



**VOTRE RÉGIME
D'ASSURANCE COLLECTIVE
YZ RETRAITÉS**



Contrat Y9999-R

Retraités du personnel d'encadrement
des secteurs public et parapublic du Québec

Janvier 2013

COMITÉ CONSULTATIF DES RETRAITÉS

Le comité consultatif des retraités (CCR), en collaboration avec SSQ, Société d'assurance-vie inc., a le plaisir de vous présenter cette brochure qui décrit l'essentiel des garanties dont vous font bénéficier les régimes d'assurance collective des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec.

Nous vous invitons à lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour mieux connaître les avantages auxquels vous avez droit et à contacter le Service à la clientèle de SSQ aux coordonnées indiquées sur la couverture extérieure pour toute question relative à vos assurances.

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

COMPOSITION DU CCR

REPRÉSENTANTS DU GOUVERNEMENT
Coprésident du Comité paritaire intersectoriel (CPI)
Actuaire
Secrétaire du comité

REPRÉSENTANTS DES ASSOCIATIONS DE CADRES
Un représentant de chacun des regroupements de cadres
(CERA et RACAR) dont un assure la coprésidence du CPI.

REPRÉSENTANTS DES RETRAITÉS
Éducation : 2 représentants
Fonction publique : 2 représentants
Santé et Services sociaux : 4 représentants

QUELQUES RÈGLES DE FONCTIONNEMENT

Un retraité membre du CCR, désigné comme porte-parole par les retraités membres du comité, assure la présidence.

Un retraité membre du CCR, désigné par les retraités membres du comité, siège au CPI.

Le mandat des retraités membres du CCR est d'une durée de 2 ans, renouvelable.

POUR JOINDRE LES MEMBRES DU CCR

Site Internet : www.ccr-quebec.com
Téléphone : 1 888 777-5546

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

This booklet is available in English.

Magasinez le prix de vos médicaments!

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

Conseil de votre comité

TABLE DES MATIÈRES

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'ŒIL	i
ACTIONS À PRENDRE	1
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	2
1.1 Admissibilité	2
1.2 Prise d'effet	3
1.3 Quels régimes peut-on ou doit-on choisir à la retraite?	6
1.4 Assurés	6
1.5 Bénéficiaire.....	8
1.6 Quels sont les statuts de protection disponibles?	9
1.7 Exemption et terminaison d'exemption	9
1.8 Changement de statut de protection en cours d'assurance	11
1.9 Est-il possible de changer de régime d'assurance accident maladie (entre la base et l'enrichi) en cours d'assurance?	12
1.10 Frais admissibles, remboursement et franchise	12
1.11 Admissibilité du conjoint survivant aux régimes détenus par l'adhérent retraité	14
2. LE RÉGIME D'ASSURANCE	
ACCIDENT MALADIE DE BASE.....	16
2.1 Frais hospitaliers.....	16
2.2 Frais de médicaments et frais paramédicaux	16
2.3 Exclusions et limitations applicables à l'assurance accident maladie de base	19
3. LE RÉGIME D'ASSURANCE	
ACCIDENT MALADIE ENRICHI	20
3.1 Frais hospitaliers.....	20
3.2 Frais de médicaments et frais paramédicaux	20
3.3 Exclusions et limitations applicables aux régimes d'assurance accident maladie de base et enrichi	32
3.4 Assurance voyage.....	34
3.5 Assistance voyage.....	37

3.6	Assurance annulation voyage	39
3.7	Exclusions, limitations et coordination	45
4.	LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE	49
4.1	Assurance vie de l'adhérent	49
4.2	Assurance vie du conjoint et des enfants à charge ..	49
4.3	Assurance vie additionnelle du conjoint	50
5.	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS	51
5.1	Frais hospitaliers	51
5.2	Frais de médicaments	51
5.3	Autres frais d'assurance accident maladie	54
5.4	Assurance vie de l'adhérent, de son conjoint et des enfants à charge	55
5.5	Assurance voyage et assurance annulation voyage (régime enrichi)	55
5.6	Dossier et renseignements personnels	56
5.7	Services Internet SSQ	57
	CONSEILS D'AMI	59
	TARIFICATION.....	61
	FORMULAIRE D'ADHÉSION OU DE CHANGEMENT.....	63

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'ŒIL

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise	Pourcentage de remboursement
Frais hospitaliers au Québec	Chambre semi-privée jusqu'à un maximum de 90 jours / année civile / assuré	NON	Aucune	100 %
Médicaments	Disponibles sur ordonnance, selon la liste RAMQ	OUI		
Soins à domicile :	Dans les 30 jours d'une hospitalisation			
- Soins infirmiers	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI		
- Frais de transport	Frais admissibles de 30 \$ / maximum de 3 déplacements / semaine	OUI		
- Maison de convalescence	Frais admissibles de 125 \$ / jour / assuré	OUI	Individuelle : 50 \$ Monoparentale : 65 \$ Familiale : 100 \$	75 % sur les premiers 2 700 \$, 100 % sur l'excédent, après application de la franchise
- Aide à domicile	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI		
Infirmier	Frais admissibles de 300 \$ / jour / assuré Remboursement maximum de 10 000 \$ / année civile / assuré	OUI		
Injections sclérosantes (substance)	Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré	NON		
Ambulance	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	NON		
Vaccins	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / assuré	NON		

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHİ

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise	Pourcentage de remboursement
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / assuré	OUI		
Assurance annulation voyage	Remboursement maximum 5 000 \$ / voyage / assuré, avec justification reconnue par SSQ	S/O	Aucune	100 %
Frais hospitaliers au Québec	Chambre semi-privée sans limite de jours	NON		
Médicaments	Disponibles sur ordonnance	OUI		
Soins à domicile :	Dans les 30 jours d'une hospitalisation			
- Soins infirmiers	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI	Individuelle : 50 \$	80 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent, après application de la franchise
- Frais de transport	Frais admissibles de 30 \$ / maximum de 3 déplacements / semaine	OUI	Monoparentale : 65 \$	
- Maison de convalescence	Frais admissibles de 125 \$ / jour / assuré	OUI	Familiale : 100 \$	
- Aide à domicile	Frais admissibles de 60 \$ / jour / assuré	OUI		
Fauteuil roulant - lit d'hôpital	Usage temporaire seulement	OUI		

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHICI (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise	Pourcentage de remboursement
Membres artificiels et prothèses externes	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI		
Bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante Pour les orthèses plantaires, la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied	OUI		
Appareils thérapeutiques incluant le neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois pour le neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	OUI	(voir page précédente)	(voir page précédente)
Pompe à insuline	Achat de pompe : Remboursement maximum de 7 500 \$ / 60 mois / assuré Frais d'entretien (tubulures et cathéters) : Remboursement maximum de 4 000 \$ / année civile / assuré	OUI		

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHICI (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise	Pourcentage de remboursement
Prothèse capillaire (à la suite d'une chimiothérapie)	Remboursement maximum de 500 \$ / 48 mois / assuré	OUI		
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI		
Electrocardiogrammes, radiographies (incluant scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI	(voir page précédente)	(voir page précédente)
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	OUI		
Appareils auditifs	Frais admissibles de 1 000 \$ / 48 mois / assuré	NON		
Infirmier	Frais admissibles de 300 \$ / jour, remboursement maximum de 10 000 \$ / année civile / assuré	OUI		
Chirurgie esthétique	À la suite d'un accident	OUI		

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHİ (suite)

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Franchise	Pourcentage de remboursement
Bas de contention	De 21 mm de Hg ou plus, 3 paires / année civile / assuré	OUI		
Injections sclérosantes (substance)	Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré	NON		
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident	NON		
Ambulance	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	NON	(voir page précédente)	(voir page précédente)
Vaccins	Frais admissibles de 200 \$ / année civile / assuré	NON		
Transport et hébergement au Québec	Remboursement maximum de 1 000 \$ / année civile / assuré	OUI		
Cure de désintoxication	Frais admissibles de 50 \$ / jour, maximum 30 jours / année civile / assuré, dans un établissement reconnu	OUI		

RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHİ (suite)

Regroupement	Frais admissibles par traitement	Remboursement maximum par année civile, par assuré et par regroupement	Franchise	Pourcentage de remboursement
Diététiste	30 \$ / 1 ^{er} , 25 \$ / suivants	500 \$		
Naturopathe	25 \$			
Homéopathe	25 \$	750 \$	(voir page précédente)	(voir page précédente)
Phytothérapeute	25 \$			
Acupuncteur	25 \$			
Ostéopathe	25 \$			
Kinésithérapeute	25 \$			
Orthothérapeute	25 \$			
Massothérapeute	25 \$			
Chiropraticien*	25 \$			
Physiothérapeute	25 \$			
Audiologiste	25 \$			
Audioprothésiste	25 \$			
Ergothérapeute	25 \$			
Orthophoniste	25 \$			
Podiatre	25 \$			
Psychiatre	Selon les normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante	500 \$		Tel qu'indiqué ci-haut, mais à 50 % au lieu de 80 %
Psychanalyste				
Psychologue				
Travailleur social				
Thérapeute conjugal et familial				

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

* Les frais pour les radiographies chez un chiropraticien sont limités à 50 \$/ année et sont sujets au remboursement maximum, par année civile, par assuré de 750 \$.

RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE

Garantie	Capital assuré
- Assurance vie de l'adhérent retraité :	- 150 %, 125 %, 100 %, 75 %, 50 % ou 25 % du traitement de l'adhérent immédiatement avant la retraite
- Assurance vie du conjoint :	- 10 000 \$, 5 000 \$ ou 2 000 \$
- Assurance vie des enfants à charge :	- 10 000 \$
- Assurance vie additionnelle du conjoint :	- 5 000 \$ / enfant
- Assurance vie additionnelle du conjoint :	- de 1 à 5 tranches de 10 000 \$

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

ACTIONS À PRENDRE

Nous vous demandons d'apporter une attention particulière quant aux actions à prendre lors des situations suivantes :

Les numéros de section ou de point mentionnés pour chacune de ces situations vous renvoient aux explications détaillées.

- lors de la prise de retraite (*section 1. Renseignements généraux*);
- lors d'un changement de statut de protection (*point 1.8*);
- lors du changement du régime d'assurance accident maladie enrichi au régime de base (*point 1.9*);
- si vous avez des enfants à charge de plus de 18 ans encore aux études (*point 1.4.2*);
- lors d'une exemption de participation et de la terminaison d'une exemption (*point 1.7*);
- si vous voulez exercer un droit de transformation en assurance vie (*point 4.1*);
- si vous atteignez l'âge de 65 ans (*points 1.1.2 b) et 1.2.1 c)*);
- lors d'une autorisation préalable requise en vertu des garanties d'assurance voyage et d'assurance annulation voyage (*point 3.5*).

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Veillez lire attentivement l'information contenue dans cette brochure pour connaître les avantages auxquels vous avez droit. Dans le présent document, la forme masculine désigne tant les femmes que les hommes.

1.1 ADMISSIBILITÉ

1.1.1 Adhérent

Sont couverts par le présent régime ceux qui participent déjà au régime; sont aussi admissibles ceux qui devraient participer au régime des retraités.

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

La personne retraitée qui est nommée à un poste de cadre ou qui occupe temporairement des fonctions de cadre, alors qu'elle participe au régime d'assurance collective des retraités ou reçoit une rente de retraite administrée par la CARRA (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)), continue de participer au régime des retraités.

Les directeurs et les directeurs adjoints qui sont membres de la Fédération québécoise des directeurs et directrices d'établissement d'enseignement (FQDE) bénéficient pour leur part du régime d'assurance à l'intention des membres retraités de cette Fédération et ne sont donc pas admissibles au présent régime.

1.1.2 Particularités découlant de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec

a) Retraité de moins de 65 ans

En vertu de la Loi, toute personne âgée de moins de 65 ans qui devient admissible ou qui participe déjà

au présent régime d'assurance accident maladie est **obligée** d'y participer et d'assurer, s'il y a lieu, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle (sous réserve du droit d'exemption décrit *au point 1.7*).

b) Retraité de 65 ans ou plus :

En vertu de la Loi, toute personne âgée de 65 ans ou plus qui devient admissible ou toute personne qui participe déjà au présent régime d'assurance accident maladie et qui atteint l'âge de 65 ans, est inscrite automatiquement au Régime public d'assurance médicaments (RPAM) et doit choisir l'une des options suivantes :

- se désengager de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et s'assurer entièrement (incluant les médicaments) dans le présent régime d'assurance accident maladie pour elle-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle **en assumant la surprime requise**;
- s'assurer à la RAMQ pour les médicaments pour elle-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et conserver les autres garanties d'assurance accident maladie dans le présent régime;
- s'assurer seulement à la RAMQ pour les médicaments pour elle-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle et ne plus participer au présent régime.

La personne âgée de 65 ans ou plus qui s'inscrit à la RAMQ pour les médicaments, ne peut plus revenir dans le régime SSQ pour les médicaments. Son choix est **irrévocable**.

1.2 PRISE D'EFFET

1.2.1 Début de l'assurance

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

a) Régime d'assurance vie

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

LE RETRAITÉ QUI NE TRANSMET PAS À L'ASSUREUR SA DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE VIE DES RETRAITÉS AU COURS DES 90 JOURS QUI SUIVENT LA DATE DE SON ADMISSIBILITÉ NE PEUT PLUS ADHÉRER À CE RÉGIME PAR LA SUITE.
--

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

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

Si la demande d'adhésion **parvient** à l'Assureur **au-delà** de ce délai, la protection d'assurance accident maladie de base ainsi que le paiement des primes sont rétroactifs à la date de son admissibilité sans jamais dépasser 12 mois. Les prestations pour cette période, sans jamais dépasser 12 mois, sont aussi remboursées rétroactivement. Le retraité de moins de 65 ans qui ne transmet pas à l'Assureur sa demande d'adhésion au régime d'assurance accident maladie des retraités au cours des 90 jours qui suivent la date de son admissibilité, ne peut plus adhérer au régime d'assurance accident maladie enrichi par la suite. Le régime d'assurance accident maladie de base demeure cependant accessible selon les modalités prévues précédemment.

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

est obligatoire en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

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

Lorsqu'une personne âgée de 65 ans ou plus devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit confirmer sa participation à SSQ au cours des 90 jours qui suivent cette date en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure.

LE RETRAITÉ DE 65 ANS OU PLUS QUI NE TRANSMET PAS À L'ASSUREUR SA DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DES RETRAITÉS AU COURS DES 90 JOURS QUI SUIVENT LA DATE DE SON ADMISSIBILITÉ NE PEUT PLUS ADHÉRER À CE RÉGIME PAR LA SUITE.

La demande d'adhésion à la fin de la brochure doit être retournée à l'adresse suivante :

SSQ

Case postale 10500, succ. Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

Il est suggéré de faire parvenir la demande d'adhésion aux régimes au moment où les arrangements en vue de la retraite sont pris avec l'employeur.

Le coût de ces régimes est entièrement à la charge du retraité. Pour les retraités dont la rente est versée par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance (CARRA), la prime est retenue à la source.

1.2.2 Fin de l'assurance

Pour tout adhérent, l'assurance prend fin à la première des dates suivantes :

- à la date de cessation du paiement des primes;
- à la date d'annulation du régime.

1.3 QUELS RÉGIMES PEUT-ON OU DOIT-ON CHOISIR À LA RETRAITE?

1.3.1 Retraité âgé de moins de 65 ans

- a) vous devez choisir un régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi) à moins d'être exempté (*point 1.7.1*);
- b) vous pouvez, en plus, choisir le régime d'assurance vie (*section 4*).

1.3.2 Retraité âgé de 65 ans ou plus

- a) vous pouvez choisir les régimes d'assurance vie et d'assurance accident maladie (de base ou enrichi); ou
- b) uniquement le régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi); ou
- c) uniquement le régime d'assurance vie; ou
- d) aucun régime.

1.4 ASSURÉS

Dans le présent document, les personnes assurées sont l'adhérent lui-même et, s'il y a lieu, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

1.4.1 Conjoint

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

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

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

1.4.2 **Enfant à charge**

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

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

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

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

La Loi sur l'assurance médicaments du Québec **oblige** l'un ou l'autre des parents qui a accès à un régime collectif à protéger son enfant, et ce, indépendamment du fait, comme dans un cas de divorce, qu'il en ait ou non la garde légale. Si les deux parents sont admissibles à un régime d'assurance collective, ils devront prendre entente entre eux.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux fins des régimes d'assurance accident maladie de base et enrichi et d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant

à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à l'Assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- la demande devra indiquer la date du début du congé sabbatique et sa durée;
- le congé sabbatique ne sera accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge;
- le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la RAMQ, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier);
- les frais admissibles ne peuvent excéder 1 000 000 \$ à l'égard d'un tel congé.

1.4.3 Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle

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

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

1.5 BÉNÉFICIAIRE

Le bénéficiaire est la personne désignée par l'adhérent, à qui est versée la somme assurée payable au décès de l'adhérent (en l'absence d'un bénéficiaire désigné, la somme assurée est payable à la succession de l'adhérent).

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

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

1.6 QUELS SONT LES STATUTS DE PROTECTION DISPONIBLES?

Lors de son adhésion au régime d'assurance accident maladie offert aux retraités, le retraité peut choisir l'un ou l'autre des statuts de protection suivants, et ce, indépendamment du statut de protection qu'il détenait lorsqu'il participait aux régimes d'assurance accident maladie du personnel d'encadrement. Toutefois, en vertu de la Loi, l'adhérent est tenu de protéger, en assurance accident maladie, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'ils ne sont pas protégés par un autre régime d'assurance collective.

