



360° MC | ASSURANCE
COLLECTIVE



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Votre régime d'assurance collective

Police n° F001



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Votre régime d'assurance collective



**FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC**

Police n° F001

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de la police d'assurance collective. Seule la police d'assurance collective peut servir à trancher les questions d'ordre juridique.

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} avril 2017. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

TABLE DES MATIÈRES

TABLEAU SOMMAIRE DES REMBOURSEMENTS EN ASSURANCE MALADIE ET SOINS DENTAIRES	3
DESCRIPTION DES GARANTIES	7
RÉGIME DE BASE.....	7
BASE MÉDICAMENTS	7
BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE III.....	10
A) Frais remboursables à 100 %	10
B) Frais remboursables à 80 %	11
C) Assurance-voyage	16
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I.....	23
ASSURANCE SOINS DENTAIRES	23
RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II	32
1) ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE	32
2) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE	33
3) MMA DE BASE ET MMA ADDITIONNELLE.....	34
4) ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	36
5) ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE.....	36

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	40
DÉFINITIONS	40
ADMISSIBILITÉ	45
PARTICIPATION	46
PREUVES D'ASSURABILITÉ	52
DROIT D'EXEMPTION	52
FIN DU DROIT D'EXEMPTION.....	53
DEMANDE D'ADHÉSION	54
ABSENCE DE DEMANDE D'ADHÉSION	54
DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE.....	55
EXONÉRATION DES PRIMES	61
CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE EN CAS D'INTERRUPTION DE TRAVAIL.....	63
LIMITATIONS GÉNÉRALES	68
TERMINAISON DE L'ASSURANCE	68
PROGRAMME D'ASSURANCE POUR LES RETRAITÉES	70
DROIT DE TRANSFORMATION	71
COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ?	72

À TOUTES LES MEMBRES DE LA FIQ

Cette brochure vous présente les principales dispositions et conditions de votre régime d'assurance collective.

Les modalités de ce régime d'assurance ont été déterminées en considérant vos principaux besoins tout en tenant compte des prestations prévues en vertu des différents régimes gouvernementaux.

Vous voudrez donc lire attentivement cette brochure afin de bien connaître toutes les garanties d'assurance auxquelles vous avez droit.

Veillez noter que le genre féminin utilisé dans ce texte désigne tant les hommes que les femmes.

LA PRÉVENTION POUR DIMINUER LES COÛTS

S'assurer, c'est mettre en commun des sommes d'argent versées par chacune des adhérentes pour qu'elles soient utilisées à l'intention des personnes qui ont besoin des garanties prévues au contrat, soit pour qu'elles puissent continuer à vivre décemment ou pour les aider à défrayer le coût, parfois élevé, de services médicaux et paramédicaux dont elles ont besoin. En somme, c'est un acte de solidarité entre les membres de la Fédération.

VOS RESPONSABILITÉS INDIVIDUELLES

Par solidarité, chacune de vous peut faire sa part pour garder les coûts du régime d'assurance collective à un niveau accessible. Il s'agit :

- d'acheminer vos demandes de prestations au bon organisme (Desjardins Assurances, CSST ou SAAQ), le cas échéant;
- de consommer seulement les médicaments vraiment nécessaires;
- de faire attention au prix des médicaments pour s'assurer d'obtenir le meilleur prix possible;
- d'adopter de saines habitudes de vie telles l'exercice et une bonne alimentation.

PAS DE DOLLARS MAGIQUES !

Les prestations ne sont pas payées avec des dollars magiques venant d'une compagnie d'assurance mais avec vos primes.

Dans un grand groupe comme le vôtre, les primes d'une année dépendent des prestations payées l'année précédente. Si, au cours d'une année, il y a un surplus de primes, l'excédent est retourné. Au contraire, s'il en manque une année, il faut hausser les primes l'année suivante pour prévenir les déficits futurs.

TABLEAU SOMMAIRE DES REMBOURSEMENTS EN ASSURANCE MALADIE ET SOINS DENTAIRES

Pour la description complète de chacune des garanties ainsi que tous les détails relatifs aux exclusions et limitations, veuillez vous référer aux pages qui s'y rapportent.

