



FEESP



H

Votre régime d'assurance collective

Contrat H6999

*PERSONNEL DE SOUTIEN DU
SECTEUR DE L'ÉDUCATION
MEMBRE DES SYNDICATS
AFFILIÉS À LA FEESP (CSN)*

1^{er} janvier 2011

SSQ Groupe
financier

Message du comité exécutif

À tous les membres du secteur scolaire FEESP (CSN),

Cette brochure contient l'ensemble des dispositions et des conditions de notre régime collectif d'assurance.

Ce régime est construit selon les mandats acheminés par les assemblées générales au conseil du secteur scolaire. Cette instance regroupe l'ensemble des syndicats de personnel de soutien de commissions scolaires affiliés à la CSN. C'est aussi le conseil qui procède à l'élection des trois personnes représentantes au comité paritaire des assurances.

Nous vous invitons à participer à vos assemblées générales pour débattre des assurances et de tous autres sujets tous aussi importants.

Enfin, s'il advenait que vous rencontriez des problèmes reliés à vos assurances, contactez votre syndicat local.

Le comité exécutif

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

Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

Dans cette brochure, le masculin est employé à titre générique et désigne aussi bien les hommes que les femmes.

This booklet is available in English.

Table des matières

1.	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX.....	5
1.1	DÉFINITIONS	5
1.2	ADMISSIBILITÉ	8
1.3	PARTICIPATION	9
1.3.1	Régime d'assurance maladie	9
1.3.2	Régime d'assurance vie.....	10
1.3.3	Régime d'assurance salaire de longue durée.....	10
1.3.4	Régime d'assurance soins dentaires.....	10
1.3.5	Personne adhérente qui prend sa retraite	11
1.4	ADHÉSION, EXEMPTION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ.....	11
1.5	ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE.....	14
1.6	FIN DE L'ASSURANCE	15
1.7	ABSENCE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	16
1.8	MODIFICATION D'OPTION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	20
1.9	EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE	21
2.	RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.....	22
2.1	ASSURANCE	22
2.2	CONDITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS.....	22
2.3	FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE.....	23
2.4	ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE VOYAGE	35
2.5	ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE.....	38
2.6	EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS.....	42
2.7	PROLONGATION D'ASSURANCE	47
2.8	DROIT DE TRANSFORMATION D'ASSURANCE MALADIE	47
3.	RÉGIME D'ASSURANCE VIE	48
3.1	ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE	48
3.2	ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE LA PERSONNE ADHÉRENTE.....	48
3.3	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE...	50
3.4	ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	51
3.5	ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE .	51
3.6	DROIT DE TRANSFORMATION.....	51

3.7	PAIEMENT DE L'ASSURANCE	52
3.8	PAIEMENT ANTICIPÉ	52
3.9	BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS	53
4.	RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	54
4.1	ASSURANCE	54
4.2	DÉLAI DE CARENCE.....	54
4.3	PÉRIODE DE PRESTATION	54
4.4	MONTANT DE LA RENTE MENSUELLE	54
4.5	INDEXATION.....	55
4.6	EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS.....	55
4.7	RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE	56
4.8	RÉADAPTATION	57
5.	RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	58
5.1	ASSURANCE	58
5.2	CONDITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS.....	58
5.3	ACTES DENTAIRES COUVERTS PAR L'ASSURANCE	59
5.4	EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS DE L'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	65
5.5	ÉVALUATION PRÉALABLE	67
6.	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS	68
6.1	ASSURANCE MALADIE	68
6.2	ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE ...	70
6.3	ASSURANCE SOINS DENTAIRES.....	71
6.4	DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE ET DE SOINS DENTAIRES	71
6.5	ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE ET DES PERSONNES À CHARGE	72
6.6	ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	72
6.7	CHANGEMENT D'ADRESSE	72
6.8	COUPON DE DEMANDE DE PRESTATIONS.....	72
6.9	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	73
6.10	SERVICES INTERNET DE SSQ : ACCÈS ASSURÉS	74
6.11	POUR NOUS JOINDRE.....	74

7.	QUOI FAIRE À LA RETRAITE	76
7.1	ASSURANCE VIE DE BASE DU RÉGIME D'ASSURANCE VIE	76
7.2	ASSURANCE INDIVIDUELLE « PRODUITS PRIVILÈGE SSQ »	76

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s'appliquent au vocabulaire utilisé dans la présente brochure, chaque fois que le contexte s'y prête.

Accident : toute atteinte corporelle provenant directement et indépendamment de toute autre cause de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure.

Activité à caractère commercial : assemblée, congrès, colloque, 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.

Âge : l'âge révolu d'une assurée ou un assuré le jour où un événement prévu au contrat se produit.

Associé en affaires : personne avec qui la personne assurée est associée en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

Certificat : document individuel émis par SSQ à l'intention des personnes employées et des personnes retraitées pour certifier qu'elles sont assurées par le contrat. Ce document a pour but de faire état des assurances que détient la personne concernée, mais il ne confère aucun droit. Si pour une raison quelconque une personne reçoit un certificat auquel elle n'a pas droit en vertu de ce régime, ce certificat est considéré nul et non avenu. S'il existe des divergences entre la police et le certificat, les dispositions de la police prévalent.

Comité : le Comité des assurances formé par les trois membres de la partie patronale et trois membres de la partie syndicale en plus d'un président indépendant et qui, conformément aux ententes, est responsable de l'établissement et de la mise en application de divers régimes d'assurance collective.

Compagnon de voyage : personne avec qui la personne assurée partage sa chambre ou son appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Date de la retraite : date à laquelle la personne employée prend effectivement sa retraite en vertu du régime de retraite de son employeur. Relativement à la personne employée totalement invalide, la date de la retraite est le 31 décembre qui coïncide avec ou suit son 65^e anniversaire de naissance ou le 31 décembre qui coïncide avec ou suit la fin des prestations d'assurance salaire de l'employeur, selon la plus tardive de ces dates.

Employeur : Commission scolaire ou employeur d'un groupe d'employées de soutien ou employés de soutien accepté par le Comité.

Enfant à charge : personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations, réside au Canada :

- a) a moins de 18 ans et à l'égard de qui la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale; ou
- b) n'a pas de personne conjointe, a 25 ans ou moins et fréquente un établissement d'enseignement à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, et à l'égard de qui la personne adhérente ou la personne conjointe exercerait l'autorité parentale si elle était mineure; ou
- c) est majeure, sans personne conjointe, et atteinte d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, déficience qui doit être survenue lorsque l'état de la personne correspondait à ce qui est prévu ci-dessus dans la présente définition, et étant entendu que pour être considérée comme une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, la personne doit aussi ne recevoir aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la loi sur la sécurité du revenu et être domiciliée chez une personne qui, en plus d'être assurée à titre de personne adhérente ou de personne conjointe, exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si celle-ci était mineure.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

L'enfant à charge, dont l'âge se situe entre 18 et 25 ans, en congé sabbatique scolaire, peut maintenir sa protection d'assurance pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités suivantes :

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

La demande de maintien de l'assurance durant le congé sabbatique n'est acceptée qu'une seule fois à vie pour chaque enfant à charge.

Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier). L'enfant à charge en congé sabbatique scolaire doit toutefois demeurer admissible à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pendant toute la durée du congé.

Frais de voyage payés d'avance : sommes déboursées par la personne assurée pour l'achat d'un voyage à forfait, d'un billet d'un transporteur public ou pour la location d'un véhicule motorisé auprès d'un commerce accrédité; sont également incluses les sommes déboursées par la personne assurée ayant trait à des réservations pour des arrangements terrestres habituellement compris dans un voyage à forfait, que les réservations soient effectuées par la personne assurée ou par l'intermédiaire d'un agent de voyages de même que les sommes déboursées par la personne assurée ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

Grossesse : la grossesse elle-même, l'accouchement, l'avortement ou la fausse-couche ainsi que les complications qui peuvent en résulter.

Hôpital : centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) et de ses règlements. Dans le cas des établissements se trouvant à l'extérieur du Québec, le terme désigne ceux qui répondent aux mêmes normes.

Hôte à destination : personne avec qui la personne assurée partage un hébergement prévu à l'avance, pour autant que l'hébergement réfère à la résidence principale de l'hôte à destination.

Invalidité totale : état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une complication de grossesse, qui empêche complètement la personne adhérente d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue comportant une rémunération similaire qui lui est offert par son employeur, qui nécessite des soins médicaux continus. Si cet état persiste pendant plus de 60 mois, il doit dès lors empêcher complètement la personne adhérente d'exercer tout travail rémunérateur auquel elle est raisonnablement apte en raison de son éducation, de sa formation ou de son expérience, et cela sans égard à la disponibilité d'emploi et sans forcément continuer à nécessiter des soins médicaux continus.

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme autre qu'une grossesse, s'ils sont constatés par une ou un médecin. Aux fins du contrat, les dons d'organes et leurs complications sont également considérés comme des maladies.

Médecin : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine, selon les règlements qui gouvernent la pratique de la médecine là où sont prodigués les soins prévus par le contrat.

Membre de la famille : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru.

Personne à charge : personne qui, par rapport à une personne employée, répond à la définition de personne conjointe ou à celle d'enfant à charge, selon ce qui est prévu au contrat.

Personne adhérente : personne admise à l'assurance en sa qualité de personne employée ou de personne retraitée.

Personne assurée : personne admise à l'assurance, que ce soit en sa qualité de personne employée, de personne retraitée ou de personne à charge d'une personne employée ou de personne à charge d'une personne retraitée.

Personne conjointe : personne admissible qui, au moment de l'événement qui ouvre droit à des prestations :

- a) est unie à la personne adhérente par les liens du mariage ou d'une union civile; ou

- b) vit maritalement avec la personne adhérente depuis au moins 12 mois et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union; ou
- c) vit maritalement avec la personne adhérente et a eu un enfant avec elle et n'en est pas séparée depuis 90 jours ou plus en raison de l'échec de leur union.

En présence de deux personnes conjointes, une seule sera reconnue par SSQ pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant accordée dans l'ordre suivant : d'abord, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat, la personne conjointe admissible qui a été la dernière à être désignée comme telle par un avis écrit de la personne adhérente à SSQ; ensuite, la personne conjointe à qui la personne adhérente est unie par les liens du mariage ou d'une union civile.

Personne employée : personne salariée qui fait partie de l'une des unités de négociation visées par l'une ou l'autre des ententes, ou personne salariée qui fait partie de tout autre groupe d'employées de soutien ou employés de soutien accepté par le Comité.

Personne retraitée : personne employée qui prend sa retraite et reçoit une rente de retraite en vertu d'un régime de rentes offert par l'employeur.

Régime d'assurance salaire de l'employeur : régime d'assurance salaire de base dont les prestations sont payables par l'employeur et qui est décrit dans l'une des conventions collectives de travail ou ententes des syndicats qui sont parties constituantes du Comité.

Salaire : traitement de la personne employée reconnu aux fins du calcul de la prestation d'assurance salaire de l'employeur et sur lequel l'employeur en question a retenu ses primes, à l'exclusion de tout montant forfaitaire autre que ceux qui sont prévus aux clauses 6-2.16, 6-2.18 ou 7-3.13 de la convention collective de travail du soutien scolaire CSN et autres clauses correspondantes des autres conventions collectives.

Voyage : (aux fins de l'assurance annulation de voyage) – voyage touristique ou d'agrément ou activité à caractère commercial comportant une absence de la personne assurée de son lieu de résidence pour une période d'au moins 2 nuitées consécutives et nécessitant un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) de son lieu de résidence; est également considérée comme voyage une croisière d'une durée prévue d'au moins 2 nuitées consécutives, sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

1.2 ADMISSIBILITÉ

1.2.1 Personne employée

- a) Toute personne employée engagée à temps complet ou à temps partiel devient admissible à l'assurance du contrat à compter de la date de son entrée en service à la commission scolaire.

- b) Les personnes employées faisant partie d'un nouveau groupe accepté par le Comité après l'entrée en vigueur du présent contrat sont admissibles à l'assurance à la date de cette acceptation.
- c) Les personnes employées faisant partie d'un nouveau groupe devenant assujéti aux ententes par suite d'un changement de juridiction après la date d'entrée en vigueur du présent contrat sont admissibles à l'assurance à la date de ce changement.
- d) L'admissibilité d'une personne employée n'est pas interrompue par suite de son affectation temporaire à un poste non couvert par sa convention.
- e) La personne employée temporaire ayant travaillé moins de 6 mois depuis son embauche, même dans le cadre de plusieurs embauches, n'est pas admissible à l'assurance en vertu du contrat.

1.2.2 Personne retraitée

La personne adhérente qui prend sa retraite demeure admissible uniquement à l'assurance vie de base de la personne adhérente.

1.2.3 Personne à charge

Toute personne à charge d'une personne adhérente devient admissible à l'assurance du contrat à la même date que la personne adhérente si elle est déjà une de ses personnes à charge au moment où cette personne adhérente y devient admissible pour la première fois, soit à la date à laquelle elle devient une personne à charge de la personne adhérente.

1.3 PARTICIPATION

1.3.1 Régime d'assurance maladie

- a) La participation au Régime maladie 1 est obligatoire pour la personne employée admissible et pour ses personnes à charge admissibles, sauf dans les cas d'exemption et autres cas d'exception prévus par la loi sur l'assurance médicaments du Québec. La personne employée peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer à ce régime, à condition qu'elle établisse qu'elle-même, et ses personnes à charge le cas échéant, sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires ou qu'elle est elle-même assurée à titre de personne à charge en vertu du Régime d'assurance maladie. En aucun cas les présentes dispositions ne peuvent obliger une personne employée à souscrire à deux régimes différents comportant des prestations similaires; il est toutefois de la responsabilité de la personne employée de démontrer cet état de fait à son employeur.
- b) La participation au Régime maladie 2 ou au Régime maladie 3 est facultative pour la personne employée admissible et pour ses personnes à charge admissibles.

Personne adhérente qui atteint l'âge de 65 ans

Malgré la durée minimale de participation prévue au Régime d'assurance maladie choisi, une personne de 65 ans peut choisir de s'assurer en vertu du régime public d'assurance médicaments (RPAM). Il est à noter que tout résident du Québec qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrit au RPAM administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Toutefois, la *Loi sur l'assurance médicaments* permet à cette personne de choisir une des options suivantes :

- maintenir à la fois son inscription au RPAM et au Régime d'assurance maladie choisi (maladie 1, 2 ou 3) en excluant les médicaments admissibles en vertu du régime général d'assurance médicaments (RGAM);
- annuler son inscription au RPAM et être protégée par le Régime d'assurance maladie choisi (maladie 1, 2 ou 3), incluant les médicaments couverts pour les personnes adhérentes de moins de 65 ans (une surprime est applicable, voir le tableau du Régime d'assurance maladie du dépliant « En un coup d'oeil » du contrat H6999 pour l'année en vigueur).