- Statut de protection individuel : protège l'adhérent seulement;
- Statut de protection monoparental : protège l'adhérent, ses enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle;
- Statut de protection familial (incluant couple) : protège l'adhérent et son conjoint, et, s'il y a lieu, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

La nouvelle personne retraitée doit indiquer son choix (statut de protection individuel, monoparental, familial (incluant couple) ou droit d'exemption) sur la demande d'adhésion disponible à la fin de cette brochure.

1.7 EXEMPTION ET TERMINAISON D'EXEMPTION

1.7.1 Droit d'exemption

L'objectif de cette disposition est de permettre à l'adhérent de conserver son privilège de participer ultérieurement au régime d'assurance accident maladie s'il est protégé par un contrat similaire. Ce droit d'exemption se définit comme suit :

« *Un retraité admissible au régime d'assurance accident maladie*

des retraités ou un adhérent retraité peut refuser ou cesser de participer au régime d'assurance accident maladie en démontrant à SSQ qu'il est assuré lui-même ou par son conjoint en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires à celles prévues par le présent régime. »

Un retraité a droit à l'exemption en assurance accident maladie dans les trois (3) situations suivantes :

- a) il participe au régime collectif de son conjoint;
- b) il occupe à nouveau un emploi et il est protégé par un régime collectif offert par son employeur;
- c) il participe au régime collectif de son association professionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

L'adhérent retraité **doit obligatoirement** remplir une demande d'adhésion et indiquer son choix de régime (base ou enrichi) avant de se prévaloir du droit d'exemption. La prise d'effet a lieu à la date de la demande. Il est suggéré d'en conserver une copie.

1.7.2 Terminaison d'exemption

a) Retraité de moins de 65 ans

Dans le cas d'un retraité qui s'était prévalu du droit d'exemption et qui n'est plus admissible au régime lui ayant permis de se prévaloir de son droit d'exemption, il doit présenter à SSQ une nouvelle demande d'adhésion **dans les 30 jours** de la date de la cessation de l'assurance. Il peut, à l'intérieur de ce délai, opter pour le statut de protection individuel, monoparental ou familial (incluant couple) correspondant à sa situation personnelle.

Dans ce cas, la protection demandée entre en vigueur à la date de cessation de l'assurance et la prime pour cette protection prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette date.

En assurance accident maladie, pour l'adhérent de moins de 65 ans, si la demande d'adhésion parvient à l'Assureur **au-delà du délai de 30 jours**, la protection et la prime prennent effet rétroactivement à la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, la rétroactivité n'excédera jamais 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période seront admissibles à un remboursement.

b) Retraité de 65 ans ou plus

Dans le cas d'un retraité exempté qui désire participer au régime d'assurance accident maladie, il doit présenter à SSQ une demande d'adhésion **dans les 30 jours** de la date de la cessation de l'assurance lui ayant permis d'être exempté.

1.8 CHANGEMENT DE STATUT DE PROTECTION EN COURS D'ASSURANCE

1.8.1 Augmentation de protection

Un adhérent peut augmenter son statut de protection en modifiant sa protection **individuelle** en protection **monoparentale** ou **familiale** (incluant couple), ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **familiale** (incluant couple), à la condition que la demande de changement soit effectuée **dans les 30 jours** qui suivent la date :

- à laquelle des personnes deviennent à sa charge;
- à laquelle son conjoint ou leurs enfants à charge cessent d'être protégés par un contrat d'assurance collective.

Le statut de protection familial (incluant couple) ou monoparental prend effet à la date de la demande et la prime pour le nouveau statut de protection prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette modification.

Pour un adhérent de **moins de 65 ans**, si la demande de changement de protection est reçue par SSQ **plus de 30 jours** après l'un des événements mentionnés ci-haut, le statut de protection et la prime prennent effet rétroactivement à la date où un des deux événements ci-dessus se produit.

Toutefois, la rétroactivité n'excédera jamais 12 mois. Les demandes de prestations pour cette période seront admissibles à un remboursement.

1.8.2 Réduction de la protection

Un adhérent peut réduire son statut de protection en modifiant sa protection **familiale** (incluant couple) en protection **monoparentale** ou **individuelle**, ou en modifiant sa protection **monoparentale** en protection **individuelle**.

Toutefois, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec, l'**adhérent de moins de 65 ans** doit protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour la garantie de médicaments. La protection détenue par l'adhérent doit être conforme à l'exigence de cette loi en cette matière.

Une demande de réduction de protection peut être faite en tout temps **en avisant SSQ par écrit**. Le statut de protection demandé prend effet à la date de la demande et la prime ajustée est payable à compter du 1^{er} jour du mois qui suit cette modification.

1.9 EST-IL POSSIBLE DE CHANGER DE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE (ENTRE LA BASE ET L'ENRICHÉ) EN COURS D'ASSURANCE?

Un adhérent assuré dans le régime de base ne peut pas adhérer au régime enrichi. Ce choix est **irrévocable**.

Un adhérent assuré dans le régime enrichi peut, en tout temps, diminuer sa protection d'assurance accident maladie en choisissant le régime d'assurance accident maladie de base. Toutefois, ce choix est **irrévocable** : une fois que l'adhérent est assuré dans le régime de base, **il ne peut plus** adhérer au régime enrichi.

Ce changement de régime qui affecte l'étendue des protections entre en vigueur à la date de la demande et la prime pour le régime d'assurance accident maladie de base prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette demande.

L'adhérent doit indiquer son choix de régime d'assurance accident maladie sur la demande d'adhésion ou de changement à la fin de cette brochure.

1.10 FRAIS ADMISSIBLES, REMBOURSEMENT ET FRANCHISE

Lorsque, dans la description d'une garantie, l'expression « frais admissibles » est utilisée, elle correspond au

montant maximum accepté par l'Assureur et est **toujours** multiplié par le pourcentage de coassurance pour établir le remboursement.

Relativement au remboursement maximum par année civile, il correspond à la somme maximale des remboursements effectués par SSQ entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre d'une même année.

La franchise, quant à elle, est la partie des frais admissibles que l'adhérent doit assumer avant que le pourcentage de la coassurance ne s'applique pour le remboursement des prestations.

EXEMPLE : Frais pour le groupe acupuncteur, ostéopathe, kinésithérapeute, orthothérapeute, massothérapeute, chiropraticien et physiothérapeute

a) Première demande de prestations :

5 factures de physiothérapeute de 50 \$ = 250 \$

Les frais admissibles sont limités à 25 \$ par traitement, le remboursement maximum par année civile, pour l'ensemble des professionnels de ce regroupement est de 750 \$ et la franchise est de 50 \$ pour un statut de protection individuel par année civile.

Dans ce cas, le montant présenté par facture (50 \$) est ramené à 25 \$. Le montant total de frais admissibles pour cette réclamation est donc de $5 \times 25 \$ = 125 \$$. De ce montant, on soustrait les 50 \$ de franchise : $125 \$ \text{ (facture)} - 50 \$ \text{ (franchise)} = 75 \$$. Ce montant est remboursé à 80%, soit 60 \$.

b) Deuxième demande de prestations :

1 facture de chiropraticien de 50 \$

La franchise a été payée pour l'année civile (voir a). Le montant présenté de 50 \$ est ramené à 25 \$ (frais admissibles) et ce montant est remboursé à 80 %, soit 20 \$.

**c) Dernière demande de prestations de l'année :
1 facture de massothérapeute de 60 \$**

La franchise a été payée pour l'année civile (voir a). Le montant présenté de 60 \$ est ramené à 25 \$ (frais admissibles), après application de la coassurance de 80 %, le remboursement devrait être de 20 \$. Cependant, les remboursements effectués sont cumulés, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre, jusqu'à un remboursement maximum de 750 \$ pour l'ensemble de ce regroupement de professionnels. Ainsi, le remboursement pour cette réclamation sera limité à 10 \$.

1.11 ADMISSIBILITÉ DU CONJOINT SURVIVANT AUX RÉGIMES DÉTENU PAR L'ADHÉRENT RETRAITÉ

Si, au moment de son décès, l'adhérent retraité participe au(x) régime(s) suivant(s) :

1.11.1 Régime d'assurance accident maladie en vertu d'un statut de protection familial (incluant couple)

a) Adhérent retraité âgé de moins de 65 ans au décès

Lors du décès de l'adhérent, le conjoint survivant (leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu) a l'obligation d'adhérer à la RAMQ pour la garantie de médicaments, indépendamment de son âge, à condition qu'il ne soit pas admissible à un régime d'assurance collective.