RÉGIME DE BASE

BASE MÉDICAMENTS

Médicaments	
Pourcentage de remboursement	<p>1) Médicaments génériques : 80 % * du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché</p> <p>2) Médicaments de marque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % * du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament équivalent disponible sur le marché ou s'il existe un médicament équivalent disponible sur le marché et que le médecin soumet le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué • 80 % * du prix du médicament équivalent le moins cher disponible sur le marché et que le médecin ne soumet pas le formulaire requis indiquant une raison médicale valable de l'avis de l'assureur pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué <p>* Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 750 \$ de frais admissibles engagés par l'adhérente et ses personnes à charge, s'il y a lieu, par année civile. Il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.</p>
Montant maximum admissible	Aucun

Injections sclérosantes	
Pourcentage de remboursement	80 %
Montant maximum admissible	20 \$/visite ⁽¹⁾

BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE III

Liste des frais admissibles	Montant maximum admissible	Pourcentage de remboursement
Frais hospitaliers admissibles au Québec	Chambre semi-privée	100 %
Ambulance	Aucun	100 %
Assurance voyage	5 000 000 \$	100 %
Audiologiste ou thérapeute de l'ouïe	Aucun	100 %
Orthophoniste ou thérapeute de la parole	Aucun	100 %
Honoraires professionnels pour le traitement des varices	20 \$/visite ⁽¹⁾	80 %
Membres artificiels	Aucun	80 %
Équipements thérapeutiques	Aucun	80 %
Fauteuil roulant, lit d'hôpital	Aucun	80 %
Appareils orthopédiques	Aucun	80 %

Glucomètre	300 \$/5 ans	80 %
Orthèses podiatriques	300 \$/paire, maximum 1 paire/année civile ⁽¹⁾	80 %
Bas de contention (+20mm/hg)	3 paires/année civile	80 %

BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE III (SUITE)

Liste des frais admissibles	Montant maximum admissible	Pourcentage de remboursement
Infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes	200 \$/jour, maximum 4 000 \$/année civile	80 %
Physiothérapie, podiatre, naturopathe, chiropraticien, ostéopathe, acupuncteur, massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute	35 \$/traitement ⁽¹⁾ Maximum global pour l'ensemble de ces spécialités de 500 \$/année civile	80 %
Radiographies faites par un chiropraticien	40 \$/année civile ⁽¹⁾	80 %
Psychologue et psychothérapeute autorisé	1 000 \$/année civile	50 %
Cure de désintoxication	75 \$ ⁽¹⁾ /jour, maximum viager de 3 000 \$	80 %
Appareils auditifs	500 \$ ⁽¹⁾ /3 ans	80 %
Dentiste pour dommages accidentels	Aucun	80 %

⁽¹⁾ Montant admissible donc à multiplier par 0,80

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I – SOINS DENTAIRES

Année du guide des tarifs
dentaires (ACDQ) :

Année courante

Fréquence :

Pour examens de rappel, polissage, détartrage et application de fluorure tous les : 9 mois

Montant de la franchise :

Aucune

Liste des frais admissibles	Montant maximum payable	Pourcentage de remboursement
Soins de prévention :	Aucun	100 %
Soins de base, d'endodontie et de parodontie :	1 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble des soins	80 %
Soins de restauration majeure :		50 %
Orthodontie :	1 000 \$ à vie/personne assurée	50 %

DESCRIPTION DES GARANTIES

RÉGIME DE BASE

BASE MÉDICAMENTS (obligatoire)

Lorsqu'une adhérente engage, pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, des frais admissibles de médicaments par suite de maladie, d'accident, de grossesse, de complication de grossesse, d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse faisant l'objet d'un suivi médical, l'assureur rembourse les frais admissibles de médicaments que l'adhérente engage au cours d'une même année civile, selon ce qui suit :

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

* Le pourcentage indiqué s'applique aux premiers 3 750 \$ de frais admissibles engagés par l'adhérente et ses personnes à charge, s'il y a lieu, par année civile. Il passe à 100 % pour le reste des frais admissibles engagés au cours de l'année civile.