Une personne adhérente qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ peut se prévaloir du droit d'exemption mais elle ne peut plus, par la suite être admise dans le Régime d'assurance maladie. Ce choix de devenir assurée auprès de la RAMQ peut aussi être exercé par une personne conjointe de 65 ans ou plus.

1.3.2 Régime d'assurance vie

La participation des personnes employées au Régime d'assurance vie est facultative.

1.3.3 Régime d'assurance salaire de longue durée

La participation des personnes employées au Régime d'assurance salaire de longue durée est facultative.

1.3.4 Régime d'assurance soins dentaires

- a) La participation au Régime d'assurance soins dentaires est obligatoire pour toutes les personnes employées admissibles de la même unité d'accréditation d'un même établissement lorsque ces personnes se sont prononcées majoritairement en faveur de l'instauration du régime en question. Toutefois, une personne employée peut, moyennant un préavis écrit à son employeur, refuser ou cesser de participer à ce régime, à condition qu'elle établisse qu'elle-même, et ses personnes à charge le cas échéant, sont assurées en vertu d'un régime d'assurance soins dentaires comportant des prestations similaires ou qu'elle est elle-même assurée à titre de personne à charge en vertu du Régime d'assurance soins dentaires. En aucun cas les présentes dispositions ne peuvent obliger une personne employée à souscrire à deux régimes différents comportant des prestations similaires; il est toutefois de la responsabilité de la personne employée de démontrer cet état de fait à son employeur.
- b) La décision des personnes employées admissibles d'un même établissement peut être modifiée par la reprise du vote selon les règles définies par le Comité et convenues entre ce dernier et SSQ.

- c) Si un vote est favorable à l'annulation du Régime d'assurance soins dentaires, la décision prise lors de ce vote s'applique à compter du premier jour de la période de paie qui suit la date du vote. Tout vote favorable à l'annulation du Régime d'assurance soins dentaires n'est reconnu que si ledit régime est en vigueur depuis au moins 12 mois au moment de son annulation.
- d) Si un vote est favorable à la mise en vigueur du Régime d'assurance soins dentaires dans un établissement, la décision prise lors de ce vote s'applique à compter du premier jour de la période de paie qui suit la date du vote.

1.3.5 Personne adhérente qui prend sa retraite

Une personne employée qui est assurée en vertu du Régime d'assurance vie et qui prend sa retraite demeure admissible à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente, selon les dispositions en vigueur pour les personnes retraitées à la date de la retraite.

1.4 ADHÉSION, EXEMPTION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

1.4.1 Pour la personne employée

Régime d'assurance maladie

Toute personne employée admissible doit remplir une demande d'adhésion. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.

Une personne employée admissible qui refuse de remplir une demande d'adhésion devient assurée d'office en vertu du Régime d'assurance maladie 1 et comme personne adhérente sans personne à charge.

Une personne employée admissible qui ne peut pas remplir une demande d'adhésion devient assurée d'office en vertu du Régime d'assurance maladie 1 comme personne adhérente; son état civil sert à déterminer si elle le devient comme personne avec ou sans personne à charge.

La personne employée qui a refusé ou cessé de participer au Régime d'assurance maladie parce qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, étaient assurées en vertu d'une protection d'assurance collective comportant des prestations similaires, ou parce qu'elle est assurée à titre de personne à charge en vertu du Régime d'assurance maladie, peut y participer aux conditions suivantes :

- i) Elle doit démontrer à la satisfaction de l'employeur :
 - qu'elle était antérieurement assurée comme personne à charge en vertu du Régime d'assurance maladie ou de tout autre régime accordant une protection similaire;
 - qu'il est devenu impossible pour elle de continuer à être assurée comme personne à charge.

ii) Sous réserve des dispositions prévues en i) ci-dessus :

- l'assurance entre en vigueur à la date de fin de l'assurance qui a permis l'exemption si la personne employée présente sa demande dans les 30 jours suivant la date à laquelle il est devenu impossible pour elle de continuer à être assurée en vertu de cette autre assurance;
- l'assurance entre en vigueur le premier jour de la première période de paie suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur si la personne employée présente sa demande plus de 30 jours après la date à laquelle il est devenu impossible pour elle de continuer à être assurée en vertu de l'assurance qui a permis l'exemption ou si la fin de l'assurance qui a permis l'exemption est volontaire.

Régime d'assurance vie et Régime d'assurance salaire de longue durée

Pour pouvoir être assurée en vertu du Régime d'assurance vie (sauf la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente) ou du Régime d'assurance salaire de longue durée, et cela sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, la personne employée admissible qui est au travail doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance. Si la personne employée admissible n'est pas alors au travail, elle doit remplir sa demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date de son retour au travail.

Pour toute demande qui est remplie après l'expiration du délai prévu ci-dessus et pour toute demande d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, la personne employée doit fournir à ses frais des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ.

Toute personne employée qui a refusé ou cessé de participer au Régime d'assurance vie ou au Régime d'assurance salaire de longue durée peut y participer par la suite aux conditions suivantes :

- i) Elle doit remplir une demande d'adhésion.
- ii) Elle doit fournir à ses frais les preuves d'assurabilité requises par SSQ.

Régime d'assurance soins dentaires

Toute personne employée admissible doit remplir une demande d'adhésion.

Une personne employée admissible membre d'un établissement dont les personnes employées se sont prononcées majoritairement en faveur de l'instauration du Régime d'assurance soins dentaires et qui refuse de remplir une demande d'adhésion devient assurée d'office en vertu du régime en question comme personne adhérente sans personne à charge.

Une personne employée admissible qui ne peut pas remplir une demande d'adhésion devient assurée d'office en vertu du Régime d'assurance soins dentaires comme personne adhérente; son état civil sert à déterminer si elle le devient comme personne avec ou sans personne à charge. Cette personne

peut ensuite faire modifier son statut de protection (avec ou sans personne à charge) sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, pourvu qu'elle en fasse la demande dans les 30 jours suivant la date à laquelle elle est devenue en mesure de le faire.

La personne employée qui a refusé ou cessé de participer au Régime d'assurance soins dentaires parce qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, étaient assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des prestations similaires, ou parce qu'elle est assurée à titre de personne à charge en vertu du Régime d'assurance soins dentaires, peut y participer aux conditions suivantes :

- i) Elle doit démontrer à la satisfaction de l'employeur :
 - qu'elle était antérieurement assurée comme personne à charge en vertu du Régime d'assurance soins dentaires ou de tout autre régime accordant une protection similaire;
 - qu'il est devenu impossible pour elle de continuer à être assurée comme personne à charge.
- ii) Sous réserve des dispositions prévues en i) ci-dessus :
 - l'assurance entre en vigueur à la date de fin de l'assurance qui a permis l'exemption si la personne employée présente sa demande dans les 30 jours suivant la date à laquelle il est devenu impossible pour elle de continuer à être assurée en vertu de cette autre assurance;
 - l'assurance entre en vigueur le premier jour de la première période de paie suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur, si la personne employée présente sa demande plus de 30 jours après la date à laquelle il est devenu impossible pour elle de continuer à être assurée en vertu de l'assurance qui a permis l'exemption ou si la fin de l'assurance qui a permis l'exemption est volontaire.

1.4.2 Pour la personne retraitée

Toute personne retraitée est admissible à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, sous réserve des dispositions du contrat quant à la disponibilité du Régime d'assurance vie.

1.4.3 Pour les personnes à charge

Toute personne employée admissible qui désire assurer ses personnes à charge doit remplir une demande d'adhésion à leur égard. Si cette demande est effectuée plus de 30 jours après la date à laquelle elles deviennent admissibles à l'assurance la protection entre en vigueur le premier jour suivant la première période de paie suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'employeur. Toutefois, aucune prestation d'assurance soins dentaires n'est payable à leur égard au cours des 90 premiers jours d'assurance de ces personnes. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise à l'égard des régimes

d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires, mais SSQ en exige toujours à l'égard de la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

La demande d'adhésion doit indiquer le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) que la personne employée désire.

Statut de protection	Personne(s) assurée(s)
Individuel	Personne adhérente seulement
Monoparental	Personne adhérente et enfant(s) à charge
Familial	Personne adhérente, personne conjointe et enfant(s) à charge, s'il y a lieu

1.5 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

1.5.1 Pour la personne employée

Régime d'assurance maladie

L'assurance de toute personne employée admissible entre en vigueur à la date à laquelle elle y devient admissible pour ce qui est du Régime maladie 1 et à la plus tardive des dates suivantes pour ce qui est du Régime maladie 2 ou du Régime maladie 3 :

- La date à laquelle la personne remplit sa demande d'adhésion à l'assurance du régime concerné si elle est au travail à cette date.
- Le premier janvier suivant un minimum de 12 mois de participation au Régime maladie 1, pour ce qui est du Régime maladie 2, pourvu que la personne employée soit au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail.
- Le premier janvier suivant un minimum de 12 mois de participation au Régime maladie 2, pour ce qui est du Régime maladie 3, pourvu que la personne employée soit au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail.

Régime d'assurance vie et Régime d'assurance salaire de longue durée

L'assurance de toute personne employée admissible entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- La date à laquelle la personne devient admissible à l'assurance si elle est au travail à cette date, sinon à la date de son retour au travail.
- La date à laquelle la personne remplit sa demande d'adhésion.

Régime d'assurance soins dentaires

L'assurance d'une personne employée admissible d'une unité d'accréditation dont les membres se sont prononcés majoritairement en faveur de l'instauration du Régime d'assurance soins dentaires débute à la date d'entrée en vigueur de ce régime, si elle remplit alors les conditions d'admission, sinon le jour où elle remplit ces conditions.

1.5.2 Pour les personnes à charge

L'assurance de la personne conjointe et des enfants à charge entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- a) La date d'entrée en vigueur de l'assurance de la personne employée.
- b) La date à laquelle la personne employée remplit sa demande d'adhésion pour les personnes concernées (enfants à charge seulement ou enfants à charge et personne conjointe, selon le cas).
- c) La date à laquelle les personnes concernées (enfants à charge seulement ou enfants à charge et personne conjointe, selon le cas) deviennent des personnes à charge de la personne employée.
- d) Le premier jour de la première période de paie suivant la date à laquelle l'employeur reçoit l'acceptation par SSQ des preuves d'assurabilité qui lui ont été soumises, lorsque des preuves d'assurabilité sont requises pour les personnes concernées (enfants à charge seulement ou enfants à charge et personne conjointe, selon le cas), et cela uniquement pour les montants ou protections assujettis à la production de telles preuves.

1.6 FIN DE L'ASSURANCE

1.6.1 Pour les personnes employées ou retraitées

Sauf stipulation contraire dans le contrat, l'assurance d'une personne employée ou retraitée prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) La date de résiliation du contrat.
- b) La date d'échéance des primes exigibles pour une personne adhérente si elles ne sont pas versées à SSQ avant l'expiration du délai de grâce, sous réserve des dispositions prévues en cas d'interruption temporaire de travail.
- c) La date à laquelle la personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance ou quitte son emploi pour une autre raison que la retraite (31 jours après cette date pour les garanties d'assurance vie de base et additionnelle de la personne adhérente).
- d) Pour ce qui est du Régime d'assurance vie et du Régime d'assurance salaire de longue durée, le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit l'avis écrit par lequel la personne adhérente lui demande de mettre fin à son assurance, que ce soit de façon totale ou partielle.
- e) Pour ce qui est du Régime d'assurance maladie et du Régime d'assurance soins dentaires, le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur accepte la demande d'exemption de participation de la personne adhérente à l'assurance concernée.
- f) Pour ce qui est du Régime d'assurance maladie, du Régime d'assurance salaire de longue durée et du Régime d'assurance soins dentaires, le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de la retraite.

- g) Pour ce qui est du Régime d'assurance vie, à l'exception de l'assurance vie de base de la personne adhérente retraitée, le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date de la retraite.
- h) Pour ce qui est du Régime d'assurance soins dentaires, la date prévue en cas de vote favorable à l'annulation dudit régime, selon les indications du contrat.
- i) Pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, le 31 décembre qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.
- j) Pour ce qui est du Régime d'assurance salaire de longue durée, la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 63 ans.
- k) La date du changement de juridiction pour toute personne adhérente retraitée faisant partie d'un groupe de personnes qui cesse d'être partie aux ententes.

1.6.2 Pour les personnes à charge

Sauf stipulation contraire dans le contrat, l'assurance des personnes à charge prend fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) La date de fin de l'assurance de la personne employée dont elle est personne à charge.
- b) La date à laquelle la personne concernée cesse de répondre à la définition de personne à charge du contrat.
- c) Le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou suit la date à laquelle l'employeur reçoit de la personne adhérente une demande écrite de fin d'assurance partielle ou totale de l'assurance de la personne à charge concernée.
- d) Pour ce qui est de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, le 31 décembre qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

1.7 ABSENCE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

1.7.1 Régime d'assurance maladie

- a) Pendant toute période d'absence temporaire sans traitement, la personne employée doit conserver son assurance en vigueur en vertu du Régime d'assurance maladie, et celle de ses personnes à charge le cas échéant, et payer elle-même les primes requises dans les délais prévus. Toute invalidité totale ayant débuté pendant cette absence temporaire sans traitement et qui persiste par la suite sera réputée débuter à la date prévue du retour au travail de la personne concernée.
- b) Pendant les 120 premiers jours de mise à pied subséquente au contrat de travail d'une personne salariée temporaire dont le réengagement est prévu à l'automne en raison d'une entente entre la commission scolaire et le syndicat, la personne en question doit conserver son assurance en

vigueur en vertu du Régime d'assurance maladie, et celle de ses personnes à charge le cas échéant, et payer elle-même les primes requises dans les délais prévus. Après cette période de 120 jours, la personne adhérente qui n'est pas retournée au travail doit s'inscrire au régime général d'assurance médicaments du Québec. Toute invalidité totale ayant débuté pendant la période de 120 jours de maintien de l'assurance et qui persiste par la suite sera réputée débiter à la date prévue du retour au travail de la personne concernée.

