l'équipage de l'aéronef, sauf si la personne adhérente agit en tant que professeur de pilotage, tel que prévu dans sa convention collective ou dans son contrat individuel de travail.

Disparition

Si une personne adhérente disparaît à la suite d'un accident reconnu entraînant la disparition ou l'engloutissement du moyen de transport dans lequel elle voyageait, et si son corps n'est pas retrouvé dans l'année qui suit la date d'une telle disparition, il sera présumé en l'absence de preuves contraires, que ladite personne adhérente est décédée après une période de 365 jours.

4.3 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

(Statut de protection familial d'assurance vie)

La personne adhérente peut participer à la garantie d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge pourvu **qu'elle participe à la garantie d'assurance vie de la personne adhérente**. Elle peut choisir d'y adhérer ou non et ce, indépendamment du statut de protection détenu au régime d'assurance maladie (régime A).

Ce régime prévoit le paiement d'une somme de 5 000 $ au décès de la personne conjointe, ou d'un enfant à charge âgé d'au moins 24 heures.

Dans le cas d'une personne adhérente assurée en vertu d'un statut de protection familial et n'ayant pas de personne conjointe (famille monoparentale), le montant payable lors du décès d'un enfant à charge âgé d'au moins 24 heures est de 5 000 $ plus une somme égale à 5 000 $ divisée par le nombre d'enfants à charge dans la famille à la date du décès dudit enfant à charge.

4.4 Bénéficiaire

Lorsqu'une personne adhère au régime d'assurance vie de la personne adhérente, il est très important que la désignation du bénéficiaire au décès soit clairement exprimée.

En l'absence de toute désignation spécifique faite par la personne adhérente, tout montant payable à son décès sera versé à ses ayants droit.

Quant à la somme payable au décès d'une personne conjointe ou d'un enfant à charge assuré, elle est toujours payable à la personne adhérente.

5 · Comment faire une demande de prestations

5.1 Frais hospitaliers

Dans le cas de frais hospitaliers au Canada, la personne assurée présente sa carte d'assurance SSQ à l'hôpital.

5.2 Médicaments

Seules les demandes de prestations pour les médicaments admissibles décrits au point 2.2.1 et non couverts par le RGAM peuvent être admissibles à un remboursement par SSQ.

Deux modes de transmission sont disponibles pour les demandes de prestations de médicaments :

5.2.1 Paiement direct avec carte d'assurance SSQ

(uniquement pour les achats effectués dans les pharmacies situées au Québec)

Ce mode de paiement permet la transmission électronique des demandes de prestations directement de la pharmacie à SSQ. La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance SSQ. S'il s'agit d'un médicament admissible à un remboursement en vertu du régime d'assurance maladie (régime A), la demande de prestations sera transmise à SSQ et la personne assurée n'aura qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par ce régime.

Lorsque la personne assurée a déjà présenté sa carte à une pharmacienne ou un pharmacien, elle n'a plus à le faire lors d'achats subséquents puisque la pharmacienne ou le pharmacien conserve cette information dans ses dossiers. Cependant, si elle change de pharmacie, elle doit la présenter à sa nouvelle pharmacienne ou à son nouveau pharmacien.

5.2.2 Par la poste

Si la personne assurée ne peut utiliser sa carte d'assurance SSQ (perte, pharmacie non participante, pharmacie située en dehors du Québec, etc.), elle effectue sa demande de remboursement en utilisant, s'il y a lieu, le formulaire de demande de prestations d'assurance maladie.

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom de la personne assurée, le nom du patient, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom de la ou du médecin, le nom et la quantité du médicament et les frais doivent être dûment acquittés.

Les médicaments fournis par une ou un médecin (ou une infirmière ou un infirmier) dans les régions isolées où cette pratique est permise par la loi sont également payables sur présentation des reçus indiquant le nom et la quantité des médicaments.