Après vérification de ses obligations, si le conjoint survivant doit adhérer à la RAMQ, il peut, pour les autres garanties du régime d'assurance accident maladie, exercer un droit de transformation par le biais du régime individuel d'assurance maladie « Privilège » offert par SSQ. Pour ce faire, une demande écrite à cet effet doit être reçue par SSQ **dans les 90 jours** qui suivent la date du décès de l'adhérent.

b) Adhérent retraité âgé de 65 ans ou plus au décès

Les modalités mentionnées précédemment s'appliquent.

Toutefois, **si le conjoint est également âgé de 65 ans ou plus** au moment du décès de l'adhérent et que

ce dernier était assuré le jour précédent son décès pour les garanties autres que les médicaments de la liste RAMQ, son conjoint (leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu) peut maintenir ces garanties. Pour ce faire, une demande écrite à cet effet doit être reçue par SSQ **dans les 90 jours** qui suivent la date du décès de l'adhérent. Le conjoint est alors considéré comme l'adhérent au régime et doit acquitter la prime.

1.11.2 Régime d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge

La protection d'assurance vie du conjoint demeure automatiquement en vigueur. La prime est alors calculée selon les taux de la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint. Si le conjoint le désire, il peut maintenir également la protection d'assurance vie des enfants à charge prévue au contrat. Il doit, cependant, en faire la demande à SSQ dans les 31 jours suivant le décès.

1.11.3 Régime d'assurance vie additionnelle du conjoint

La protection se poursuit automatiquement avec paiement des primes.

Dans les trois (3) cas précédents, le conjoint devient l'adhérent.

2. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE

2.1 FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 % du coût d'une chambre semi-privée** sous réserve de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un adhérent engage au Québec, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais hospitaliers par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse. La durée maximale d'hospitalisation est de 90 jours par année civile, par assuré.

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

2.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 75 % ou à 100 %, s'il y a lieu)

Franchise

Une franchise annuelle est applicable par certificat. Les premiers 50 \$ dans le cas d'un statut de protection individuel, 65 \$ dans le cas d'un statut de protection monoparental et 100 \$ dans le cas d'un statut de protection familial (incluant couple) des frais admissibles de chaque année civile sont à la charge de l'adhérent. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par l'adhérent, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne ayant une déficience fonctionnelle, le cas échéant.

Coassurance

Sous réserve de la Loi sur l'assurance médicaments et de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un participant engage pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées des frais à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une complication grave d'une grossesse, il a droit au remboursement de 75 % des premiers 2 700 \$ de frais admissibles déboursés décrits ci-après (excluant la chambre d'hôpital) et de 100 % de l'excédent de 2 700 \$ par année civile.

Frais admissibles

Les frais admissibles comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de l'assuré :

- 2.2.1** Les frais d'achat de **médicaments** prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie.

Les médicaments visés par la présente clause sont limités à ceux prévus sous le Régime général d'assurance médicaments et selon les conditions qui y sont déterminées.

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

La contribution du patient exigée pour un assuré couvert sous le Régime public d'assurance médicaments administré par la RAMQ n'est pas couverte par la présente clause.

Les prestations sont payables à l'adhérent sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés par l'assuré.

Système de remboursement direct des frais de médicaments

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

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

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 5. Comment faire une demande de prestations.*

Médicaments d'exception

Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ, ne sont toutefois couverts que s'ils répondent aux conditions et aux indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments. Ces médicaments requièrent une **autorisation préalable de l'Assureur** par écrit ou par téléphone pour que ce dernier en assume le coût pour le compte de l'assuré. Dans un tel cas, le médecin traitant de l'assuré transmet à SSQ les formulaires prévus à cet effet.

Médicaments hors Québec

Les frais de médicaments engagés à l'extérieur du Québec, pour des médicaments autrement payables par la Régie de l'assurance maladie du Québec en vertu du Régime général d'assurance médicaments s'ils avaient été achetés au Québec, sont couverts par la présente clause jusqu'à concurrence de ce qui aurait été remboursé par l'Assureur s'ils avaient été engagés au Québec.

- 2.2.2 Les frais admissibles pour la **substance utilisée** dans le cas **d'injections sclérosantes**, limités à un maximum de 20 \$ par séance de traitement (maximum d'un (1) traitement par jour). L'acte médical n'est pas couvert.

Les frais admissibles mentionnés **aux paragraphes 2.2.3 à 2.2.4 inclusivement** doivent être prescrits par un médecin.

- 2.2.3 Les frais déboursés pour des **soins à domicile**, incluant les soins infirmiers, les services d'aide à domicile, les frais de transport et la maison de convalescence. Pour plus de détails, nous vous référons *au point 3.2.2*.
- 2.2.4 Les **services professionnels d'un infirmier** licencié ou d'un infirmier auxiliaire **aux soins exclusifs du patient**, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez l'adhérent ou qui fait partie de sa famille, pourvu que ces services soient rendus à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par assuré, par année civile.

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

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

2.2.6 Les frais déboursés pour la substance utilisée pour **des vaccins curatifs ou préventifs**, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile.

2.3 EXCLUSIONS ET LIMITATIONS APPLICABLES À L'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE

Pour la description des exclusions et des limitations à l'assurance accident maladie de base, veuillez vous référer *au point 3.3*.

3. LE RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE ENRICHIS

3.1 FRAIS HOSPITALIERS (remboursés à 100 %)

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

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

3.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS ET FRAIS PARAMÉDICAUX (remboursés à 80 % ou à 100 %, s'il y a lieu)

Franchise

Une **franchise annuelle** est applicable par certificat. Les premiers 50 \$ dans le cas d'un statut de protection individuel, 65 \$ dans le cas d'un statut de protection monoparental et 100 \$ dans le cas d'un statut de protection familial (incluant couple) des frais admissibles de chaque année civile sont à la charge de l'adhérent. C'est une franchise unique, applicable aux frais déboursés à la fois par l'adhérent, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, le cas échéant.

Coassurance

Sous réserve de la Loi sur l'assurance médicaments et de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un participant engage pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées des frais à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse ou d'une complication grave d'une grossesse, il a droit au remboursement de 80 % des premiers 3 000 \$ des frais admissibles déboursés décrits

ci-après (excluant la chambre d'hôpital, l'assurance voyage et l'assurance annulation voyage) et de 100 % de l'excédent de 3 000 \$ par année civile.

Frais admissibles

Les frais admissibles comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de l'assuré :

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

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant.

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

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

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical.

Les frais admissibles pour la substance utilisée dans le cas **d'injections sclérosantes** sont limités à un maximum de 20 \$ par séance de traitement (maximum d'un (1) traitement par jour). L'acte médical n'est pas couvert.

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

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

Système de remboursement direct des frais de médicaments

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

Par exemple, pour des frais de médicaments admissibles de 40 \$ et remboursables à 80 %, la personne assurée n'aura qu'à déboursier 8 \$ au pharmacien.

La marche à suivre pour utiliser ce service est décrite à la *section 5. Comment faire une demande de prestations.*

Exclusions aux médicaments :

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

1. produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
2. médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
3. produits homéopathiques ou dits naturels;
4. produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts sous le Régime général d'assurance médicaments;
5. suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation;

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications

thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'Assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

6. écrans solaires;
Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente clause et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits sont couverts sur présentation d'un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'Assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
7. médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
8. la contribution financière imposée aux personnes protégées par la RAMQ pour des frais de médicaments couverts par la liste RAMQ en vertu du Régime général d'assurance médicaments;
9. les produits ou médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
10. médicaments servant à traiter la dysfonction érectile, administrés uniquement par voie orale (Viagra et autres médicaments similaires).

Les frais admissibles mentionnés **aux paragraphes 3.2.2 à 3.2.14 inclusivement** et **aux paragraphes 3.2.23 et 3.2.24** doivent être prescrits par un médecin.

3.2.2 Les frais déboursés pour des soins à domicile.

Dans la présente clause, on entend par :

- « **activité quotidienne de base** » : se nourrir, se vêtir, se déplacer ou pourvoir à ses besoins élémentaires d'hygiène;
- « **fournisseur de services d'aide à domicile** » : une personne travaillant moyennant rémunération,

pour une coopérative ou une agence incorporée ou enregistrée, spécialisée en soins à domicile, un travailleur autonome recevant son contrat de ladite coopérative ou agence de même qu'un travailleur autonome seulement s'il n'y a pas d'agence ou de coopérative dans la région;

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

Les frais admissibles sont ceux déboursés par l'assuré, 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 il est incapable d'exercer ses activités quotidiennes de base :

- a) **soins infirmiers** : les honoraires d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié lorsque non dispensés par le CLSC de votre région, pour des soins infirmiers rendus au domicile de l'assuré jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. L'infirmier ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les soins infirmiers couverts comprennent entre autres :
 - l'enseignement après une intervention chirurgicale;
 - la prise de 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 et autres).
- b) **frais de transport** : les frais de transport de l'assuré pour bénéficiaire de soins médicaux ou d'un suivi médical consécutifs à l'hospitalisation ou à la chirurgie dite d'un jour, jusqu'à concurrence d'un maximum de trois (3) déplacements (aller et retour) par semaine et de frais admissibles de 30 \$ par déplacement (aller et retour).
- c) **maison de convalescence** : les frais de séjour dans une maison de convalescence contrôlée par un médecin ou

un infirmier licencié, incluant le coût de la chambre, des repas et des soins infirmiers, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 125 \$ par jour.