1.7.2 Régime d'assurance vie et Régime d'assurance soins dentaires

- a) En cas d'interruption temporaire de travail, l'assurance demeure en vigueur, s'il y a lieu, conformément aux dispositions des conventions collectives applicables, pourvu que les primes régulières continuent d'être versées. La prime, et le montant d'assurance le cas échéant, sont alors établis en fonction du salaire de la personne adhérente immédiatement avant le début de l'interruption temporaire de travail. Dans le cas d'une personne adhérente employée à temps partiel, le salaire est établi en fonction de la moyenne du salaire des 5 derniers mois précédant le début de l'interruption temporaire de travail.
- b) Pendant les 120 premiers jours de mise à pied subséquente au contrat de travail d'une personne salariée temporaire dont le réengagement est prévu à l'automne en raison d'une entente entre la commission scolaire et le syndicat, la personne en question doit conserver son assurance en vigueur en vertu du Régime d'assurance vie et du Régime d'assurance soins dentaires, et celle de ses personnes à charge le cas échéant, et les primes requises doivent être payées dans les délais prévus. La prime, et le montant d'assurance le cas échéant, sont alors établis en fonction du salaire de la personne adhérente immédiatement avant le début de l'interruption temporaire de travail. Dans le cas d'une personne adhérente employée à temps partiel, le salaire est établi en fonction de la moyenne du salaire des 5 derniers mois précédant le début de l'interruption temporaire de travail.
- c) La personne adhérente ayant le statut de personne employée permanente et bénéficiant d'un congé sabbatique à traitement différé tel que défini aux ententes en vigueur peut continuer sa participation à l'assurance, et celle de ses personnes à charge le cas échéant. Pour ce qui est du Régime d'assurance vie, le montant d'assurance et la prime de cette personne sont alors déterminés selon le salaire que la personne aurait reçu s'il n'y avait pas eu de diminution de celui-ci en raison du congé sabbatique à traitement différé.
- d) Dans le cas où une personne adhérente adhère à un programme de retraite progressive ou de retraite graduelle offert par son employeur, sa participation à l'assurance, et celle de ses personnes à charge le cas échéant, peut être maintenue en vigueur, pourvu que les primes régulières continuent d'être versées. Pour ce qui est du Régime d'assurance vie, le

montant d'assurance et la prime de la personne concernée sont alors déterminés en fonction du salaire que celle-ci aurait reçu si elle n'avait pas participé au programme de retraite progressive ou graduelle. Dans tous les cas, la participation à l'assurance se termine à la plus hâtive des dates suivantes et la personne adhérente devient alors une personne retraitée admissible à l'assurance vie de base de la personne adhérente retraitée :

- i) La date de fin du programme de retraite progressive ou graduelle.
 - ii) Trente-six mois après le début du programme de retraite progressive ou graduelle.
- e) Si une personne adhérente ne maintient pas son assurance en vigueur au cours d'une période d'interruption temporaire de travail mentionnée au point 1.7.2 c) ou 1.7.2. d) ci-dessus, l'assurance qu'elle détenait le jour précédant sa période d'interruption temporaire de travail est remise en vigueur lorsqu'elle retourne effectivement au travail. Si toutefois la personne est devenue invalide et n'avait pas maintenu son assurance en vigueur, son assurance soins dentaires est remise en vigueur à la date prévue de son retour au travail, et cela pendant une durée maximale égale à la période de prestations du régime d'assurance salaire de l'employeur (avec paiement de primes pendant les 12 premiers mois et sans paiement de primes par la suite).

1.7.3 Régime d'assurance salaire de longue durée

- a) En cas d'absence sans traitement résultant de suspension ou de congédiement contesté par grief, la participation de la personne adhérente au Régime d'assurance salaire de longue durée est suspendue. Si la sentence arbitrale est favorable à la personne adhérente, les primes sont payables rétroactivement au début de telle période et toute invalidité totale ayant débuté durant cette même période est alors reconnue.
- b) En cas d'absence sans traitement résultant de mise à pied temporaire, de congé sans traitement, de congé sans traitement à temps partiel, de grève ou de lock-out, toute personne adhérente peut maintenir son assurance en vertu du Régime d'assurance salaire de longue durée, à condition de payer les primes requises. La prime et le salaire servant de base au calcul des prestations sont alors établis en fonction du salaire de la personne adhérente immédiatement avant le début de l'absence. Cependant, le salaire d'une personne adhérente à temps partiel est déterminé en fonction de la moyenne de son salaire des 5 derniers mois précédant le début de l'absence. Une invalidité totale ayant débuté durant la période d'absence sera considérée comme ayant débuté à la date du rappel au travail dans le cas de mise à pied temporaire ou à la date prévue du retour au travail suivant la fin du congé sans traitement, de la grève ou du lock-out. Dans le cas de congé sans traitement à temps partiel, le délai de carence est compté à partir de la date du début de l'invalidité totale. La personne adhérente qui ne se prévaut pas dès le début de l'absence des dispositions permettant ce maintien d'assurance ne peut le faire par la suite au cours de la même période d'absence. Dans un tel cas, son assurance recommence lors de son retour effectif au travail.

- c) Pendant les 120 premiers jours de mise à pied subséquente au contrat de travail d'une personne salariée temporaire dont le réengagement est prévu à l'automne en raison d'une entente entre la commission scolaire et le syndicat, la personne en question peut conserver son assurance en vigueur en vertu du Régime d'assurance salaire de longue durée et payer elle-même les primes requises dans les délais prévus. La prime et le salaire servant de base au calcul des prestations sont alors établis en fonction du salaire de la personne adhérente immédiatement avant le début de l'absence. Cependant, le salaire d'une personne adhérente à temps partiel est déterminé en fonction de la moyenne de son salaire des 5 derniers mois précédant le début de l'absence. Une invalidité totale ayant débuté pendant la période de 120 jours de maintien de l'assurance et qui persiste par la suite sera considérée comme ayant débuté à la date prévue du retour au travail. La personne adhérente qui ne se prévaut pas dès le début de l'absence des dispositions permettant ce maintien d'assurance ne peut le faire par la suite au cours de la même période d'absence. Dans un tel cas, son assurance recommence lors de son retour effectif au travail.
- d) Dans les cas de congés avec traitement, y compris les congés de maternité de 20 semaines, l'assurance du Régime d'assurance salaire de longue durée est maintenue en vigueur et toute invalidité totale survenant durant cette période est évaluée selon les fonctions de la classification de la personne adhérente.
- e) La personne adhérente ayant le statut de personne employée permanente et bénéficiant d'un congé sabbatique à traitement différé tel que défini aux ententes en vigueur peut continuer sa participation au Régime d'assurance salaire de longue durée à condition de payer les primes requises. Le montant de protection et la prime de cette personne adhérente sont alors déterminés en fonction du salaire qu'elle aurait reçu s'il n'y avait pas eu de diminution en raison du congé sabbatique à traitement différé. Une invalidité totale ayant débuté durant la période de congé du congé sabbatique à traitement différé est considérée comme ayant débuté à la date prévue du retour au travail. La personne adhérente qui ne se prévaut pas dès le début de son congé sabbatique à traitement différé des dispositions permettant ce maintien d'assurance ne peut le faire par la suite au cours de cette même période de congé sabbatique à traitement différé. Dans un tel cas, son assurance recommence lors de son retour effectif au travail.
- f) Dans le cas où une personne adhérente adhère à un programme de retraite progressive ou de retraite graduelle offert par son employeur, sa participation au Régime d'assurance salaire de longue durée peut être maintenue en vigueur, pourvu que les primes requises continuent d'être versées. Le montant d'assurance et la prime de la personne concernée sont alors déterminés en fonction du salaire qui lui est effectivement versé par l'employeur. La personne adhérente qui ne se prévaut pas dès le début

du programme de retraite progressive ou graduelle des dispositions permettant ce maintien d'assurance ne peut le faire par la suite. Dans tous les autres cas, la participation à l'assurance se termine à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) La date de fin du programme de retraite progressive ou graduelle.
- ii) Trente-six mois après le début du programme de retraite progressive ou graduelle.

1.8 MODIFICATION D'OPTION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

1.8.1 Durée minimale de participation

Sauf lors de la survenance d'un événement spécifique à l'égard duquel le présent contrat prévoit qu'il en est autrement, une durée minimale de participation s'applique au régime détenu.

1.8.2 Modification à la hausse

Avant de pouvoir faire remplacer l'assurance du régime qu'elle détient par celle du régime immédiatement supérieur, la personne doit y avoir participé pendant au moins 12 mois.

Pour faire faire cette modification, la personne adhérente doit le demander à l'aide du formulaire prévu à cet effet et remettre celui-ci dûment rempli à la personne responsable des assurances chez son employeur. Une telle modification entre en vigueur au début de la première période de paie coïncidant avec ou suivant le 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle l'employeur reçoit le formulaire.

Malgré ce qui précède, l'option détenue en vertu du Régime d'assurance maladie ne peut pas être modifiée à la hausse pendant que la personne adhérente est en invalidité.

1.8.3 Modification à la baisse

Avant de pouvoir faire remplacer l'assurance du régime qu'elle détient par celle du régime immédiatement inférieur, la personne doit y avoir participé pendant au moins 24 mois.

Pour faire faire cette modification, la personne adhérente doit le demander à l'aide du formulaire prévu à cet effet et remettre celui-ci dûment rempli à la personne responsable des assurances chez son employeur. Une telle modification entre en vigueur au début de la première période de paie coïncidant avec ou suivant le 1^{er} janvier qui suit la date à laquelle l'employeur reçoit le formulaire.

1.8.4 Périodes d'exemption, d'absence ou d'exonération entrant dans le calcul des périodes minimales de participation

Si la personne adhérente a connu une période d'exemption, une période pendant laquelle elle a maintenu l'assurance du Régime maladie 1 en raison d'une absence temporaire du travail ou une période durant laquelle elle a bénéficié d'une exonération des primes, la durée de ces périodes est

comptabilisée dans le calcul des périodes minimales de participation prévues ci-dessus.

1.8.5 Événements spécifiques permettant les changements de régime

La personne adhérente peut faire remplacer son assurance maladie en faveur d'un autre régime maladie à celui qu'elle détient sans égard à la période minimale de participation si une demande écrite est reçue par l'employeur dans les 30 jours suivant l'un des événements suivants : perte involontaire de l'assurance maladie ayant permis l'exemption; mariage; cohabitation depuis un an; naissance ou adoption d'un premier enfant; perte involontaire de l'assurance maladie de la personne conjointe ou des enfants à charge; séparation; divorce; décès de la personne conjointe ou d'un enfant à charge.

1.9 EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Une personne adhérente qui est atteinte d'invalidité totale en cours d'assurance a droit à l'exonération du paiement des primes à compter du premier jour de la première période de paie complète pour laquelle elle reçoit des prestations ou indemnités de deuxième année en raison de son invalidité, que ce soit en vertu du régime d'assurance salaire de son employeur ou de la part d'un organisme gouvernemental.

Pour les fins du contrat, l'invalidité totale est réputée prendre fin à la plus hâtive des dates suivantes :

- La date à laquelle la personne prend sa retraite pour une autre raison que son invalidité.
- La date à laquelle la personne est incapable ou refuse de fournir à SSQ des preuves satisfaisantes de son invalidité totale.

1.9.1 De plus, pour le Régime d'assurance vie et pour le Régime d'assurance salaire de longue durée :

- La date à laquelle la personne atteint l'âge de 65 ans si l'invalidité totale a débuté le 1^{er} juillet 1999 ou après.
- Le 31 décembre qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la personne atteint l'âge de 65 ans si l'invalidité totale a débuté avant le 1^{er} juillet 1999.

1.9.2 De plus, pour le Régime d'assurance maladie et pour le Régime d'assurance soins dentaires :

- Après une période de 48 mois d'invalidité totale, mais en aucun cas après la date à laquelle la personne atteint l'âge de 65 ans, dans les cas où l'invalidité totale a débuté le 1^{er} juillet 1999 ou après.
- Le 31 décembre qui coïncide avec ou suit la date à laquelle la personne atteint l'âge de 65 ans si l'invalidité totale a débuté avant le 1^{er} juillet 1999.

2. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

2.1 ASSURANCE

Si une personne engage des frais admissibles pendant qu'elle est assurée en vertu du Régime d'assurance maladie, une partie ou la totalité des frais admissibles du régime déteu sera remboursable à la personne adhérente par SSQ, sous réserve des dispositions du régime et des dispositions de la loi.

2.2 CONDITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS

Nécessité médicale – Les frais couverts par le Régime d'assurance maladie sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services nécessaires au traitement de la personne assurée en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une grossesse et qui, sauf indication contraire, ont été prescrits par un médecin. Les fournitures doivent être acquises et les soins ou services reçus lorsque l'assurance qui est en vigueur en prévoit le remboursement.

Complément aux assurances d'État – Aux fins d'application du Régime d'assurance maladie, toutes les personnes assurées sont considérées comme aussi couvertes par l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de leur province de résidence au Canada. En aucun temps les sommes versées par SSQ ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne avait été couverte par ces assurances.

Date à laquelle les frais sont engagés – Les frais doivent être engagés pendant que la personne est assurée en vertu du Régime d'assurance maladie. Ils sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les services sont obtenus.

Coûts usuels et raisonnables – Les frais doivent ne pas excéder les frais usuels et raisonnables normalement payés pour les mêmes fournitures, soins ou services dans la région où ils sont obtenus. Ils doivent s'appliquer à des fournitures, soins ou services communément obtenus pour une condition comparable.

Services professionnels en santé – Pour être admissibles, les frais se rapportant à des soins ou services de professionnels de la santé doivent être engagés pour des honoraires payables à des personnes qui sont membres en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou services assurés qu'elles ont rendus, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente reconnue par SSQ. Les frais admissibles pour une même personne assurée ne couvrent qu'un seul traitement par jour par profession de la santé. La personne qui fournit les soins ou traitements et la personne assurée doivent ne pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.