La personne assurée doit envoyer l'original des factures acquittées. Il est recommandé de les envoyer **tous les 3 mois** et d'en conserver des copies, étant donné que les

factures ne seront pas retournées. **Toutes les factures doivent être présentées au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés, pour que ces derniers soient admissibles à un remboursement.**

5.3 Autres frais du régime d'assurance maladie

Toute demande de prestations présentée en vertu du présent régime pour des frais autres que des frais de médicaments doit être présentée directement à SSQ à l'aide du formulaire de demande de prestations d'assurance maladie. Lors de la présentation d'une demande de prestations, le demandeur doit fournir le nom, l'adresse et les numéros du contrat et du certificat de la personne adhérente.

La personne assurée doit envoyer l'original des factures acquittées. Il est recommandé de les envoyer **tous les 3 mois** et d'en conserver des copies, étant donné que les factures ne seront pas retournées. **Toutes les factures doivent être présentées au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés, pour que ces derniers soient admissibles à un remboursement.**

Pour certains frais, il est possible de faire une demande de prestations en ligne sur le site **ACCÈS | assurés** ou en utilisant les services mobiles de SSQ. Ces services sont décrits aux points 5.9 et 5.10 ci-après. Dans les deux cas, la personne adhérente doit conserver l'original des factures pendant les 12 mois qui suivent la date où les frais ont été engagés.

Dépôt direct des prestations d'assurance maladie

Le dépôt direct permet à la personne assurée d'obtenir plus rapidement son remboursement, en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol des chèques de prestations.

La personne assurée peut adhérer au dépôt direct en s'inscrivant à notre site transactionnel sécurisé **ACCÈS | assurés**. Au moment de faire sa demande, elle doit avoir en main sa carte d'assurance SSQ de même qu'un chèque personnel indiquant son numéro de compte. Pour plus de détails sur la façon de faire de même que sur nos services Internet, la marche à suivre est indiquée au point 5.9 ci-après.

Si la personne assurée veut adhérer au dépôt direct et qu'elle n'a pas accès à Internet, ou si elle a besoin d'assistance, elle peut contacter le Service à la clientèle de SSQ aux numéros indiqués à l'endos de la présente brochure.

5.3.1 Particularités à certaines garanties

Pour les garanties de soins infirmiers, soins à domicile et maison de convalescence, certaines particularités s'appliquent. La personne adhérente peut se référer au tableau ci-après pour connaître les documents requis et formulaires prévus à cet effet lors de la présentation d'une demande pour que les montants d'indemnité soient remboursables :

Garantie	Formulaire	Facture requise
Soins infirmiers	Oui	Oui
Soins à domicile :		
-Soins infimiers	Oui	Non
-Services d'aide à domicile	Oui	Non
-Transport aller et retour	Oui	Oui
Maison de convalescence	Oui	Oui

5.4 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident du travail ou d'automobile

Dans le cas d'un accident du travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Ces comptes doivent donc être présentés à la CSST ou la SAAQ et non à SSQ.

5.5 Assurance vie

Les formulaires de demandes de prestations d'assurance sur la vie s'obtiennent directement de SSQ. Cette demande doit être produite dans les 90 jours suivant l'événement.

5.6 Assurance voyage avec assistance

a) Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de la garantie d'assurance voyage avec assistance ne sont remboursés qu'après que les organismes gouvernementaux ont terminé l'étude de la demande et versé des prestations, le cas échéant.

b) Toute demande de prestations liée à d'autres frais admissibles en vertu de cette garantie peut être présentée directement à SSQ, accompagnée de pièces justificatives satisfaisantes (factures, reçus, ordonnances, etc.). Dans tous les cas, la demande doit être présentée à l'intérieur du délai de 12 mois prévu à 5.3.

5.7 Assurance annulation de voyage

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

a) Les titres de transport inutilisés;

b) Les reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;

c) les reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à SSQ;

d) un document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est consécutive à des raisons de santé, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par une ou un médecin habilité à le faire et pratiquant dans la localité où est survenu la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;

e) un rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la route ou la fermeture d'urgence d'une route;

f) un rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;

g) une 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 SSQ permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

Dans tous les cas, la demande de prestations doit être présentée à l'intérieur du délai de 12 mois prévu à 5.3.