- d) **services d'aide à domicile** : les honoraires d'un fournisseur de services d'aide à domicile lorsque non dispensés par le CLSC de la région pour aider l'assuré à accomplir ses activités quotidiennes de base, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 60 \$ par jour. Les services doivent être rendus au domicile de l'assuré et le fournisseur de services d'aide à domicile ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ni être un membre de la famille de l'adhérent ou du conjoint. Les services couverts comprennent entre autres :
- soins personnels (aide au bain, habillage-déshabillage, hygiène générale, aide ou assistance pour manger, aide au lever-coucher, etc.);
 - ménage (entretien ménager régulier, vaisselle, lessive);
 - entretien général régulier du domicile (enlèvement de la neige, tonte de la pelouse, etc.);
 - préparation des repas;
 - accompagnement à des rendez-vous médicaux.

Limitation reliée aux soins à domicile

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

Recommandations

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

3.2.3 Selon le mode le plus économique et pour combler un besoin temporaire seulement, les frais d'achat ou de location d'un **fauteuil roulant** non motorisé ou d'un **lit d'hôpital**.

3.2.4 Les frais d'achat ou de remplacement de **membres artificiels ou d'appareils prothétiques** à l'exclusion des prothèses dentaires, lunettes et lentilles cornéennes.

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

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

3.2.6 Les frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, **d'appareils thérapeutiques**.

À titre d'exemples :

- les appareils d'aérosolthérapie, pour le traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébuliseur);

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

L'achat, la location, l'ajustement, le remplacement ou la réparation d'un **neurostimulateur percutané ou transcutané** (PENS/TENS) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 60 mois.

Exclusions aux appareils thérapeutiques

Les appareils de contrôle tels que stéthoscope, réflectomètre ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques.

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

3.2.7 Les frais couverts pour une (1) **pompe à insuline** sont l'achat de la pompe et sa réparation jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par assuré, par période de 60 mois et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par assuré, par année civile.

3.2.8 Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** devenue nécessaire à la suite d'une chimiothérapie. Le remboursement

par période de 48 mois complets et consécutifs est limité à **une seule prothèse** par assuré et à un maximum de 500 \$ par assuré.

- 3.2.9** Les frais déboursés pour l'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage ou chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ou nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont **obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé** détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique.

Sont également admissibles, les frais pour les corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées.

Les chaussures profondes, ainsi que toutes formes de sandales, ne sont pas admissibles.

- 3.2.10** Les frais déboursés pour des **électrocardiogrammes, radiographies (incluant scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire** dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada.

- 3.2.11** Les frais déboursés pour la location ou l'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire** et d'oxygène.

Les frais d'achat d'une station de remplissage de bonbonnes d'oxygène peuvent être considérés comme admissibles à un remboursement si l'adhérent démontre que les frais d'achat sont plus économiques pour le régime que le coût de remplissage des bonbonnes d'oxygène.

- 3.2.12** Les frais d'achat de **bas de contention moyenne ou forte** (21 mm de Hg ou plus), fournis et vendus dans une pharmacie ou un établissement médical, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique. Maximum de trois (3) paires par assuré, par année civile.

- 3.2.13 Les frais déboursés pour les **services professionnels d'un infirmier licencié ou d'un infirmier auxiliaire licencié**, à l'exclusion de toute personne qui réside habituellement chez l'adhérent ou qui fait partie de sa famille ou de celle de son conjoint, pourvu que ces services soient rendus à l'extérieur d'un établissement de santé ou d'une maison de convalescence, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par jour, sous réserve d'un remboursement maximum de 10 000 \$ par assuré, par année civile.
- 3.2.14 Les frais de **chirurgie esthétique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance.
- 3.2.15 Les frais déboursés pour la location, l'achat ou la réparation d'**appareils auditifs**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$, par période de 48 mois complets consécutifs pour chaque assuré.
- 3.2.16 Les honoraires d'un **diététiste**, d'un **naturopathe**, d'un **homéopathe** ou d'un **phytothérapeute** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 25 \$ pour chaque consultation (30 \$ pour la première consultation d'un diététiste), sous réserve d'un remboursement global, pour l'ensemble de ces spécialités de 500 \$ par assuré, par année civile. Les frais admissibles ne comprennent pas les frais engagés pour des remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels et sont, par conséquent, exclus des prestations payables.
- Concernant le naturopathe (ou le naturothérapeute), les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations non reconnues par l'Assureur ne sont pas couverts.
- 3.2.17 Les honoraires professionnels d'un **chiropraticien**, d'un **physiothérapeute** ou d'un **thérapeute en réadaptation physique sous la supervision d'un physiothérapeute reconnu** ou d'un **physiatre**, d'un **ostéopathe**, d'un **acupuncteur**, d'un **kinésithérapeute** (incluant les traitements de massothérapie donnés par celui-ci), d'un **orthothérapeute** (incluant les traitements de massothérapie donnés par celui-ci) ou d'un **massothérapeute**, jusqu'à

concurrence de frais admissibles de 25 \$ par traitement ou consultation et de 50 \$ par année civile pour les radiographies requises par un chiropraticien, jusqu'à concurrence d'un remboursement global maximum de 750 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces professionnels.

Les frais admissibles ne comprennent pas les frais engagés pour des remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels, qui sont par conséquent exclus des prestations payables.

- 3.2.18** Les honoraires professionnels d'un **chirurgien-dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles**, à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance, pourvu que le traitement soit rendu dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident.

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

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

- 3.2.19** Les honoraires professionnels d'un **psychiatre, d'un psychanalyste, d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un thérapeute conjugal et familial remboursables à 50 % au lieu de 80 %**, sous réserve d'un remboursement global de 500 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes.

- 3.2.20** Les honoraires professionnels d'un **orthophoniste, d'un ergothérapeute, d'un podiatre, d'un audiologiste ou d'un audioprothésiste**, jusqu'à concurrence de 25 \$ par consultation ou traitement et sous réserve d'un remboursement maximum de 500 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialistes.

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

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

- 3.2.22** Les frais déboursés pour la substance utilisée pour **des vaccins** curatifs et préventifs, jusqu'à concurrence de 200 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile.

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

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

Les frais admissibles sont :

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

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

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

- l'événement engendrant ces frais admissibles doit être prescrit par un médecin;
- les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées;
- l'événement engendrant les frais admissibles doit nécessiter un déplacement d'au moins 200 km (aller seulement), du lieu de résidence de la personne assurée au lieu de l'événement par la route la plus directe. Le lieu de l'événement doit par ailleurs être le plus près du lieu de résidence de la personne assurée;
- pour l'hébergement et les repas, les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées et sont limités aux montants prévus dans la Directive sur les frais remboursables lors d'un

déplacement et autres frais inhérents applicables au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec;

- pour le transport en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par un assuré ainsi que par son accompagnateur.

Remarque

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

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

Les frais déboursés en dehors du Québec, autrement que dans une situation d'urgence, sont remboursés jusqu'à concurrence de ce qui aurait été remboursé par l'Assureur s'ils avaient été déboursés au Québec.

3.3 EXCLUSIONS ET LIMITATIONS APPLICABLES AUX RÉGIMES D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE DE BASE ET ENRICHIS

3.3.1 Exclusions

Aucunes prestations ne sont payables pour les frais déboursés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lesquels l'assuré a droit à une compensation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies

- professionnelles du Québec, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- du fait d'une automutilation volontaire, en quelque état mental que soit l'assuré;
 - pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus par le régime d'assurance de l'adhérent;
 - à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que l'assuré est en service actif dans les forces armées;
 - pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'adhérent;
 - pour des services médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il est admissible ou pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
 - pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
 - pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus;
 - pour l'appréciation de la vision ou pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;
 - pour les services, fournitures, examens, soins ou frais qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;

- pour tous soins ou procédés se rapportant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments.

Note : L'Assureur n'est responsable d'aucune demande de prestations qui lui est présentée plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été déboursés.

3.3.2 **Limitation reliée aux frais médicaux et paramédicaux**

Pour chacun des spécialistes admissibles en vertu de ce régime, les frais admissibles sont limités à un (1) seul traitement par jour.