2.3 FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE		
MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
<u>GÉNÉRALITÉS</u>		
<p>Le présent tableau décrit les frais qui sont admissibles en vertu de l'un ou l'autre des trois régimes d'assurance maladie, dans la mesure où ils respectent aussi les conditions relatives à l'admissibilité des frais énoncées précédemment, ainsi que la coordination et les exclusions, limitations et restrictions des articles 2.4 à 2.6 inclusivement.</p>		
<p>Lorsqu'un maximum de frais admissibles est exprimé, il doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour calculer le montant remboursable. Le remboursement maximal par année civile est égal au maximum que SSQ doit rembourser à l'égard de frais engagés au cours d'une même année civile.</p>		
<p>Lorsqu'une prescription médicale est requise, la mention PR est indiquée dans la colonne « OBJET ». Dans ce cas, la prescription doit indiquer le nom du médicament ou, dans le cas d'autres produits ou services, le diagnostic, les raisons médicales et les indications thérapeutiques qui les justifient, de même que la durée prévue d'utilisation.</p>		
<p>À moins d'indication contraire, les maximums indiqués dans ce tableau sont des maximums par personne assurée d'une part et par année civile d'autre part. Aussi, à moins d'indication contraire, tout maximum indiqué dans une ligne donnée s'applique à l'ensemble des éléments indiqués dans la colonne « OBJET » de cette ligne et non à chacun de ces éléments pris séparément.</p>		
<p>La personne assurée peut avoir recours au service de transmission électronique des demandes de prestations pour frais de médicaments. Une carte de paiement est remise à la personne adhérente pour lui permettre d'utiliser ce service.</p>		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Médicaments				
1	<p>L'assurance des médicaments faisant partie de l'une ou l'autre des listes indiquées ci-dessous s'applique seulement aux médicaments présentant toutes les caractéristiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ils ont un numéro d'identification (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral et ne peuvent s'obtenir que sur prescription d'une personne légalement autorisée à les prescrire. • Ils sont disponibles exclusivement en pharmacie. • Ils sont vendus par une personne autorisée à le faire, conformément à l'article 37 de la loi sur la pharmacie. 			
	<p>Médicaments ne faisant pas partie de la liste RAMQ mais qui nécessitent la prescription d'un médecin PR</p>	Non couvert		<p>Médicaments inscrits à l'édition courante du fichier de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.</p> <p>Dans le cas des médicaments injectés en cabinet privé, seul le coût de la substance injectée est admissible et non celui de l'acte médical ni celui de la portion du produit qui n'est pas effectivement injectée.</p>
	<p>Médicaments et produits de la liste RAMQ PR</p>			<p>Médicaments et produits couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) et selon les conditions qui y sont déterminées.</p> <p>Les médicaments dits « médicaments d'exception » et qui font partie de la liste RAMQ ne sont couverts que dans les cas déterminés par le règlement applicable au RGAM, selon les conditions et indications thérapeutiques qui y sont précisées. Ces médicaments requièrent une autorisation préalable de SSQ.</p>

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Médicaments (suite)				
	Produits antitabac Injections sclérosantes Stérilets PR	<p>Pour les produits antitabac, le maximum de frais admissibles est mis à jour annuellement selon les directives de la RAMQ.</p> <p>Pour les injections sclérosantes : Il doit s'agir de substances fournies et administrées à des fins curatives et non esthétiques par un médecin et les frais admissibles sont limités à 20 \$ par jour. L'acte médical n'est pas couvert.</p>		
Franchise		5 \$ par prescription	60 \$ par année civile par certificat	36 \$ par année civile par certificat
	Pourcentage de remboursement	75 % jusqu'à concurrence du déboursement maximal prévu par le RGAM et 100 % pour les autres frais engagés la même année	80 % (90 % pour les médicaments génériques) jusqu'à concurrence du déboursement maximal prévu par le RGAM et 100 % pour les autres frais engagés la même année	80 % des frais admissibles (90 % pour les médicaments génériques) jusqu'à concurrence d'un déboursement maximal de 750 \$ par année civile par certificat et 100 % pour les autres frais engagés la même année
VOYAGE		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
2	Assurance voyage PR	Voir article 2.4 « Assurance voyage »		
		Soins d'urgence pour séjour temporaire à l'extérieur de la province de résidence pour personne couverte par les régimes provinciaux d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie		
	Pourcentage de remboursement	100 %		
	Maximums	5 000 000 \$ de remboursement pour toute la durée du séjour		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

VOYAGE		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
3	Assurance annulation de voyage	Voir article 2.5 « Assurance annulation de voyage »		
	Pourcentage de remboursement	100 %		
	Maximums	5 000 \$ de remboursement pour un même voyage		
Médicaments		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
4	Hospitalisation PR	Occupation d'une chambre d'hôpital pour des soins de courte durée		
	Pourcentage de remboursement	100 %		
	Maximums	Différence entre le coût d'occupation d'une chambre à deux lits (semi-privée) et celui d'une chambre à plus de deux lits (salle)		
Services médicaux		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
5	Transport par un service ambulancier	<p>Lorsque l'état de santé de la personne le requiert, transport terrestre, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près où les soins sont disponibles, y compris le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus immédiatement avant et durant le transport.</p> <p>Le transport par avion (ou par hélicoptère dans les cas où il n'est pas couvert par un tiers), par bateau ou par train est également couvert lorsqu'une partie ou la totalité du trajet doit s'effectuer par l'un de ces moyens, si la personne assurée doit être alitée et occuper l'équivalent de deux sièges. La nécessité médicale doit alors être démontrée à la satisfaction de SSQ.</p> <p>Dans tous les cas, le transport doit être effectué par un ambulancier licencié.</p>		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Soins médicaux				
6	Analyses de laboratoire PR	Pour l'analyse de tissus ou liquides biologiques (sang, urine, etc.) à des fins de prévention ou de diagnostic. Les analyses doivent être effectuées en laboratoire privé pour des personnes qui ne sont pas hospitalisées et être du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		
7	Chirurgie esthétique devenue nécessaire par suite d'accident	L'accident doit survenir pendant que la personne est assurée par le présent régime. Les soins doivent débuter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident.		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	5 000 \$ de remboursement par accident		
8	Soins dentaires devenus nécessaires par suite d'accident	Honoraires d'un chirurgien dentiste, ou d'un spécialiste ou denturologiste, pour réparation de dommages accidentels à des dents naturelles (y compris l'achat de prothèses dentaires) ou pour traiter une mâchoire fracturée accidentellement. L'accident doit survenir pendant que la personne est assurée par le présent régime. Les soins doivent avoir lieu au plus tard 12 mois après l'accident. Les frais relatifs à des implants ne sont pas admissibles ni les frais pour bris de dents survenus en mangeant.		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Tarif recommandé par l'ACDQ pour l'année des traitements		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Soins médicaux (suite)				
9	Soins infirmiers PR	Honoraires d'infirmi(er)ère diplômé(e) dûment licencié(e) au service continu et exclusif de la personne assurée.		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	4 000 \$ de remboursement 160 \$ de remboursement par jour		
Articles médicaux		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
10	Prothèses externes Membres artificiels	La perte du membre naturel doit survenir lorsque la personne est assurée par la présente garantie. Ne sont pas couverts à ce titre les prothèses dentaires, appareils auditifs, lunettes, lentilles cornéennes ou autres articles dont la couverture est déjà prévue sous une autre rubrique du présent régime.		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		
11	Fauteuil roulant Marchette PR	Location (ou achat si SSQ le juge plus économique) pour combler un besoin temporaire		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Pour fauteuil roulant : Frais admissibles jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil non motorisé d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier		
12	Lit d'hôpital PR	Location (ou achat si SSQ le juge plus économique) pour combler un besoin temporaire		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Frais admissibles jusqu'à concurrence du coût d'un lit non motorisé d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Articles médicaux (suite)				
13	Pompe à insuline PR	Achat, ajustement, remplacement ou réparation		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	7 500 \$ de remboursement par période de 60 mois		
14	Accessoires pour pompe à insuline PR	Achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		
15	Bas de contention PR	Achat de bas de contention (20mm ou plus d'Hg) pour insuffisance du système veineux ou lymphatique et qui sont obtenus d'un établissement de santé ou d'une pharmacie		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	3 paires		
16	Neurostimulateur transcutané PR	Achat, location, ajustement, remplacement ou réparation		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	800 \$ de remboursement par période de 60 mois		
17	Chaussures orthopédiques PR	<p>Achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger ou compenser un défaut du pied; ou de chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit; ou de chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne; ou de chaussures profondes.</p> <p>Les chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.</p> <p>Coût des additions ou modifications faites à des chaussures orthopédiques.</p> <p>Les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques aux fins de la présente garantie.</p>		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Articles médicaux (suite)				
18	Articles orthopédiques Orthèses plantaires PR	<p>Achat, ajustement, remplacement ou réparation Corsets, pansements médicamenteux, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires et autres articles orthopédiques, ainsi que bandages spéciaux dans les cas de brûlures graves</p> <p>Pour que des frais puissent être considérés comme admissibles pour des orthèses du pied, les orthèses doivent être fournies par un laboratoire spécialisé détenteur de permis émis par les autorités légales.</p> <p>Le Service à la clientèle de SSQ, dont les numéros de téléphone sont indiqués à l'endos de cette brochure, peut confirmer si un article orthopédique est couvert par le régime d'assurance maladie.</p>		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Pour les orthèses du pied : Montants prévus par l'Association nationale des orthésistes du pied		
19	Appareils respiratoires PR	<p>Location. Sur entente préalable avec SSQ, les frais d'achat peuvent aussi être admissibles, de même que les frais de remplacement et de réparation.</p> <p>Exemples d'articles couverts à ce titre : Appareils d'aérosolthérapie; instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire; respirateurs à pression positive intermittente.</p> <p>Ne sont pas couverts à ce titre les articles suivants : Articles ou appareils dont la couverture est déjà prévue sous une autre rubrique du présent régime.</p> <p>Le Service à la clientèle de SSQ, dont les numéros de téléphone sont indiqués à l'endos de cette brochure, peut confirmer si un appareil respiratoire est couvert par le régime d'assurance maladie.</p>		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Articles médicaux (suite)				
20	Appareils thérapeutiques PR	Location. Sur entente préalable avec SSQ, les frais d'achat peuvent aussi être admissibles, de même que les frais de remplacement et de réparation. Exemples d'articles couverts à ce titre : Sondes; cathéters; autres articles d'hygiène du même genre devenus nécessaires par suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre; stimulateurs de consolidation de fractures; vêtements pour traitement de brûlures; couches pour incontinence. Ne sont pas couverts à ce titre les articles suivants : Neurostimulateurs transcutanés; appareils de contrôle tels les stéthoscopes, sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature; accessoires domestiques tels les bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs ou autres appareils de même nature; articles ou appareils dont la couverture est déjà prévue sous une autre rubrique du présent régime. Le Service à la clientèle de SSQ, dont les numéros de téléphone sont indiqués à l'endos de cette brochure, peut confirmer si un appareil thérapeutique est couvert par le régime d'assurance maladie.		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	10 000 \$ de remboursement, à vie		
21	Lentilles intraoculaires PR	Achat, si nécessaire pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		
22	Soutiens-gorges postopératoires PR	Achat, par suite de mastectomie ou de réduction mammaire		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	200 \$ de remboursement, à vie		

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Articles médicaux (suite)				
23	Prothèses mammaires PR	Achat, si nécessaire par suite de mastectomie		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		
24	Articles pour stomie PR	Achat		
	Pourcentage de remboursement	80 %		
	Maximums	Sans objet		
Services paramédicaux		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
25	Psychanalyse Psychiatrie Psychologie Psychothérapie Travail social	Non couvert	Honoraires pour services professionnels en clinique privée par personnes autorisées	
	Pourcentage de remboursement		50 %	
	Maximums		700 \$ de remboursement pour l'ensemble de ces frais	
26	Physiothérapie Thérapie en réadaptation physique	Non couvert	Honoraires pour services professionnels en clinique privée par personnes autorisées	
	Pourcentage de remboursement		50 %	80 %
	Maximums		700 \$ de remboursement pour l'ensemble de ces frais	

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Services paramédicaux (suite)				
27	Diététique PR Chiropractie Acupuncture Ostéopathie Naturopathie PR Podiatrie Kinésithérapie Orthothérapie Massothérapie PR	Non couvert	Honoraires pour services professionnels en clinique privée par personnes autorisées Frais de radiographies pour services professionnels de chiropractie Pour ce qui est des services de naturopathie, seules sont couvertes les consultations pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels; le coût des produits naturels n'est pas couvert	
	Pourcentage de remboursement		50 %	80 %
	Maximums		Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 28, 29 et 30 500 \$ de remboursement	Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 28, 29 et 30 1 000 \$ de remboursement
28	Optométrie Ophtalmologie	Non couvert	Honoraires pour services professionnels en clinique privée par personnes autorisées Les examens de la vue ne sont couverts qu'à l'égard des personnes de moins de 65 ans et à raison d'un seul examen par année civile.	
	Pourcentage de remboursement		50 %	80 %
	Maximums		Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 27, 29 et 30, le maximum est celui qui est indiqué à la ligne 27	Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 27, 29 et 30, le maximum est celui qui est indiqué à la ligne 27

FRAIS ADMISSIBLES DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (suite)

À la première page du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

OBJET		MALADIE 1	MALADIE 2	MALADIE 3
Articles pour correction de la vue				
29	Lunettes PR	Non couvert	Achat ou réparation	
	Pourcentage de remboursement		100 %	
	Maximums		<p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 27, 28 et 30, le maximum est celui qui est indiqué à la ligne 27</p> <p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux de la ligne 30 s'applique aussi un maximum de 125 \$ de remboursement par 24 mois.</p>	<p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 27, 28 et 30, le maximum est celui qui est indiqué à la ligne 27</p> <p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux de la ligne 30 s'applique aussi un maximum de 300 \$ de remboursement par 24 mois.</p>
30	Lentilles cornéennes PR	Non couvert	Achat	
	Pourcentage de remboursement		100 %	
	Maximums		<p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 27, 28 et 29, le maximum est celui qui est indiqué à la ligne 27</p> <p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux de la ligne 29 s'applique aussi un maximum de 125 \$ de remboursement par 24 mois.</p>	<p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux des lignes 27, 28 et 29, le maximum est celui qui est indiqué à la ligne 27</p> <p>Pour l'ensemble de ces frais et de ceux de la ligne 29 s'applique aussi un maximum de 300 \$ de remboursement par 24 mois</p>

2.4 ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE VOYAGE

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

Portée – Sous réserve des dispositions de la présente assurance voyage, SSQ paie les frais engagés par la personne assurée suite à un accident ou à une maladie subite et inattendue nécessitant des soins d'urgence et survenant lorsque la personne est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence, dans la mesure où les frais engagés sont usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquent à des fournitures, soins ou services **prescrits par un médecin** comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

IMPORTANT

Si une personne est déjà porteuse d'une maladie connue, elle doit s'assurer avant son départ que son état de santé est bon et stable, qu'elle peut effectuer ses activités régulières et qu'aucun symptôme ne laisse raisonnablement présager que des complications puissent survenir ou que des soins soient requis pendant la durée du séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

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

Si la maladie ou l'affection :

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

il est recommandé de communiquer, quelques semaines avant votre départ avec la firme d'assistance voyage de SSQ.

Vous obtiendrez ainsi des précisions sur la signification de l'expression « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans votre situation. Les numéros de téléphone pour joindre le service d'assistance voyage apparaissent au verso de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ de même qu'en page 38 de la présente brochure.

Les frais couverts par la présente assurance voyage sont limités à 5 000 000 \$ par personne assurée, pour la durée du séjour à l'étranger. Ce sont les suivants :

- a) Les frais d'hospitalisation dans un hôpital où le patient reçoit effectivement un traitement curatif; les frais engagés sont payables uniquement pour la partie qui excède les prestations payables par le régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de la personne assurée.
- b) Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésie autres que des honoraires pour soins dentaires. Les frais engagés sont payables uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.
- c) Les frais de transport en ambulance, en direction de l'hôpital le plus proche du lieu de l'événement, par un ambulancier licencié.
- d) Les frais engagés pour des médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale.
- e) Les honoraires d'un infirmier diplômé, pour des soins infirmiers privés donnés exclusivement à l'hôpital, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires et prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier doit cependant n'avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être un compagnon de voyage.
- f) Les honoraires d'un chiropraticien, d'un podiatre ou d'un physiothérapeute.
- g) Les frais de location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital ou d'appareil d'assistance respiratoire.
- h) Les frais d'analyses de laboratoire ou de radiographies.
- i) Les frais d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres ou d'autres appareils orthopédiques.
- j) Les honoraires professionnels de chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles pour un accident qui est survenu en dehors de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident. Les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence. Seuls les frais engagés lorsque la présente assurance voyage est en vigueur sont couverts.
- k) Les frais de rapatriement de la personne assurée en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour la conduire jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles. Les frais de transport ou de rapatriement doivent être convenus au préalable avec SSQ et les prestations sont

limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de SSQ, compte tenu de l'état du malade.