5.8 Où envoyer une demande de prestations

La personne adhérente doit indiquer son numéro de contrat sur toute demande de prestations ou toute autre correspondance qu'elle fait parvenir à SSQ à l'adresse suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1V 4H6

5.9 Services Internet de SSQ

ACCÈS | assurés

Cet outil électronique permet aux personnes assurées d'accéder en tout temps à leur dossier d'assurance. Voici quelques-unes des opérations qu'elles peuvent y effectuer de façon rapide, confidentielle et sécurisée :

- faire une demande de prestations en ligne (pour certains frais seulement);
- adhérer au dépôt direct de leurs prestations d'assurance maladie;

- consulter en ligne leur relevé électronique de prestations;
- imprimer un formulaire personnalisé de demande de prestations d'assurance maladie;
- commander un relevé de prestations d'assurance maladie pour fins d'impôt;
- imprimer une carte SSQ temporaire, si elles ont perdu ou oublié la leur;
- effectuer un changement d'adresse;
- imprimer le formulaire pour les médicaments d'exception;
- effectuer une déclaration de fréquentation scolaire;
- vérifier ou modifier le nom du bénéficiaire de leur assurance vie;
- visualiser les garanties figurant à leur dossier d'assurance;
- connaître le solde de leur compteur pour les garanties concernées.

Pour s'inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages qu'offrent les services Internet de SSQ, les personnes assurées n'ont qu'à se rendre sur le site de SSQ au ssq.ca. Ensuite, elles doivent cliquer sur le lien **ACCÈS | assurés** dans la section réservée à l'assurance collective. Des directives en ligne les guideront dans leur processus d'inscription.

Si elle a besoin d'assistance, la personne assurée peut communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

5.10 Services mobiles de SSQ

La personne assurée qui utilise un appareil mobile peut télécharger gratuitement l'application SSQ Services mobiles. Elle peut ainsi :

- faire une réclamation d'assurance collective;
- consulter l'historique de ses derniers paiements;
- obtenir une version électronique de sa carte SSQ;
- communiquer avec le service à la clientèle.

Pour plus de renseignements sur les services mobiles de SSQ, la personne assurée n'a qu'à se rendre sur le site de SSQ au ssq.ca.

5.11 Dossier et renseignements personnels

Avis de constitution d'un dossier

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements concernant les personnes qu'elle assure, SSQ, Société d'assurance-vie inc. constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant leur demande d'adhésion ainsi que les renseignements concernant leurs demandes de prestations.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion du contrat, des enquêtes, de la sélection des risques et du traitement des demandes de prestations, ainsi que les réassureurs et toute autre personne que la personne adhérente aura autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525, boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

Mandataires et fournisseurs de services

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

En adhérant à un régime d'assurance collective, de même que lorsqu'une personne fait une demande de prestations, elle consent à ce que l'assureur et ses mandataires et fournisseurs de services utilisent les renseignements personnels dont ils disposent à son égard aux fins décrites ci-dessus. Il est entendu que l'absence de consentement compromet la gestion de l'assurance et la qualité des services que SSQ peut offrir.

Pour plus d'information, l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels peut être consulté sur le site de SSQ au ssq.ca.

POUR NOUS JOINDRE

Pour toute information complémentaire,
nous vous invitons à communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ,
du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30,
à l'un des numéros suivants :

Région de Québec : 418 651-6962
Autres régions : 1 888 833-6962

accès

Découvrez nos services en ligne en vous inscrivant
dès aujourd'hui au site ***ACCÈS | assurés****.*

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

ssq.ca

SSQ Groupe financier

FSC Sources mixtes
Cert no.
©1996 Forest Stewardship Council
ÉPREUVE

BV3420F (2015-06)