3.3.3 **Coordination reliée aux frais médicaux et paramédicaux**

Si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un autre contrat individuel ou collectif, public ou privé, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat, de façon à ne pas excéder les frais engagés.

3.4 **ASSURANCE VOYAGE (frais remboursés à 100 %)**

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

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

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne 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, la maladie ou

l'affection connue avant le départ doit être sous contrôle et ne doit pas :

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

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

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

3.4.1 Les frais admissibles sont les suivants :

- les frais d'**hospitalisation** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les honoraires professionnels d'un **médecin** pour la partie qui excède les frais couverts par le régime provincial;
- les frais de transport en **ambulance** à l'hôpital le plus proche;
- les frais de **médicaments** qui exigent une prescription médicale;
- les honoraires d'**infirmier licencié** privé à l'hôpital, lorsque médicalement nécessaire et prescrit par le médecin traitant, qui n'est ni parent, ni compagnon de voyage de l'assuré. Ces frais sont limités à un remboursement maximal de 5 000 \$;
- les frais de traitements de **chiropraticien, podiatre et physiothérapeute**;

- les frais de location de **chaise roulante, lit d'hôpital et appareil d'assistance respiratoire**;
- les frais d'**analyses de laboratoire et radiographies**;
- les frais d'achat de **bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques**;
- les honoraires de **chirurgien-dentiste** pour lésions accidentelles aux dents naturelles sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident, dans les 12 mois suivant l'accident, nonobstant les exclusions prévues à l'assurance voyage;
- les frais de **rapatriement** de l'assuré hospitalisé dans sa province de résidence. Ces frais doivent être autorisés au préalable par l'Assureur*;
- le coût du **transport aérien** aller et retour d'une **escorte médicale** en classe économique; l'autorisation préalable de l'Assureur* est requise;
- le **coût du retour**, par une agence commerciale, du **véhicule de l'assuré** loué ou non. Un certificat médical attestant l'incapacité de l'assuré est exigé. Remboursement maximal : 1 000 \$; l'autorisation préalable de l'Assureur* est requise;
- en cas du décès de l'assuré, les frais pour la **préparation et le retour de la dépouille** (cercueil exclu) sont couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement de 5 000 \$ sous réserve de l'autorisation préalable de l'Assureur*;
- les frais d'**hébergement et de repas** des assurés dans un établissement commercial jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et sujets à un maximum de 1 600 \$ par séjour, pour l'ensemble des assurés si un retour est reporté à la suite d'une hospitalisation de 24 heures ou plus de l'un des assurés, d'un membre de la famille immédiate ou du compagnon de voyage de l'assuré;
- les frais d'**hébergement et de repas** dans un établissement commercial ainsi que les **frais de transport**, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train d'un et d'un seul proche parent, se rendant à l'hôpital

où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :

- pour le transport : 2 500 \$
- pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour, pour un maximum de 1 600 \$ par séjour à l'étranger, pour l'ensemble des personnes protégées.

La notion de proche parent inclut aussi un ami advenant le fait où l'assuré n'ait aucun proche parent. L'autorisation préalable de l'Assureur* est requise;

- les services d'assistance voyage ci-après.

* L'expression **autorisation préalable de l'Assureur** utilisée dans ce texte signifie SSQ ou le service d'assistance voyage (CanAssistance) qui est autorisé à agir au nom de SSQ (voir point 3.5 ci-après).

Note : Veuillez vous référer *au point 3.7* pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.5 ASSISTANCE VOYAGE

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

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

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

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

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

- diriger l'assuré vers une clinique ou un hôpital approprié;
- vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter à l'assuré, si possible, d'effectuer un dépôt monétaire;
- assurer le suivi du dossier médical de l'assuré;
- coordonner le retour et le transport du patient aussitôt que médicalement possible;
- apporter une aide d'urgence et coordonner des demandes de règlements;
- si nécessaire, prendre des dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet du patient, identifier le corps de l'assuré ou coordonner son rapatriement;
- si nécessaire, prendre des dispositions pour le retour des personnes à charge à leur domicile (frais de retour non compris);
- si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de l'assuré si une maladie ou un accident le rend incapable de s'en occuper ou s'il décède;
- si nécessaire, communiquer avec la famille de l'assuré;
- servir d'interprète aux appels d'urgence;
- recommander un avocat dans le cas d'un accident grave (frais d'avocat non compris).

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

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

A) CANADA - ÉTATS-UNIS

1 800 465-2928

B) AILLEURS DANS LE MONDE

À FRAIS VIRÉS :

(514) 286-8412

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

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

Note : Veuillez vous référer *au point 3.7* pour les limitations relatives à cette garantie.

3.6 ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (frais remboursés à 100 %)

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

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

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

- a) d'une **maladie** ou d'un **accident** que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires ou un membre de la famille (*voir point 3.6.3 ci-après*) qui empêche l'assuré de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) du **décès** du participant, de son conjoint, d'un enfant du participant ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) du **décès** d'un membre de la famille de l'assuré (autre que le participant, le conjoint du participant ou un enfant du participant ou de son conjoint) ou de celle du compagnon de voyage de l'assuré pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent;

- d) du **décès** ou de l'**hospitalisation** d'urgence de l'hôte à destination;
- e) de la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à **agir comme membre d'un jury**, ou de l'**assignation à comparaître** comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;

- f) de la **mise en quarantaine** de l'assuré, pour autant que cette dernière se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage;
- g) du **détournement de l'avion** à bord duquel l'assuré voyage;
- h) d'un **sinistre** qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) du **transfert** de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) de **terrorisme, d'une guerre déclarée ou non ou d'une épidémie** dans le pays où se rend l'assuré, dans la mesure où le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens, alors que les arrangements relatifs au voyage ont été convenus;
- k) du **retard du moyen de transport** utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une

arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par les conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

- l) des **conditions atmosphériques** qui sont telles :
 - i) que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit retardé d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures); ou
 - ii) que l'assuré 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 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures);
- m) d'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) **du décès, d'une maladie ou d'un accident** d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;
- o) du **suicide** ou de la **tentative de suicide** d'un membre de la famille de l'assuré ou de la famille de son compagnon de voyage;
- p) du **décès** d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- q) du **décès** ou de l'**hospitalisation** de la personne avec laquelle les arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial ont été préalablement pris. **Dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.**

3.6.2 Les frais couverts en vertu de cette garantie sont payables à 100 % jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré pour le voyage projeté, soit :

- a) En cas d'annulation avant le départ
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler pour une des raisons mentionnées *au point 3.6.1* et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation (occupation simple) applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler;
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et **qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.**

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

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

- c) Si le retour est anticipé ou retardé

- le coût supplémentaire d'un **billet simple**, en classe économique, par la route la plus directe, **pour le voyage de retour** jusqu'au point de départ, **par le moyen de transport prévu initialement.**

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne pourrait être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le mode de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point

de départ. **Ces frais doivent être, au préalable, convenus avec l'Assureur (voir point 3.5);**

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

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

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

d) Transport aller-retour

L'assurance annulation couvre les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'autorisation préalable de l'Assureur (voir point 3.5), pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il était en voyage pour autant que la raison du retour découle :

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

Note : Veuillez vous référer au point 3.7 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.

3.6.3 Définitions applicables à la garantie d'assurance annulation voyage

Dans la présente garantie, on entend par :

- **Accident**
Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;
- **Assuré**
L'adhérent, le conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle protégés par la présente garantie;
- **Compagnon de voyage**
La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré;
- **Hôte à destination**
La personne avec qui l'assuré partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination;
- **Membre de la famille**
Conjoint, fils, fille, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru;
- **Associé en affaires**
La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de quatre (4) coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de quatre (4) associés ou moins;
- **Frais de voyage payés d'avance**
Sommes déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité. Sont également incluses les sommes déboursées par l'assuré ayant trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par

l'assuré ou par l'intermédiaire d'un agent de voyages, de même que les sommes déboursées par l'assuré ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial;

- Activité à caractère commercial
Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où est prévue se tenir l'activité, et qui se veut la seule raison du voyage projeté;
- Voyage
Voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de l'assuré de son lieu de résidence pour une période d'au moins deux (2) 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 d'au moins deux (2) nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

3.7 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET COORDINATION

3.7.1 Exclusions en assurance voyage

La présente garantie ne couvre pas :

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

3.7.2 Exclusion en assurance annulation voyage

La présente garantie ne s'applique pas si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller 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.

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

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

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

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

- une blessure que s'est infligé intentionnellement l'assuré, 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 paramètres prévus à la présente garantie;
- l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences qui s'ensuivent;
- une participation à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente,

du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;

- la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement;
- un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

3.7.4 Limitations en assurance voyage

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

3.7.5 Limitations en assistance voyage

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

3.7.6 Limitation en assurance annulation voyage

Toute annulation de voyage avant le départ doit faire l'objet d'un avis à l'agence de voyages ou au transporteur concerné, de même qu'à l'Assureur, et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause d'annulation. Dans les cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour férié, l'avis peut toutefois être transmis le 1^{er} jour ouvrable qui suit. En cas de non-respect du délai prévu pour soumettre l'avis d'annulation, la responsabilité de l'Assureur est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis.