- l) Le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale, lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ. L'escorte médicale doit n'avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée ni être un compagnon de voyage.
- m) Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, si une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical du médecin traitant à cet effet.
- n) En cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre au point de départ de la personne assurée au Canada, jusqu'à concurrence de 5 000 \$. Ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ.
- o) Les frais d'hébergement et de repas que la personne assurée doit engager dans un établissement commercial parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de la personne assurée elle-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 200 \$ par jour et d'un maximum de 1 600 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes protégées par la présente assurance voyage.
- p) Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, ainsi que les frais de transport aller et retour d'un proche parent ou d'un ami, selon le moyen le plus économique, dans le but de visiter une personne assurée hospitalisée depuis au moins 7 jours ou pour identifier la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille. Ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ et la personne assurée doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui attestent de la nécessité de la visite. Pour l'ensemble des personnes dont l'assurance est attestée par un même certificat, les frais remboursables pour un séjour à l'étranger sont limités comme suit :
 - Pour le transport : 2 500 \$.
 - Pour l'hébergement et les repas : 200 \$ par jour, jusqu'à un maximum de 1 600 \$ au total.
- q) Les services d'assistance voyage. Ces services ne sont pas disponibles dans tous les pays et peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

IMPORTANT

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

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

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

A) CANADA - États-Unis : 1 800 465-2928

B) AILLEURS DANS LE MONDE, À FRAIS VIRÉS : 514 286-8412

Ces numéros de téléphone apparaissent au verso de la carte plastifiée émise par SSQ à la personne adhérente.

La personne assurée doit fournir son numéro de contrat au moment de l'appel.

Exclusions, limitations et restrictions de l'assurance voyage – Voir article 2.6.

Coordination des prestations d'assurance voyage – Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu de la présente assurance voyage sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres dispositions du Régime d'assurance maladie, les prestations sont payables en vertu de la présente assurance voyage. Lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente assurance voyage, cette dernière ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres dispositions du Régime d'assurance maladie.

2.5 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Admissibilité – Sous réserve des dispositions de la présente assurance annulation de voyage, SSQ paie les frais engagés par la personne assurée à la suite de l'annulation ou de l'interruption d'un voyage dans la mesure où les frais engagés ont trait à des frais de voyage payés d'avance par la personne assurée et que cette dernière, au moment de finaliser les arrangements du voyage, ne connaissait aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation ou l'interruption du voyage prévu. Les frais couverts par la présente assurance annulation de voyage sont payables par SSQ jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par personne assurée par voyage projeté. Le voyage doit être annulé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes :

a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée, son compagnon de voyage, son associé en affaires ou un membre de sa famille. La maladie

ou l'accident doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée et, au moment de l'annulation ou de l'interruption du voyage, empêcher cette personne de remplir ses fonctions habituelles.

- b) Le décès de la personne adhérente, de son conjoint, d'un enfant de la personne adhérente ou de son conjoint, d'un compagnon de voyage de la personne adhérente ou d'un associé en affaires de la personne assurée.
- c) Pourvu que les funérailles aient lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent, le décès d'un membre de la famille :
 - de la personne assurée autre que la personne adhérente; du conjoint de la personne adhérente, ou d'un enfant de la personne adhérente ou du conjoint de cet enfant.
 - du compagnon de voyage de la personne assurée;
- d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est le tuteur légal.
- e) Le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de la personne assurée ou du compagnon de voyage de la personne assurée.
- f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est le liquidateur testamentaire.
- g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte de la personne assurée à destination.
- h) La convocation de la personne assurée ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires afin d'obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation **n'est pas considérée** comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption lorsque la personne concernée :
 - intente une poursuite; ou
 - est une partie poursuivie; ou
 - agit dans l'exercice de ses fonctions habituelles si ces dernières sont celles d'un policier.
- i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu que la mise en quarantaine se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage.
- j) Nonobstant l'exclusion prévue pour les cas de guerre ou d'actes de guerre : Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination, pourvu que la résidence soit toujours

inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage.

- l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date fixée de départ.
- m) Malgré l'exclusion prévue pour les cas de guerre ou d'actes de guerre : Le terrorisme, une guerre déclarée ou non, ou une épidémie dans le pays où la personne assurée doit se rendre, pourvu que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays pour une période couvrant le voyage projeté de la personne assurée et que la recommandation soit émise après que la personne assurée a pris les arrangements relatifs à son voyage.
- n) Le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée 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, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 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 ou des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), ou par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des ces deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
- o) Des conditions atmosphériques qui sont telles que :
 - le départ du transporteur public utilisé par la personne assurée au point de départ du voyage projeté soit annulé, ou retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage;
 - ou que
 - la personne assurée ne peut, après le départ, effectuer une correspondance prévue avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit annulée, ou retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- p) 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.
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

Frais couverts par l'assurance annulation de voyage – Pour être couverts par l'assurance annulation de voyage, les frais doivent faire partie de la liste suivante et être payables par la personne assurée elle-même.

En cas d'annulation avant le départ

- La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
- Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la personne qui devait l'accompagner et partager la chambre ou l'appartement à destination doit annuler son voyage pour une des causes admissibles d'annulation prévues par le contrat et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la personne accompagnatrice doit annuler son voyage.
- La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

Si un départ est manqué à cause du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée ou si le voyage, après le départ, est interrompu temporairement à cause d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou par son compagnon de voyage – Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue.

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 peut être utilisé, et peu importe 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 moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de départ. Ces frais doivent être, au préalable, convenus avec SSQ.

Restriction

Si le retour de la personne assurée est retardé de plus de 7 jours à la suite d'une maladie ou d'un accident subi par la personne assurée ou par son compagnon de voyage, les frais engagés sont couverts pourvu 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 7 jours.

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

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

Transport aller-retour – L'assurance annulation de voyage couvre les frais pour le transport par le moyen le plus économique, après approbation par SSQ ou par la compagnie d'assistance voyage, pour revenir dans la province de résidence de la personne assurée et pour retourner cette personne à l'endroit où elle était en voyage, pourvu que la raison de retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :

- Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de la personne assurée, d'une personne dont elle est le tuteur ou d'une personne dont elle est le liquidateur testamentaire.
- Un sinistre qui a rendu la résidence principale de la personne assurée inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

Exclusions, limitations et restrictions de l'assurance annulation de voyage – Voir article 2.6.

Coordination des prestations d'assurance annulation de voyage – Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu de la présente assurance annulation de voyage sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres dispositions du Régime d'assurance maladie, les prestations sont payables en vertu de la présente assurance annulation de voyage. Lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de la présente assurance annulation de voyage, cette dernière ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres dispositions du Régime d'assurance maladie.

2.6 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du Régime d'assurance maladie

Le Régime d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement dans les cas suivants :

- a) Pour les soins médicaux auxquels la personne a droit ou pourrait avoir droit en vertu de toute loi fédérale ou provinciale.
- b) Pour des prothèses dentaires ou capillaires, pour des appareils auditifs ou pour des examens en vue de prescrire ou ajuster ces appareils, pour des chirurgies, traitements ou prothèses à des fins esthétiques, sauf ceux pour lesquels un remboursement est expressément prévu parce qu'ils sont devenus nécessaires par suite d'accident.
- c) Pour les frais que la personne ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente assurance.

- d) Pour les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé.
- e) Pour les produits ou services utilisés 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.
- f) Pour les frais résultant de la participation active à une insurrection ou à un crime, ou de service actif dans les forces armées, ou qui résultent directement ou indirectement d'une guerre.
- g) Pour les frais se rapportant au traitement de l'obésité.
- h) Pour les frais se rapportant à des lunettes de soleil ou à des lunettes protectrices.
- i) Pour les frais dont la cause les rend admissibles à un remboursement en vertu de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou en vertu de toute autre loi ou de tout autre régime public.

Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif, ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes, sont déduites de toutes prestations payables en vertu du Régime d'assurance maladie :

Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à l'assurance des médicaments

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du Régime d'assurance maladie s'ajoute l'exclusion des produits suivants pour l'assurance des médicaments, et cela peu importe que les produits en question soient considérés ou non comme des médicaments :

- a) Les produits utilisés à des fins cosmétiques ou pour l'hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux.
- b) Les substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif.
- c) Les médicaments de nature expérimentale ou qui sont obtenus par l'entremise du programme fédéral de médicaments d'urgence.
- d) Les produits homéopathiques et les produits dits naturels.
- e) Les produits antibac, à l'exception de ceux qui sont couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.
- f) Les 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 selon les indications thérapeutiques déterminées par le

règlement applicable au régime général d'assurance médicaments du Québec demeurent couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.

- g) Les écrans solaires ou lotions auto-bronzantes. Toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues par la présente assurance et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts. La seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- h) Les médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro à l'exception de ceux qui sont couverts par le régime général d'assurance médicaments du Québec.
- i) Les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas leur entrée dans le régime général d'assurance médicaments du Québec sur la base des critères d'inclusion prédéterminés.
- j) Les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile.
- k) Les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.

Les exclusions, limitations et restrictions du contrat ne doivent en aucun cas rendre l'assurance des médicaments du Régime d'assurance maladie plus restrictive que celle du régime général d'assurance médicaments du Québec.

Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à l'assurance voyage

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du Régime d'assurance maladie s'ajoutent les exclusions du présent article pour l'assurance voyage.

L'assurance voyage du Régime d'assurance maladie ne couvre pas les frais suivants :

- a) Les frais engagés à la suite du refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence alors que SSQ l'a demandé.
- b) Les frais engagés après le retour de la personne assurée dans sa province de résidence.
- c) Les frais relatifs à une chirurgie ou à un traitement facultatif ou non urgent, ainsi que les frais engagés lors d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, peu importe que le voyage soit effectué ou non sur la recommandation d'un médecin.
- d) Les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas au moins en partie couverts par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

- e) Les frais engagés en dehors de la province de résidence de la personne assurée quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé, à l'exception des frais nécessaires immédiatement par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être en dehors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée.
- f) Les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales.

Cette assurance voyage ne couvre pas non plus les frais occasionnés par ou auxquels ont contribué les causes suivantes :

- Une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, peu importe que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, en cas de décès résultant d'une tentative de suicide, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts selon les paramètres prévus dans la description des frais couverts par l'assurance voyage.
- L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.
- Une participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre professionnel à des activités sportives ou sous-marines.
- La grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

Lorsqu'une personne assurée obtient un diagnostic ou reçoit un traitement d'urgence pour une affection et que cette affection ou ce diagnostic requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou des chirurgies supplémentaires, SSQ n'assume pas le coût des services, traitements, ou chirurgies que la personne assurée choisit d'obtenir à l'extérieur de sa province de résidence si la preuve médicale révèle que la personne aurait pu retourner dans sa province pour les obtenir.

Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à l'assurance annulation de voyage

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du Régime d'assurance maladie s'ajoutent les exclusions du présent article pour l'assurance annulation de voyage.

L'assurance annulation de voyage du Régime d'assurance maladie ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- a) Une blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, peu importe que la personne en question soit saine d'esprit ou non.
- b) L'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conditions qui s'ensuivent.
- c) Une participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre professionnel à des activités sportives ou sous-marines.
- d) La grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.
- e) Un voyage entrepris ou projeté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, peu importe que le voyage soit effectué sur la recommandation d'un médecin ou non.
- f) Un voyage entrepris ou projeté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident, dans les cas où la condition médicale ou le décès subséquent de cette personne occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

Les voyages dont l'activité visée est la chasse ou la pêche ne sont pas couverts par l'assurance annulation de voyage.

S'il advient une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié; SSQ doit en être avisé au même moment. La responsabilité de SSQ est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié. Toutefois, la présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de SSQ, que la personne assurée et sa personne conjointe sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de

le faire et la responsabilité de SSQ est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage à cette date.

2.7 PROLONGATION D'ASSURANCE

Lorsque l'assurance d'une personne adhérente atteinte d'invalidité totale prend fin parce qu'elle cesse d'y être admissible pour une autre raison que la retraite, ou lorsque l'assurance d'une personne à charge hospitalisée prend fin parce qu'elle cesse d'être une personne à charge, SSQ paie, conformément aux dispositions du contrat, les frais engagés au cours des 3 mois suivant immédiatement la date de fin de l'assurance, sous réserve de ce qui suit :

- a) Avant la fin de l'assurance, la personne adhérente doit avoir engagé des frais couverts par le Régime d'assurance maladie pour la maladie, l'accident ou la grossesse la rendant totalement invalide ou pour l'hospitalisation de sa personne à charge.
- b) L'invalidité totale de la personne adhérente ou l'hospitalisation de la personne à charge doit se poursuivre de façon continue.

2.8 DROIT DE TRANSFORMATION D'ASSURANCE MALADIE

Le présent droit de transformation permet à la personne adhérente ou à ses personnes à charge d'obtenir un contrat individuel d'assurance maladie à des taux et conditions fixés par SSQ et alors en vigueur pour ce genre d'assurance, et cela sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité.

Pour pouvoir exercer ce droit, la personne doit en faire la demande par écrit au siège social de SSQ dans les 31 jours suivant l'un des événements suivants :

- a) La personne adhérente cesse d'être admissible au Régime d'assurance maladie avant la fin du contrat ou de la garantie. La personne adhérente peut alors exercer son droit de transformation, pour elle-même, mais aussi pour ses personnes à charge si celles-ci étaient aussi assurées.
- b) L'une des personnes cesse d'être une personne à charge assurée au sens du contrat.
- c) La personne adhérente décède.

3. RÉGIME D'ASSURANCE VIE

3.1 ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Montant d'assurance vie d'une personne adhérente non retraitée

Jusqu'au 31 décembre qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, le montant d'assurance payable au décès d'une personne adhérente non retraitée est égal à 1 fois le salaire annuel de cette personne. Par la suite, le montant d'assurance payable au décès est égal à 50 % de son salaire annuel.

Si, lors de son décès, la personne adhérente est assurée sans paiement de prime par suite d'invalidité totale, le montant d'assurance payable est basé sur son salaire immédiatement avant le début de l'exonération des primes.

Exclusion en cas de suicide

Les montants d'assurance vie demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne adhérente ne sont pas payables si elle se suicide au cours des 12 mois qui suivent la date de leur entrée en vigueur.

Pour l'assurance vie de base de la personne retraitée, nous vous référons à la section 7 de la présente brochure.

3.2 ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Objet de l'assurance – Sous réserve des autres dispositions du contrat, SSQ s'engage à payer la prestation prévue au « Tableau des pertes » ci-après si, pendant qu'elle est couverte par la présente garantie et qu'elle n'est pas exonérée des primes par suite d'invalidité totale, la personne adhérente subit un accident (ou est alors victime de noyade ou asphyxie accidentelles révélées par autopsie) causant l'une des pertes prévues par l'assurance, et pourvu que la perte en question survienne au cours des 90 jours suivant la date de l'accident.

Montant d'assurance et montant de prestation

Le montant d'assurance de la présente garantie est égal au salaire annuel de la personne adhérente alors que le montant de la prestation payable pour une perte donnée est déterminé selon les indications du « Tableau des pertes » ci-après et correspond à un pourcentage du montant d'assurance en vigueur au moment de l'accident qui a entraîné la perte. Cependant, ce montant de prestation est doublé si l'accident que subit la personne adhérente se produit dans l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- a) Lors d'un voyage comme passager dans une voiture de transport public (y compris les plates-formes, les marches ou marchepieds d'une voiture de chemin de fer ou de métro) régulièrement affectée au service des passagers par un voiturier licencié (par exemple, autobus, taxi, métro, bateau ou avion commercial).
- b) Dans un escalier mobile ou un ascenseur, sauf s'il s'agit d'un ascenseur de mine.

- c) Lors de l'incendie d'un édifice public, pourvu que la personne adhérente s'y soit trouvée dès le début de l'incendie et n'y pratique pas habituellement son occupation.
- d) Lors de l'écroulement d'un mur extérieur d'un édifice public, si la personne adhérente se trouvait à l'intérieur de l'édifice et pourvu qu'elle n'y pratique pas habituellement son occupation.
- e) Par l'effet de la foudre, ou par celui de l'explosion ou de la rupture d'une chaudière à vapeur.
- f) Par l'effet d'un ouragan ou d'un cyclone, tels que rapportés par le bureau météorologique du district où l'accident a lieu.

Prestation maximale pour pertes multiples : Le montant total de la prestation payable ne peut excéder 100 % du montant d'assurance de la présente garantie (ou 200 % de ce montant si l'accident s'est produit dans l'une des circonstances qui font que le montant de la prestation doit être doublé, comme prévu ci-dessus) lorsque, par suite d'un même accident, une personne adhérente subit plus d'une des pertes prévues au « Tableau des pertes » ci-après.

Tableau des pertes

Perte accidentelle	Prestation en pourcentage du salaire	
	Avant réduction*	Après réduction*
Décès	100 %	50 %
Perte des deux mains	100 %	50 %
Perte des deux pieds	100 %	50 %
Perte de la vue des deux yeux	100 %	50 %
Perte d'une main et d'un pied	100 %	50 %
Perte d'une main et de la vue d'un oeil	100 %	50 %
Perte d'un pied et de la vue d'un oeil	100 %	50 %
Perte d'une main ou d'un pied	50 %	25 %
Perte de la vue d'un oeil	50 %	25 %
Perte d'un doigt	10 %	5 %

* La réduction s'applique si la personne a atteint 65 ans avant l'année de l'accident.

Définitions

- Perte de la vue d'un oeil : perte totale et irrécouvrable de la vue d'un oeil.
- Perte d'un doigt : perte totale et irrécouvrable de l'usage d'un doigt, ou son amputation à l'articulation se situant entre la main et la première phalange, mais sans qu'il y ait perte de la main.
- Perte d'une main : perte totale et irrécouvrable de l'usage d'une main, ou son amputation à la hauteur du poignet ou au-dessus.
- Perte d'un pied : perte totale et irrécouvrable de l'usage d'un pied, ou son amputation à la hauteur de la cheville ou au-dessus.

Exclusions, limitations et restrictions

SSQ ne verse aucune prestation en vertu de la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident pour une perte qui survient par suite de l'une ou l'autre des circonstances suivantes :

- a) Toute infection, infirmité ou maladie ayant existé avant la date de l'accident.
- b) Tout vol à bord de tout type d'avion, si la personne y agit en tant que membre de l'équipage ou y exerce toute fonction en rapport avec ce vol, que cette fonction entre ou non dans le cadre du pilotage de l'avion. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à une personne qui est alors dans l'exercice de ses fonctions de personne employée.
- c) La participation active à une insurrection ou à une guerre ou le service actif dans les forces armées de tout pays en état de guerre, que les hostilités soient déclarées ou non, ou la participation active à une émeute.
- d) L'intoxication par un gaz, un poison, une drogue ou un médicament, peu importe que cette intoxication soit volontaire ou non. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à une intoxication accidentelle causée par le travail de la personne adhérente.
- e) Un suicide ou une tentative de suicide, ou des blessures que la personne adhérente s'est infligées ou s'est fait infliger intentionnellement, peu importe que la personne concernée soit saine d'esprit ou non.
- f) La participation active à un crime.
- g) Une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel, sauf dans les cas où la seule infraction concerne la conduite d'un véhicule motorisé par un conducteur avec facultés affaiblies.

SSQ ne verse aucune prestation en vertu de la garantie d'assurance en cas de mort ou mutilation par accident pour une perte qui survient pendant que la personne est exonérée du paiement des primes par suite d'invalidité totale.

3.3 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

Toute personne adhérente non retraitée peut choisir de s'assurer non seulement en vertu de l'assurance vie de base de la personne adhérente mais aussi en vertu de la présente garantie, moyennant présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ. Le montant additionnel d'assurance vie qu'elle peut alors choisir est égal à 1, 2 ou 3 fois son salaire annuel.

Si une personne décède pendant qu'elle est couverte par la présente garantie et exonérée du paiement des primes par suite d'invalidité totale, le montant d'assurance payable en vertu de la présente garantie est basé sur le salaire qui s'appliquait à cette personne immédiatement avant le début de l'exonération des primes.

Exclusion en cas de suicide – Si la personne adhérente se suicide et décède dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie

additionnelle qu'elle a demandés plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, les montants en question ne sont pas payables par SSQ.

3.4 ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Lors du décès d'une personne à charge assurée en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à payer à la personne adhérente un montant de 4 000 \$ dans le cas du décès de la personne conjointe et de 2 000 \$ dans le cas du décès de tout enfant à charge de plus de 24 heures.

3.5 ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE LA PERSONNE CONJOINTE

Toute personne adhérente non retraitée peut choisir d'assurer sa personne conjointe non seulement en vertu de l'assurance vie des personnes à charge mais aussi en vertu de la présente garantie, moyennant présentation de preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ. Le montant additionnel d'assurance vie qu'elle peut alors choisir sur la vie de sa personne conjointe est égal à 10 000 \$, 20 000 \$, 30 000 \$, 40 000 \$ ou 50 000 \$.

Exclusion en cas de suicide – Si la personne conjointe se suicide et décède dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie additionnelle qui ont été demandés plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, les montants en question ne sont pas payables par SSQ.

3.6 DROIT DE TRANSFORMATION

Si l'assurance vie d'une personne prend fin pendant que le contrat est en vigueur, et cela parce que la personne adhérente cesse de faire partie du groupe pour une autre façon que la retraite, cette personne adhérente a le droit de la transformer en tout ou en partie en assurance vie individuelle, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité. Pour pouvoir exercer ce droit, la personne adhérente doit toutefois en faire la demande par écrit à SSQ au plus tard 31 jours après son départ du groupe.

Ce droit s'applique toutefois seulement à l'égard des personnes dont la fin d'assurance survient au plus tard le jour de leur 65^e anniversaire de naissance et pourvu aussi que la personne adhérente cesse de faire partie du groupe au plus tard le jour de son 65^e anniversaire de naissance. Les types d'assurance individuelle qu'il est possible d'obtenir en exerçant le droit de transformation d'assurance vie collective d'une personne assurée sont les suivants :

- a) Une assurance vie comparable à l'assurance collective de la personne concernée quant au montant et à la durée, mais dont le montant n'excède pas 400 000 \$ pour l'ensemble des garanties d'assurance collective sur la vie de cette personne, que cette assurance soit détenue à titre de personne adhérente, de personne conjointe ou d'enfant à charge.
- b) Une assurance vie temporaire d'un an transformable en assurance visée en a) ci-dessus.

L'assurance individuelle résultant de l'exercice du droit de transformation ne comporte pas d'exonération des primes.

Si une personne décède au cours de la période de 31 jours durant laquelle la personne adhérente aurait pu exercer le droit de transformer son assurance collective sur la vie et que cette assurance n'ait pas déjà été transformée, le montant d'assurance vie que la personne adhérente était en droit de transformer à l'égard de cette personne est payable en vertu du contrat d'assurance collective.

Dans tous les cas de transformation, la prime de première année de l'assurance individuelle ne peut pas être supérieure à celle d'une assurance temporaire d'un an. Sauf pour cette prime de première année, la prime de l'assurance individuelle obtenue est une prime uniforme. La prime est calculée selon les taux d'assurance individuelle en vigueur d'après le sexe de la personne à assurer et d'après son âge et ses habitudes tabagiques à la date à laquelle la personne adhérente cesse de faire partie du groupe, ainsi que d'après les particularités qui s'appliquaient alors à sa protection, le cas échéant. SSQ doit avoir reçu la première prime de l'assurance individuelle dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne adhérente cesse de faire partie du groupe.

3.7 PAIEMENT DE L'ASSURANCE

Les prestations du Régime d'assurance vie sont basées sur le montant d'assurance en vigueur au moment de l'événement faisant l'objet de l'assurance. En cas de mutilation d'une personne adhérente ou de décès d'une personne à charge, les prestations sont payables à la personne adhérente. En cas de décès d'une personne adhérente, les prestations sont payables au bénéficiaire désigné, sinon aux ayants droit de la personne adhérente.

La personne qui demande des prestations doit fournir les preuves requises par SSQ.

- Pour établir ses droits.
- Pour certifier que le décès ou la perte accidentelle ont eu lieu.
- Pour démontrer la cause du décès ou de la perte accidentelle.
- Pour prouver l'exactitude de la date de naissance déclarée par la personne adhérente.

Le paiement n'est effectué que si l'assurance est en vigueur à la date du décès ou de la perte.

3.8 PAIEMENT ANTICIPÉ

Lorsque l'assurance vie de la personne adhérente est prolongée sans paiement des primes suivant les dispositions prévues à la section 1.9 et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, elle a le droit, si elle en fait la demande par écrit au siège social de SSQ, de recevoir des prestations d'invalidité égales au moins de 25 000 \$ et de 50 % du montant d'assurance vie total pour lequel elle est assurée. Dans ce dernier cas, le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction éventuelle de protection devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de la personne adhérente.

La personne adhérente qui désire exercer ce droit doit fournir à SSQ les preuves démontrant :

- que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande; et, s’il y a lieu,
- l’acceptation de son bénéficiaire, si celui-ci est un bénéficiaire autre que « le liquidateur de la succession de l’adhérent ou ses ayants droits ».

Lors du décès de la personne adhérente, le montant autrement payable par SSQ au bénéficiaire est réduit du montant payé à titre de prestations d’invalidité à la personne adhérente en vertu du présent droit, accumulé avec intérêt selon un taux annuel de 10 %.

3.9 BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Sous réserve des dispositions de la loi, toute personne adhérente peut désigner une ou plusieurs personnes comme bénéficiaires de son assurance, y compris ses ayants droit, ou changer sa désignation de bénéficiaire, en signant une déclaration écrite à cet effet et en la déposant au siège social de SSQ. SSQ n’est pas responsable de la validité juridique des désignations et changements de bénéficiaires.

Les droits des bénéficiaires qui décèdent avant la personne adhérente retournent à cette dernière. Si, au moment de son décès, la personne adhérente n’a pas désigné de bénéficiaire par écrit, le montant d’assurance est payable à ses ayants droit.

4. RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

4.1 ASSURANCE

Sur réception et approbation par SSQ de preuves établissant qu'une personne adhérente est devenue totalement invalide en cours d'assurance et que son invalidité totale s'est poursuivie après épuisement du délai de carence du Régime d'assurance salaire de longue durée, SSQ verse à cette personne une prestation sous forme de rente mensuelle, sous réserve de toute autre disposition du contrat. Le cas échéant, le montant de la rente mensuelle est fractionné au prorata du nombre de jours d'invalidité totale pendant le mois pour lequel elle est versée.

4.2 DÉLAI DE CARENCE

Le délai de carence est la période de 104 semaines suivant le début de l'invalidité totale.

4.3 PÉRIODE DE PRESTATION

La personne adhérente totalement invalide a droit de recevoir la rente d'invalidité de longue durée à compter de la fin du délai de carence, et cela aussi longtemps que se poursuit son invalidité totale mais sans que ce droit puisse se poursuivre après la plus hâtive des dates suivantes :

- La date de sa retraite, sauf si la retraite a pour cause l'invalidité.
- La date de son 65^e anniversaire de naissance.

4.4 MONTANT DE LA RENTE MENSUELLE

Le montant initial servant au calcul de la rente mensuelle est égal à un douzième de 65 % du salaire annuel brut utilisé pour le calcul de la 104^e semaine de prestation du régime d'assurance salaire de l'employeur, tel que prévu à la convention collective. Toutefois, le montant de la rente peut être réduit en présence d'autres sources de revenu, ou augmenté par suite d'indexation, conformément à ce qui est indiqué à cet égard dans le contrat.

La rente payable en vertu du présent régime est réduite des prestations d'invalidité payables en vertu de la loi sur l'assurance automobile, de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pension du Canada, d'un régime de retraite de l'employeur (sous réserve de ce qui est indiqué en 4.4 a), b) et c) ci-après), de toute loi sociale et de toute police d'assurance. Elle est aussi réduite de toute rémunération reçue de l'employeur, étant entendu qu'aux fins de l'assurance salaire de longue durée, les paiements de banques de congés de maladie et les primes de séparation ne sont pas considérés comme une rémunération reçue de l'employeur.

La rente payable en vertu du présent régime est aussi réduite de 50 % du montant de toute rente de retraite provenant d'un régime de retraite de l'employeur. Aux fins du présent régime, toutefois, la personne adhérente n'est

pas obligée de demander le paiement d'une rente de retraite si sa demande entraîne l'application d'une réduction actuarielle.

Dans la mesure où les dispositions du régime de retraite de l'employeur le permettent, les prestations d'invalidité dudit régime n'entrent pas dans le calcul de la réduction de la rente payable en vertu du contrat, tant que l'ensemble des conditions suivantes s'appliquent :

- a) La personne invalide continue à cotiser au régime de retraite de l'employeur.
- b) La personne invalide n'a pas complété 35 années de service reconnues aux termes du régime de retraite de l'employeur.
- c) La personne invalide ne reçoit pas de prestations d'invalidité en vertu du régime de retraite de l'employeur.