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

3.7.7 Coordination

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

4. LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE

4.1 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT

Ce régime est facultatif. Il prévoit le paiement d'une somme égale au montant d'assurance vie détenu par l'adhérent au moment du décès.

Les montants d'assurance vie suivants sont disponibles :

- 150 %*, 125 %*, 100 %*, 75 %*, 50 % ou 25 % du traitement que l'adhérent recevait immédiatement avant la retraite. Le montant de protection choisi ne peut excéder la somme des montants que l'adhérent détenait dans le régime de base et le régime additionnel d'assurance vie au moment de la prise de sa retraite. Ce montant est toujours arrondi au 1 000 \$ supérieur; ou
- 10 000 \$, 5 000 \$ ou 2 000 \$.

* **Montant maximum** : À compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 75^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 75 % de son traitement et à compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 80^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 50 % de son traitement.

Note : Si vous déteniez, avant la retraite, un montant d'assurance vie supérieur à ceux qui sont offerts dans le présent régime, veuillez vous référer au droit de transformation décrit dans la brochure des cadres à l'emploi dans la section *Renseignements généraux* au point *Prolongation et droit de transformation*.

4.2 ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

Le retraité qui devient admissible au présent régime collectif d'assurance vie a accès à une protection d'assurance vie à l'intention de son conjoint et de leurs enfants à charge.

Pour avoir accès à cette protection, l'adhérent retraité doit participer à la garantie d'assurance vie de l'adhérent retraité pour un montant de protection égal ou supérieur à 10 000 \$.

Cette protection est la suivante :

- le conjoint : 10 000 \$;
- les enfants à charge (âgés de 24 heures ou plus) : 5 000 \$.

La prime est fixe, quel que soit le nombre d'enfants à charge.

La prime d'assurance vie pour un enfant à charge d'un conjoint survivant, lorsqu'il désire maintenir cette garantie, est majorée de 1,00 \$ par mois. Le conjoint survivant doit faire la demande de maintien à l'Assureur pour l'assurance vie de l'enfant à charge.

4.3 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT

Lors de son adhésion au régime d'assurance vie des retraités, le retraité qui décide de participer à l'intérieur du délai de 90 jours (*point 1.2.1 a*) à la garantie d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge se voit attribuer automatiquement une protection de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle sur la vie de son conjoint. Le retraité peut également majorer la protection d'assurance vie de son conjoint, si celui-ci est déjà assuré en vertu de la garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint dans le régime du personnel d'encadrement.

La garantie d'assurance vie additionnelle du conjoint est offerte par tranche de 10 000 \$, (le minimum étant une (1) tranche et le maximum cinq (5) tranches), et doit être égale ou inférieure à la protection détenue dans le régime du personnel d'encadrement.

Le retraité qui adhère à l'assurance vie du conjoint et des enfants à charge et qui ne désire pas adhérer à cette garantie d'assurance vie additionnelle doit faire parvenir à SSQ un avis écrit à cet effet.

5. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

5.1 FRAIS HOSPITALIERS

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

5.2 FRAIS DE MÉDICAMENTS

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

5.2.1 Par le biais de la carte SSQ

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

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

a) Médicament admissible

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

b) Médicament non admissible

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

Indication	Signification
« médicament non couvert »	Demande de remboursement refusée étant donné que le médicament est non couvert par la garantie de médicaments.
« durée de traitement maximum 90 jours »	La quantité de médicaments achetés ne peut excéder une période de traitement de 90 jours. Toutefois, si pour des raisons particulières votre prescription excède une période de traitement de 90 jours, nous vous invitons à soumettre votre demande de remboursement, accompagnée d'une note explicative, directement à SSQ.
« soumettre à l'Assureur »	Le médicament utilisé ne peut être traité par la carte SSQ, mais peut être admissible à un remboursement. Exemple : si la prescription doit être préparée par le pharmacien (prescription magistrale).
« médicament d'exception »	Si le médicament doit être autorisé par l'Assureur (<i>voir points 2.2.1 et 3.2.1</i>)

c) Première utilisation

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

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

Les frais de médicaments, pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire (*voir point 1.4.2*).

5.2.2 Par la poste

Si vous ne pouvez utiliser votre carte d'assurance SSQ (perte, pharmacien non participant, etc.), effectuez votre demande de remboursement en utilisant le formulaire personnalisé de demande de prestations joint à votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer ce formulaire personnalisé à partir de notre site Internet ACCÈS | assurés. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez *le point 5.7* de la présente brochure.

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

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

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

Note : Si vous avez 65 ans ou plus et que vous êtes inscrit à la RAMQ, vous n'avez pas à soumettre vos demandes de prestations à SSQ.

Cependant, si vous êtes protégé par le régime enrichi, lorsque vous achèterez vos médicaments, vous devrez obligatoirement réclamer à la RAMQ avant de faire la demande de prestations à SSQ.

5.3 AUTRES FRAIS D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

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

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

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations. Vous retrouvez ce formulaire avec votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site Internet ACCÈS | assurés de SSQ. Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à l'Assureur à l'adresse suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boul. Laurier, C.P. 10500, succ. Sainte-Foy,
Québec (Québec) G1V 4H6

Dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie

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

Vous pouvez adhérer au dépôt direct en vous inscrivant à notre site transactionnel sécurisé **ACCÈS | assurés**. Au moment de faire votre demande, ayez en main votre carte d'assurance SSQ de même qu'un chèque personnel indiquant votre numéro de compte. Pour plus de détails sur la façon de faire de même que sur nos services Internet, consultez *le point 5.7* de la présente brochure.

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

5.4 ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE

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

5.5 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION VOYAGE (RÉGIME ENRICHİ)

5.5.1 Assurance voyage

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

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

Les prestations payables en vertu de cette garantie sont réduites de toutes les prestations payables en vertu de tout autre contrat individuel ou collectif.

5.5.2 Assurance annulation voyage

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

- 1) titres de transport payés et inutilisés;
- 2) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- 3) 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'une compagnie accréditée dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur;
- 4) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical délivré par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- 5) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- 6) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- 7) 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;
- 8) tout autre rapport exigé par l'Assureur permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

5.6 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SSQ constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance.

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, seuls les employés ou mandataires qui sont responsables de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations, ou toute autre personne que vous aurez autorisée, ont accès à votre dossier. Votre dossier est détenu au siège social de SSQ à Québec.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels versés à votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à l'adresse indiquée *au point 5.3*.

5.7 SERVICES INTERNET SSQ

5.7.1 ACCÈS | assurés

Cet outil électronique vous permet d'accéder en tout temps à votre dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations que vous pouvez y effectuer :

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

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

5.7.2 SSQ Services mobiles

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

Cette application vous permet de:

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

*Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

CONSEILS D'AMI

- Il est important de compléter votre demande d'adhésion et de la transmettre à l'Assureur **dans les 90 jours** qui suivent votre admissibilité au régime, et ce, **même si vous désirez vous exempter du régime d'assurance accident maladie**.
- Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez SSQ.
- Le traitement ou le produit proposé représente une somme supérieure à 200 \$ et vous hésitez avant d'engager ces frais? Appelez SSQ.
- Pour les fins d'impôts, conservez le relevé de prestations qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourraient servir à augmenter vos crédits d'impôts. Si vous êtes inscrit au site Internet **ACCÈS | assurés** de SSQ, vous pouvez faire la demande en ligne d'un reçu d'impôt faisant état des prestations présentées et des montants payés en vertu du contrat. Ce reçu pourra être joint à votre déclaration de revenus.
- Vous avez perdu votre formulaire de réclamation? Indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site Internet **ACCÈS | assurés** de SSQ.
- Utilisez en tout temps votre carte d'assurance SSQ et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance à l'un des numéros indiqués au verso de votre carte d'assurance SSQ.

- Nous désirons vous rappeler que les médicaments génériques sont moins dispendieux que les médicaments d'origine et leurs bénéfices thérapeutiques sont généralement identiques. Ainsi, chaque dollar économisé profite non seulement à vous, mais également à l'ensemble des assurés du groupe. Nous vous suggérons donc de discuter avec votre médecin et votre pharmacien de la possibilité d'utiliser les médicaments génériques.
- Lors de votre passage du régime des actifs au régime des retraités, l'ensemble des informations contenues à votre dossier à ce moment est transféré à votre nouveau dossier au régime des retraités. Les documents déjà fournis à SSQ tels que la déclaration de fréquentation scolaire pour vos enfants à charge ou le formulaire de médicaments d'exception, si applicable, n'auront pas à être retournés de nouveau. De plus, SSQ maintient les compteurs relatifs aux frais couverts en assurance maladie, de sorte que les sommes que vous avez déboursées depuis le 1^{er} janvier de l'année sont cumulées dans votre nouveau régime. Lors de ce même transfert d'informations, le montant des réclamations payées par SSQ pour chacun des types de soins est également reporté et comptabilisé dans votre nouveau régime. Toutefois, pour un type de soins donné, il est possible de demander à SSQ de remettre vos compteurs à zéro. Ainsi, vous aurez droit au remboursement maximum prévu dans le régime des retraités.