Il incombe à la personne adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit aux revenus d'autres sources mentionnés ci-dessus. Toutefois, aux fins du contrat, il n'est pas tenu compte de l'indexation des montants payables en vertu des lois sociales à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

La personne adhérente n'a pas à demander le paiement d'une rente de retraite pendant la période où elle bénéficie de l'exonération des cotisations à son régime de retraite. Cependant, ce droit ne s'applique qu'à la rente de retraite usuelle et non pas à une rente d'invalidité prévue par certains régimes de retraite. Il ne s'applique pas non plus aux personnes à qui 35 années de service ont été créditées aux fins du calcul de la rente de retraite.

Le calcul de la prestation d'invalidité payable en vertu de la présente assurance ne tient pas compte de l'indexation des montants payables en provenance des sources de revenu mentionnées précédemment et de la présente assurance.

Le total des revenus de toutes sources et de la rente payable en vertu du Régime d'assurance salaire de longue durée ne doivent en aucun temps excéder 100 % du salaire qui était payable à la personne adhérente immédiatement avant qu'elle devienne totalement invalide.

4.5 INDEXATION

Le montant initial de la rente prévue par le Régime d'assurance salaire de longue durée est ajusté le 1^{er} janvier de chaque année selon les mêmes modalités d'indexation que celles du Régime de rentes du Québec, moins 3 %. Cette indexation est aussi limitée à un maximum de 5 % par année. Le premier ajustement est effectué le 1^{er} janvier suivant 12 mois de paiement de la rente d'assurance salaire de longue durée.

4.6 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

SSQ est dégagé de toute obligation relativement à toute période d'invalidité totale résultant de l'une ou l'autre des causes suivantes.

- a) Une tentative de suicide ou des blessures que la personne adhérente s'est infligées intentionnellement ou s'est fait infliger intentionnellement, peu

importe que la personne qui a posé l'acte en question soit saine d'esprit ou non.

- b) Une guerre déclarée ou non.
- c) La participation active de la personne adhérente à une émeute ou à une insurrection.
- d) L'alcoolisme ou la toxicomanie, lorsque la personne adhérente ne reçoit pas effectivement des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation.
- e) Tout vol à bord de tout type d'avion, si la personne y agit en tant que membre de l'équipage ou y exerce toute fonction en rapport avec ce vol, que cette fonction entre ou non dans le cadre du pilotage de l'avion. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à une personne qui est alors dans l'exercice de ses fonctions de personne employée.
- f) Une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel.

De plus, aucun versement n'est effectué en rapport avec les périodes d'invalidité totale suivantes.

- Une période durant laquelle la personne employée n'est pas sous les soins personnels et réguliers d'un médecin en raison de la maladie ou des dommages causant l'invalidité totale, sauf les cas d'états stationnaires médicalement attestés de manière jugée satisfaisante par SSQ.
- Une période durant laquelle la personne employée est emprisonnée par suite de condamnation pour cause d'infraction.
- Une période au cours de laquelle la personne employée réside en dehors du Canada ou des États-Unis d'Amérique.

Aucune rente n'est payable si la personne adhérente n'est pas sous la surveillance d'un médecin. Lorsque des soins médicaux sont requis et qu'ils relèvent de la compétence d'une personne spécialiste, ils doivent être fournis par une personne spécialiste du domaine approprié pour que l'invalidité totale soit reconnue comme telle.

4.7 RÉCIDIVE D'INVALIDITÉ TOTALE

Durant la période où des prestations du régime d'assurance salaire de l'employeur sont versées, des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme le prolongement de la même période d'invalidité si elles sont interrompues par moins de 32 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, ou par moins de 8 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet si la période continue d'invalidité qui précède le retour au travail de la personne employée est égale ou inférieure à 3 mois. Toutefois, deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme distinctes dans les cas où elles sont causées par des maladies ou accidents absolument sans rapport les uns avec les autres.

Par la suite, des périodes successives d'invalidité totale sont considérées comme le prolongement de la même période d'invalidité si elles sont interrompues par moins de 6 mois d'emploi continu. Toutefois, deux périodes d'invalidité totale sont considérées comme distinctes dans les cas où elles sont causées par des maladies ou accidents absolument sans rapport les uns avec les autres et à condition que la deuxième période débute seulement après le retour de la personne employée au travail à plein temps.

4.8 RÉADAPTATION

Une personne adhérente invalide peut, avec l'approbation de SSQ, s'engager dans un travail de réadaptation tout en continuant à bénéficier du Régime d'assurance salaire de longue durée relativement à son invalidité en cours, et cela aussi longtemps que SSQ considère que ledit travail demeure un travail de réadaptation. Les montants d'indemnité payables par SSQ pendant la durée de ce travail de réadaptation sont réduits de 60 % de la rémunération totale provenant dudit travail.

5. RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

5.1 ASSURANCE

Si une personne engage des frais dentaires admissibles pendant qu'elle est assurée en vertu du Régime d'assurance soins dentaires, une partie de ces frais est remboursable à la personne adhérente par SSQ, sous réserve des dispositions du contrat.

Pour les personnes employées d'un établissement dont la participation au Régime d'assurance soins dentaires est devenue obligatoire, le remboursement maximal de prestations payables pour les frais de restauration pour chaque personne assurée est de 500 \$ pour l'année civile au cours de laquelle la participation est devenue obligatoire, de 750 \$ pour l'année civile suivante et de 1 000 \$ par année civile par la suite.

5.2 CONDITIONS RELATIVES À L'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS

Complément à l'assurance d'État – Aux fins d'application du Régime d'assurance soins dentaires, toutes les personnes assurées sont considérées comme aussi couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence au Canada. En aucun temps les sommes versées par SSQ ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne avait été couverte par son assurance d'État.

Date où les frais sont engagés – Les frais doivent être engagés pendant que la personne est assurée en vertu du Régime d'assurance soins dentaires. Ils sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les services sont obtenus.

Coûts usuels et raisonnables – Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés pour la période au cours de laquelle ils sont prodigués par l'association professionnelle de référence suivante : pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel concerné; pour les services d'un denturologue, l'association de denturologistes de la province de pratique du denturologue. Toutefois, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon SSQ, doivent s'appliquer à la province de pratique du dentiste ou du denturologue..

Services professionnels – Pour être admissibles, les frais se rapportant aux soins ou traitements fournis doivent être engagés pour des honoraires payables à des dentistes généralistes ou spécialistes. Les frais engagés pour la fabrication d'une prothèse par une personne qui est reconnue comme membre de l'Ordre des denturologistes du Québec sont également admissibles selon les modalités du contrat.

5.3 ACTES DENTAIRES COUVERTS PAR L'ASSURANCE

Frais courants – Le pourcentage de remboursement des frais dentaires suivants est de 80 %.

Diagnostic

- a) Examen buccal clinique
 - i) examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois
 - ii) examen complet : un examen par période de 36 mois
 - iii) examen d'urgence : 2 examens par année civile
 - iv) examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile
 - v) examen pour les enfants de moins de 10 ans non remboursable par le régime d'assurance maladie du Québec : un examen par période de 12 mois
- b) Radiographies
 - i) Film intra-oral
 - pellicule périapicale
 - pellicule occlusale
 - pellicule interproximale
 - ii) Film extra-oral
 - pellicule extra-orale
 - examen des sinus
 - sialographie
 - utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
 - articulation temporo-mandibulaire
 - pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
 - iii) film céphalométrique
 - iv) interprétation d'une radiographie provenant d'une autre source : un film par année civile
 - v) duplicata de radiographie ou d'un dossier : 2 duplicatas par année civile
- c) Cultures bactériologiques pour la détermination d'agents pathologiques
- d) Biopsie de tissu mou et de tissu dur
- e) Tests cytologiques
 - i) frottis cytologiques de la cavité buccale
 - ii) coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques

- f) Modèle de diagnostic (est exclu si associé à un traitement de restauration)
 - i) non monté
 - ii) monté
 - iii) cirage de diagnostic
- g) Photographies diagnostiques

Prévention et appareils de maintien

- a) Prévention
 - i) Polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
 - dentition primaire
 - dentition mixte
 - dentition permanente
 - ii) Détartrage : une fois par période de 6 mois
 - iii) Application topique de fluorure : une fois par période de 6 mois (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts)
 - iv) Analyse de la diète et recommandations : une fois à vie
 - v) Soins d'hygiène buccale : une fois à vie
 - vi) Reprise des soins d'hygiène buccale : une fois à vie
 - vii) Programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
 - viii) Finition des obturations
 - ix) Scellants de puits et fissures : seulement sur les dents postérieures permanentes des enfants âgés de moins de 14 ans et une fois par période de 36 mois pour une même dent
 - x) Application topique d'agent antimicrobien
 - xi) Meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts)
 - xii) Odontotomie prophylactique (est inclus dans les scellants de puits et fissures si fait lors de la même séance)
- b) Appareils de maintien (Une fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée – seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts)
 - i) Arc lingual soudé (bilatéral)
 - ii) Pontiques attachés à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes
 - iii) Arc lingual amovible – arc d'Ellis

- iv) Couronne en acier ou bague
 - sur bague, unilatéral
 - en acier inoxydable avec attache, unilatéral
 - couronne en acier ou avec attache, intra-alvéolaire
- v) Appareil de maintien
 - amovible en acrylique
 - amovible en acrylique avec dents
 - pontique avec acide-liant

Restauration mineure (L'assurance couvre une même surface ou classe sur une même dent une fois par période de 12 mois.)

- a) Pansement sédatif
- b) Pansement sédatif et utilisation d'une bande pour la rétention et le support
- c) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
- d) Restauration en amalgame non collé
- e) Restauration en amalgame collé
- f) Restauration en composite (l'équivalent de l'amalgame non collé est admissible lorsqu'est réclamée une restauration en composite sur les molaires)
- g) Facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires : une fois par période de 48 mois pour une même dent (Une radiographie est exigée pour confirmer la nature non esthétique de cet acte)

- h) Facette fabriquée au fauteuil
- i) Tenons par restauration

Traitements parodontaux

- a) Soins des infections aiguës et autres lésions
- b) Application d'agent désensibilisant
- c) Chirurgie parodontale sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée
- d) Jumelage
- e) Jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- f) Services complémentaires
 - i) équilibration mineure de l'occlusion : 3 fois par année civile
 - ii) équilibration majeure de l'occlusion : une fois par année civile

- iii) appareil parodontal : une fois par période de 48 mois
- iv) réparation d'appareils : une fois par période de 12 mois
- v) rebasage d'appareils

Chirurgie buccale

- a) Ablation de dent ayant fait éruption (sans complication)
- b) Ablation chirurgicale (complexe), dent ayant fait éruption, dent incluse et racine
 - i) Acceptation de la demande par SSQ avec radiographie à l'appui
- c) Alvéolectomie
- d) Alvéoloplastie
- e) Ostéoplastie
- f) Tubéroplastie
- g) Ablation de tissu hyperplasique
- h) Ablation de surplus de muqueuse
- i) Extension des replis muqueux
- j) Ablation de tumeur ou de kyste
- k) Incision et drainage
- l) Réduction de fracture
- m) Frénectomie
- n) Dislocation de la mandibule
- o) Traitement des glandes salivaires
- p) Récupération d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum
- q) Lavage de l'antrum
- r) Fermeture d'une fistule oro-antrale
- s) Contrôle d'hémorragie
- t) Traitement post-chirurgical

Services généraux

- a) Traitement palliatif de douleurs dentaires
- b) Responsabilité et temps requis en sus d'un acte courant
- c) Anesthésie locale

Frais de restauration – Le pourcentage de remboursement des frais dentaires suivants est de 60 %.

Restauration majeure et prothèse fixe

- a) Aurification : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- b) Incrustation : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - i) en or
 - ii) tenon de rétention dans l'incrustation
 - iii) en porcelaine, en résine ou céramique
- c) Couronne : une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - i) en acier inoxydable préfabriquée
 - ii) en polycarbonate ou autre matériel similaire
- d) Couronne individuelle
 - i) acrylique cuit
 - ii) Or et acrylique ou acrylique sur métal
 - iii) Porcelaine ou céramique
 - iv) Porcelaine métal
 - v) Métal précieux ou non (couronne complète)
 - vi) Couronne 3/4 – porcelaine, céramique ou métal (précieux ou non)
- e) Corps coulé
- f) Recimentation d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot ou de fragment de dent brisée : 2 fois par année civile pour une même dent
- g) Pivot préfabriqué
- h) Pivot préfabriqué avec reconstitution
- i) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne

Endodontie

- a) Urgence endodontique
 - i) Pulpotomie
 - ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine
 - ii) Pulpectomie d'urgence
 - dent primaire (y compris trépanation de la couronne)
 - antérieure et prémolaire permanente
 - molaire permanente
 - ouverture et drainage d'urgence, antérieure et prémolaire
 - ouverture et drainage d'urgence, molaire

- b) Traumatisme endodontique
 - i) Meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique, acte distinct
 - ii) Réimplantation d'une dent avulsée
 - iii) Reposition d'une dent déplacée par traumatisme
- c) Traitement endodontique général
 - i) Préparation de la dent en vue d'un traitement
 - ii) Traitement de canal
 - 1 canal
 - 2 canaux
 - 3 canaux
 - 4 canaux
 - iii) Retraitement de canal
- d) Apexification
 - i) 1 canal
 - ii) 2 canaux
 - iii) 3 canaux
- e) Chirurgie endodontique
 - i) Apectomie
 - ii) Obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
 - iii) Amputation de racine
 - iv) Hémisection
 - v) Réimplantation intentionnelle
 - vi) Stabilisateur endodontique intra-osseux

Prothèse amovible

- a) Prothèse complète
 - i) prothèse complète
 - ii) prothèse immédiate
 - iii) prothèse immédiate de transition
 - iv) prothèse hybride
- b) Prothèse partielle amovible (Les frais pour prothèses équilibrées sont admis sur la base des frais pour prothèses normales équivalentes.)
 - i) prothèse partielle immédiate permanentes ou de transition

- ii) prothèse partielle avec base coulée
- iii) prothèse partielle avec attaches de précision
- iv) prothèse partielle coulée de type semi-précision
- v) empreinte
- vi) prothèse partielle, réfection: une fois par période de 48 mois
- vii) ajustement d'une prothèse
- viii) balancement d'une prothèse complète ou partielle

Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible

- a) Réparations avec ou sans empreinte
- b) Ajouts de structure à un partiel
- c) Rebasage, regarnissage
- d) Garnissage temporaire thérapeutique
- e) Remplacement des dents d'une prothèse

Pont fixe

- a) Pontique [sauf acrylique fabriqué durant la guérison (de transition) et acrylique temporaire, acide-liant aux dents adjacentes]
- b) Pont Papillon (Maryland, Rochette ou autre)
- c) Pont Californien
- d) Pilier [Sauf acrylique fabriqué durant la guérison (de transition) et barre de rétention par des vis aux implants pour recevoir la prothèse]
- e) Attache de précision
- f) Tenon de rétention pour couronnes ou piliers

Réparation de pont fixe – Réparations (sauf l'ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier)

5.4 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS DE L'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu au présent Régime d'assurance soins dentaires.