TARIFICATION MENSUELLE DU 1^{ER} JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2013 – CONTRAT Y9999-R (groupes 19520 à 19525)

RÉGIMES	TAUX DE PRIMES MENSUELS					
	INDIVIDUELLE		MONOPARENTALE		FAMILIALE	
	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes
Assurance maladie - Régime de BASE (groupes 19522-19523 et 19524)						
Moins de 65 ans	102,79 \$	- \$	132,54 \$	- \$	202,35 \$	- \$
65 ans ou plus	6,46 \$	- \$	8,22 \$	- \$	12,29 \$	- \$
Surprime pour les 65 ans ou plus ⁽¹⁾	345,19 \$	- \$	345,19 \$	- \$	690,38 \$	- \$
Assurance maladie - Régime ENRICHII (groupes 19520-19521 et 19525)						
Moins de 65 ans	179,72 \$	- \$	232,94 \$	- \$	360,43 \$	- \$
65 ans ou plus	34,80 \$	- \$	45,27 \$	- \$	67,58 \$	- \$
Surprime pour les 65 ans ou plus ⁽¹⁾	345,19 \$	- \$	345,19 \$	- \$	690,38 \$	- \$
	RÉGIMES					
	HOMME			FEMME		
Assurance vie de base de l'adhérent et additionnelle du conjoint ⁽²⁾	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes	Primes payées par l'adhérent	Congé de primes
Moins de 50 ans	0,13 \$	0,01 \$	0,14 \$	0,01 \$	0,07 \$	0,01 \$
de 50 à 54 ans	0,23 \$	0,02 \$	0,25 \$	0,01 \$	0,14 \$	0,01 \$
de 55 à 59 ans	0,38 \$	0,04 \$	0,42 \$	0,02 \$	0,24 \$	0,02 \$
de 60 à 64 ans	0,62 \$	0,06 \$	0,68 \$	0,04 \$	0,37 \$	0,04 \$
de 65 à 69 ans	0,97 \$	0,10 \$	1,07 \$	0,06 \$	0,58 \$	0,06 \$
de 70 à 74 ans	1,50 \$	0,15 \$	1,65 \$	0,10 \$	1,01 \$	0,10 \$
de 75 à 79 ans	2,35 \$	0,23 \$	2,58 \$	0,17 \$	1,69 \$	0,17 \$
de 80 à 84 ans	3,79 \$	0,38 \$	4,17 \$	0,29 \$	2,90 \$	0,29 \$
de 85 ans ou plus	5,78 \$	0,57 \$	6,35 \$	0,49 \$	4,91 \$	0,49 \$
	Congé de primes :			Primes totales :		
	8,43 \$			9,26 \$		
Assurance vie du conjoint et des enfants à charge	Primes payées par l'adhérent :					

Les taux de primes n'incluent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽¹⁾ Surprime pour les personnes de 65 ans ou plus conservant la garantie de médicaments chez SSO plutôt qu'à la RAMQ. Pour l'adhérent qui atteint l'âge de 65 ans dans le courant de l'année, les modifications des primes et des protections se feront le premier jour du mois qui coïncide avec son 65^e anniversaire ou qui le suit.

⁽²⁾ La prime d'assurance vie additionnelle du conjoint est basée sur le sexe et l'âge du conjoint.

Note générale : Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge de l'adhérent prend effet le 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le changement de groupe d'âge ou qui le suit.

Réservé à SSQ19520 19521 19522 19523 19524 19525 **DEMANDE D'ADHÉSION** **DEMANDE DE CHANGEMENT** À retourner à : SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC., 2525, Boul. Laurier, C.P. 10500,
succ. Sainte-Foy, Québec (Québec) G1V 4H6 Téléphone sans frais : 1 888 833-6962**A- RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (Adhérent)**

Nom de l'adhérent (en lettres moulées) _____ N° d'assurance sociale de l'adhérent _____

Adresse (en lettres moulées) _____ Ville (en lettres moulées) _____ Code postal _____

N° de téléphone _____ N° de certificat _____ Date de la retraite _____ Date de naissance de l'adhérent _____

Êtes-vous membre de la FQDE? (voir section 1.1.1 de la présente brochure) _____

Conjoint

Nom du conjoint (en lettres moulées) _____ N° d'assurance sociale du conjoint _____

Date de naissance de l'adhérent _____ Date de naissance du conjoint _____

Ma rente de retraite est versée par la CARRA : OUI NON
AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTOMATIQUE - DPA PERSONNELPar la présente, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à percevoir mensuellement de mon compte le montant variable de mes primes d'assurance qui sont dues le 1^{er} jour ouvrable de chaque mois. De plus, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à facturer et débiter des frais lorsque le débit préautorisé ne peut être effectué tel que convenu dans le présent accord. Une lettre me sera alors expédiée par SSQ pour confirmer les changements apportés au prochain débit.**Information sur le compte**

Nom de l'institution financière _____ Succursale _____ Numéro de compte _____

J'autorise cette institution à déduire ce montant de mon compte. Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de ma part. Cet avis doit être envoyé à SSQ 30 jours précédant le prochain prélèvement.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, un spécimen de formulaire d'annulation ou de l'information supplémentaire sur les droits d'annulation, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdpay.ca**Signature** (celle que vous utilisez sur vos chèques)

N.B. Dans le cas d'un compte conjoint où plus d'une signature est requise, tous les titulaires doivent apposer leur signature.

Date _____

ATTENTION : Veuillez JOINDRE un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ ».**Réservé SSQ :** _____

B- RÉGIME D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE

- Protection désirée : individuelle monoparentale Familiale/couple
- Choix de régimes : Régime enrichi Régime de base
- Je désire me prévaloir du droit d'exemption (Joindre une copie du certificat par lequel vous êtes actuellement protégé)
- Je désire terminer mon droit d'exemption (Joindre la preuve de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption)

C- RÉGIME D'ASSURANCE VIE

- ASSURANCE VIE DE L'ADHÉRENT : (Ne cochez qu'une seule case)

150 % du salaire* 75 % du salaire* 10 000 \$
 125 % du salaire* 50 % du salaire 5 000 \$
 100 % du salaire* 25 % du salaire 2 000 \$

* À compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 75^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 75 % de son traitement et à compter du 1^{er} jour du mois qui coïncide avec le 80^e anniversaire de naissance ou qui le suit, l'adhérent ne peut conserver plus de 50 % de son traitement.

- ASSURANCE VIE DU CONJOINT ET DES ENFANTS À CHARGE :

(L'adhérent doit détenir un montant d'assurance vie égal ou supérieur à 10 000 \$)

Conjoint 10 000 \$ Enfant 5 000 \$

- ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DU CONJOINT : (Doit être égale ou inférieure à la protection détenue dans le régime du personnel d'encadrement)

nombre d'unités** (1 à 5) _____ x 10 000 \$

** À moins d'avis contraire de votre part, si vous avez coché la case « Assurance vie du conjoint et des enfants à charge », une unité de 10 000 \$ vous est automatiquement attribuée. Si vous ne désirez pas adhérer à cette garantie d'assurance vie supplémentaire, vous devez faire parvenir à SSQ un avis écrit à cet effet.

BÉNÉFICIAIRE

Je désigne comme bénéficiaire (au décès) :

- Succession de l'adhérent ou
- Conjoint légal Conjoint légal-fils-filles
- Fils-filles Père-mère
- Frère-soeur Conjoint de fait
- Conjoint de fait-fils-filles
- Autre _____

- Bénéficiaire révocable*
- Bénéficiaire irrévocable*

* Au Québec, en l'absence de choix à cette question, la désignation du conjoint légal est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable.

(nom, prénom du bénéficiaire) _____

J'autorise l'assureur à utiliser pour des fins administratives les renseignements contenus dans cette demande, y compris mon numéro d'assurance sociale et celui de mon conjoint. De plus, j'autorise la CARRA, s'il y a lieu, à déduire de ma rente de retraite les primes requises.

Date | A | A | A | M | M | J | J | Signature _____

POUR NOUS JOINDRE
ssq.ca

Édifice SSQ

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

Région de Québec : 418 651-6962

Autres régions : 1 888 833-6962

SSQ Groupe
financier

Les valeurs à la bonne place