Le Régime d'assurance soins dentaires ne couvre pas les actes, traitements ou prothèses, de quelque nature que ce soit, qui sont liés à un implant.

Aucun remboursement n'est effectué en vertu du Régime d'assurance soins dentaires, pour ce qui suit :

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

- b) Les soins dentaires visant la reconstitution de la bouche entière, la correction de l'espace vertical, la restauration de l'occlusion ou la correction du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire, ou un jumelage permanent des dents.
- c) Les frais imposés pour les rendez-vous auxquels la personne assurée néglige de se présenter et les frais engagés pour faire remplir des demandes de remboursement ou pour des consultations par téléphone.
- d) Les frais relatifs au remplacement de prothèses et d'appareils perdus, égarés ou volés.
- e) Les soins dentaires qui ne sont pas encore approuvés par l'Association dentaire canadienne ou qui sont prodigués à des fins expérimentales seulement.
- f) Les services, soins ou produits que la personne a reçus gratuitement ou qu'un régime public interdit de couvrir.
- g) Les frais admissibles qui découlent directement ou indirectement de l'une des causes suivantes :
- Des dommages corporels que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non.
 - Une infraction ou tentative d'infraction au Code criminel, sauf dans les cas où la seule infraction est la conduite d'un véhicule motorisé par une personne avec des facultés affaiblies.
 - Une cause pour laquelle les frais sont admissibles à un remboursement en vertu de la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou d'une loi semblable, ou en vertu de tout autre régime public.
 - Une guerre, déclarée ou non; la participation aux forces armées d'un pays, à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire.
- h) Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » servent à décrire des traitements dans le guide approprié de l'association de référence du professionnel de la santé, les codes correspondant à ces traitements sont limités à 6 sextants et 4 quadrants respectivement, par année civile par personne assurée.
- i) Lorsqu'une prothèse (couronne individuelle, corps coulé, pivot préfabriqué, prothèse amovible, pont fixe) a donné droit à des prestations, aucune prothèse de remplacement n'ouvre droit à prestations si elle est installée dans les 48 mois de l'installation de la précédente. Cependant, les frais de prothèse amovible permanente, partielle ou complète sont admissibles si la prothèse en question remplace une prothèse amovible de transition, (partielle ou complète et que le remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.

- j) Si plus d'une personne participe à un même traitement à titre de dentiste ou denturologiste, les prestations que verse SSQ sont limitées à celles qu'il aurait versées si la totalité du traitement avait été prodiguée par une seule personne.

5.5 ÉVALUATION PRÉALABLE

S'il est prévu que le coût d'un traitement excède 500 \$, la personne assurée peut faire remplir un formulaire d'évaluation préalable par la personne qui doit prodiguer les soins et s'assurer qu'il soit transmis à SSQ. L'évaluation du traitement doit inclure les résultats de l'examen bucco-dentaire et les soins requis pour le traitement de l'affection, de même que les honoraires demandés par la personne qui doit prodiguer les soins.

6. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS

6.1 ASSURANCE MALADIE

Hôpital

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

Médicaments

Deux modes de réclamation distincts sont disponibles pour le remboursement des frais de médicaments et la personne assurée peut choisir l'un ou l'autre de ces modes.

6.1.1 Carte de paiement direct

Le service de transmission électronique permet que les demandes de prestations de médicaments soient transmises directement de la pharmacie à SSQ.

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte d'assurance SSQ au pharmacien. Si le médicament acheté est admissible à un remboursement, la personne assurée n'a qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance maladie puisque SSQ rembourse directement au pharmacien la portion assurée. Le pharmacien a l'obligation de facturer le prix usuel et coutumier, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

Coordination de prestations en pharmacie

Si une personne assurée est couverte par 2 régimes d'assurance collective comportant chacun une garantie d'assurance médicaments (double assurance) avec un mode de paiement direct, elle peut présenter ses 2 cartes au pharmacien de sorte que les prestations puissent être coordonnées au moment de l'achat

Première utilisation

Si la personne adhérente détient une protection monoparentale ou familiale, lors de la première utilisation de sa carte d'assurance SSQ pour un membre de sa famille, le pharmacien doit compléter son dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne assurée. SSQ suggère à la personne adhérente de fournir ces renseignements au pharmacien s'il ne les a pas déjà au dossier. Ceux-ci demeurent confidentiels. Une preuve d'âge peut être exigée par le pharmacien et cela peut se faire en présentant la carte 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 et aux études à temps plein, sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire. Le procédé de transmission électronique des demandes de prestations élimine l'obligation de remplir à chaque fois le

verso du coupon de demande de prestations sur lequel cette déclaration est faite.

Une déclaration de fréquentation scolaire doit être faite à SSQ une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que la demande de prestation soit considérée directement en pharmacie. Cette déclaration peut être faite par le site ACCÈS | assurés, de façon verbale en communiquant avec notre Service à la clientèle ou par écrit aux coordonnées indiquées au point 6.11.1. SSQ se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire. Si SSQ n'a pas cette information avant le 1^{er} septembre, un message à cet effet paraît sur le reçu remis à la personne assurée lors de l'achat de médicaments.

6.1.2 Par la poste

Si la personne assurée ne peut utiliser sa carte d'assurance SSQ (oubli, perte, pharmacien non participant au service de transmission électronique des prestations, etc.), elle effectue sa demande de remboursement en utilisant le coupon de demande de prestations. Ce coupon est joint au certificat ou au relevé de prestations qui accompagne le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site Internet de SSQ au www.ssq.ca en suivant le lien « Assurance collective » et en cliquant sur « Demande de prestations d'assurance maladie » dans la section « Liens rapides ». Le point 6.10 de la présente brochure fournit plus d'informations au sujet des services Internet de SSQ.

Les reçus de pharmacie doivent mentionner le nom de la personne assurée, 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 factures indiquant le nom et la quantité des médicaments.

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les 3 mois**. Les factures ne seront pas retournées. La personne assurée doit donc en conserver des copies. **Toutes les demandes présentées plus de 12 mois après de la date à laquelle les frais ont été engagés ne seront pas remboursées.** L'utilisation de la carte d'assurance SSQ pour l'achat de médicaments permet d'éviter à la personne assurée que ses factures ne soient pas présentées à temps.

Autres frais d'assurance maladie

Tous les autres frais d'assurance maladie doivent être réclamés par la personne adhérente directement à SSQ.

La personne assurée doit envoyer ses demandes de prestations accompagnées du coupon de demande de prestations. Ce coupon est joint au certificat ou au relevé de prestations qui accompagne le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site Internet de SSQ au www.ssq.ca en suivant le lien « Assurance collective » et en cliquant sur « Demande de prestations d'assurance maladie » dans la section « Liens

rapides ». Le point 6.10 de la présente brochure fournit plus d'informations au sujet des services Internet de SSQ.

Il est suggéré d'envoyer l'original des factures acquittées **tous les 3 mois**. Les factures ne seront pas retournées. La personne assurée doit donc en conserver des copies. **Toutes les demandes présentées plus de 12 mois après de la date à laquelle les frais ont été engagés ne seront pas remboursées.**

Le numéro de contrat doit être indiqué sur toute demande de prestations ou correspondance envoyées à :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, Succursale Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

Note : Il est important de toujours fournir le nom du patient, les dates de visites ou de traitements ainsi que le nom, l'adresse et le numéro de pratique du professionnel de la santé rencontré. Si le patient est un enfant à charge étudiant à temps plein, le verso du coupon de demande de prestations doit être dûment rempli.

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

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

6.2 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

6.2.1 Assurance voyage avec assistance

Aucun remboursement des frais hospitaliers ou médicaux n'est effectué en vertu de l'assurance voyage avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé de prestations, le cas échéant.

Tous les autres frais admissibles à un remboursement en vertu de cette garantie peuvent être réclamés directement à SSQ, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes (factures, reçus, prescriptions, etc.).

6.2.2 Assurance annulation de voyage

Lors d'une demande de prestations d'assurance annulation de voyage, la personne assurée doit fournir les pièces justificatives suivantes :

- a) Titres de transport inutilisés.
- b) Reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- c) Reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursements. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire

d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de la personne assurée à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à l'Assureur.

- d) Documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- e) Rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route.
- f) Rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques.
- g) Preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial attestant que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement.
- h) Tout autre rapport exigé par l'Assureur permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

6.3 ASSURANCE SOINS DENTAIRES

La personne assurée présente sa carte d'assurance SSQ au dentiste et paie la portion non remboursée des frais assurés par SSQ. Si le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique de demandes de prestations, la personne assurée doit lui faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour frais dentaires » (FDEN121F), le signer et le retourner à SSQ à l'adresse indiqué au point 6.11.1.

Pour obtenir un remboursement relatif à des soins dentaires, la personne assurée peut également faire une demande de prestations en soumettant le formulaire utilisé par son dentiste pourvu qu'il soit dûment rempli et signé.

Pour toute question sur le régime de soins dentaires, les personnes assurées peuvent contacter le service d'information à l'un des numéros de téléphone suivants, de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi :

Région de Québec : 418 651-6509

Autres régions : 1 800 243-2492

6.4 DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE ET DE SOINS DENTAIRES

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

Elle peut adhérer au dépôt direct en s'inscrivant au site transactionnel sécurisé **ACCÈS | assurés**. Au moment de faire sa demande, elle doit avoir en main sa carte d'assurance SSQ de même qu'un chèque personnel indiquant son numéro de compte. Le point 6.10 de la présente brochure fournit plus d'informations au sujet des services Internet de SSQ.

Si la personne assurée n'a pas accès à Internet, ou si elle a besoin d'assistance, elle peut communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, à l'un des numéros indiqués au point 6.11 « Pour nous joindre ».

6.5 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE ET DES PERSONNES À CHARGE

Le formulaire de demande de prestations d'assurance vie s'obtient directement de SSQ. Cette demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours de la date du décès. Pour obtenir ce formulaire ou pour plus d'informations, la personne assurée peut consulter le point 6.11 « Pour nous joindre ».

6.6 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

La demande de prestations d'assurance salaire de longue durée doit être présentée à SSQ 90 jours avant la date prévue de début des prestations.

6.7 CHANGEMENT D'ADRESSE

La personne adhérente doit aviser SSQ de tout changement d'adresse. Pour ce faire, elle peut contacter notre Service à la clientèle aux coordonnées indiqués au point 6.11 « Pour nous joindre », ou encore, elle peut effectuer elle-même son changement d'adresse en ligne en s'inscrivant au site transactionnel sécurisé de SSQ, **ACCÈS | assurés**. Le point 6.10 de la présente brochure fournit plus d'informations au sujet des services Internet de SSQ.

6.8 COUPON DE DEMANDE DE PRESTATIONS

Les demandes de prestations d'assurance maladie et d'assurance frais dentaires doivent être transmises à SSQ accompagnées du **coupon de demande de prestations**, excluant celles acheminées par la carte SSQ (carte à paiement direct). Ce coupon est joint au certificat ou au relevé de prestations qui accompagne le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site Internet de SSQ au www.ssq.ca en suivant le lien « Assurance collective » et en cliquant sur « Demande de prestations d'assurance maladie » ou « Demande de prestations d'assurances soins dentaires », le cas échéant, dans la section « Liens rapides ». **Pour toute demande de prestations pour un enfant âgé de plus de 18 ans et toujours aux études, l'adhérent doit fournir les informations confirmant la fréquentation scolaire de l'étudiant dans la section prévue à cet effet du coupon de demande de prestations.**

6.9 PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution d'un dossier

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

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

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

Mandataires et fournisseurs de services

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses mandataires et fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie, notamment pour traiter la plupart des demandes de prestations de médicaments, de soins dentaires et d'assurance voyage. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

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

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

6.10 SERVICES INTERNET DE SSQ : ACCÈS | ASSURÉS

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

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

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

6.11 POUR NOUS JOINDRE

6.11.1 Par la poste

Les personnes assurées doivent indiquer leur numéro de contrat sur leurs demandes de prestations ou toute autre correspondance qu'elles font parvenir à SSQ à l'adresse suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, Succursale Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

6.11.2 Par téléphone

La personne assurée peut communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi, à l'un des numéros suivants :

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

6.11.3 Par télécopieur

Au numéro suivant : 418 652-2739

6.11.4 Par Internet

En consultant le site Internet de SSQ à l'adresse suivante : **www.ssq.ca**. Les personnes assurées n'ont qu'à sélectionner la section réservée à l'assurance collective, cliquer sur l'icône « Pour nous joindre », et cliquer ensuite sur le lien « Nous joindre par courriel ». Elles pourront alors rédiger leur message et un agent du Service à la clientèle leur répondra dans les meilleurs délais.

7. QUOI FAIRE À LA RETRAITE

Lorsque la personne adhérente prend sa retraite, elle a la possibilité de poursuivre les garanties suivantes :

7.1 ASSURANCE VIE DE BASE DU RÉGIME D'ASSURANCE VIE

Si la personne adhérente participe à la garantie d'assurance vie de base du régime d'assurance vie au moment de sa retraite, elle est admissible à un montant de 10 000 \$ d'assurance vie (avec paiement des primes), à la date de la retraite. SSQ lui fera alors parvenir la documentation appropriée lui indiquant la marche à suivre. La personne adhérente peut également se procurer le dépliant à cet effet auprès de son employeur.

7.2 ASSURANCE INDIVIDUELLE « PRODUITS PRIVILÈGE SSQ »

Toute personne assurée par le présent contrat peut conserver une protection d'assurance maladie (excluant les garanties de médicaments), et s'il y a lieu, de soins dentaires; dans un contrat individuel distinct dont les primes sont payables directement à SSQ, à condition d'en faire la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours de la retraite de la personne adhérente.

Dès que SSQ est informé de la date de la retraite de la personne adhérente, le service à la clientèle transmet par courrier les documents et informations nécessaires pour l'adhésion au régime d'assurance individuelle Privilège SSQ.

Les personnes assurées doivent s'inscrire au régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la RAMQ pour le remboursement de leurs frais de médicaments admissibles, et ce, dès la date de la retraite de la personne adhérente. Un système électronique d'inscription en ligne est aussi disponible à cet effet auprès de la RAMQ, nous vous référons au site www.ramq.gouv.qc.ca.

Privilège SSQ offre une gamme de produits d'assurance individuelle pour répondre à vos différents besoins de protection. Pour plus d'information, contacter le Service à la clientèle au 1 866 777-9788.

Pour nous joindre:

Région de Montréal : 514 223-2500

Autres régions : 1 877 651-8080

Édifice SSQ

2525, boulevard Laurier

Case postale 10500, succ. Sainte-Foy

Québec (Québec) G1V 4H6

SSQ *Groupe
financier*

www.ssq.ca