Sont inclus, les produits suivants :

- a) Les médicaments et autres produits prévus en vertu de la liste de médicaments et autres produits du Régime général d'assurance médicaments (RGAM).
- b) Les médicaments nécessaires à la thérapeutique que la liste de médicaments et autres produits du RGAM ne prévoit pas, **qui ne peuvent s'obtenir que sur ordonnance** d'un médecin ou d'un chirurgien dentiste [codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques] et qui sont débités par un pharmacien, ou par un médecin là où il n'y a pas de pharmacien, ou prescrits et fournis par une infirmière autorisée à cette fin dans les régions éloignées.
- c) Les médicaments obtenus à la suite d'une ordonnance médicale et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement des conditions pathologiques suivantes :
 - troubles cardiaques;
 - troubles pulmonaires;
 - diabète;
 - arthrite;
 - maladie de Parkinson;
 - épilepsie;
 - fibrose kystique;
 - glaucome.

Dans le cas de maladie considérée, identifiée et libellée comme maladie grave dans le monde médical, certains médicaments non PR obtenus à la suite d'une ordonnance médicale peuvent être remboursés à certaines conditions.

- d) Les injections sclérosantes administrées pour des raisons médicales, jusqu'à concurrence d'un montant admissible de 20 \$ par visite.
- e) L'insuline, les seringues, aiguilles et bâtonnets réactifs.

Exclusions applicables au régime de Base médicaments

- a) Les prestations payables par l'assureur sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé.
- b) Aucun remboursement n'est effectué pour :
- . des shampoings et des produits pour la pousse des cheveux;
 - . des frais engagés suite à un accident subi ou une maladie contractée lorsque la personne assurée est en service pour le compte des forces armées;
 - . des produits de régime servant à compléter, à suppléer ou à remplacer l'alimentation, sauf pour les médicaments servant au traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée et pour laquelle un rapport médical complet est fourni à l'assureur dans lequel il est décrit, à la satisfaction de l'assureur, toutes les conditions justifiant la prescription du produit autrement exclu;
 - . des produits pour soins esthétiques ou cosmétiques;
 - . des produits dits « naturels »;
 - . des traitements d'infertilité;
 - . des médicaments prescrits pour le traitement de dysfonctions érectiles;
 - . des frais en rapport avec la participation active à une insurrection, à une émeute, à une guerre déclarée ou non ou à une guerre civile;
 - . des médicaments ou des produits antitabac qui ne sont pas sur la liste du Régime général d'assurance médicaments ainsi que pour les frais en excédent du maximum prévu en vertu du Régime général d'assurance médicaments relativement aux produits ou médicaments antitabac;

- des services, des soins ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne remboursera pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

Les exclusions prévues ci-dessus ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre le régime de l'assureur moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments en termes de prestations.

BASE MALADIE COMPLÉMENTAIRE III (obligatoire)

Lorsqu'une adhérente engage, pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, des frais admissibles à la suite de maladie, d'accident, de grossesse, de complication de grossesse ou d'intervention chirurgicale reliée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse faisant l'objet d'un suivi médical, elle a droit au remboursement des frais admissibles ci-après mentionnés.

A) Frais remboursables à 100 %

- Les frais d'hospitalisation au Québec, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation, sans limite quant au nombre de jours. Puisque certaines adhérentes habitent en régions limitrophes et que l'hôpital le plus près se trouve dans une autre province, les frais de chambre pour la portion en excédent des frais hospitaliers en salle publique sont couverts jusqu'à concurrence du coût quotidien d'une chambre semi-privée tel que prévu par les tarifs décrétés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et ce, en autant qu'il s'agisse d'un hôpital au Canada.
- Les frais de transport en ambulance d'une personne assurée, en direction ou en provenance d'un hôpital, y compris le transport par avion en cas d'urgence, de même que le traitement d'oxygénothérapie durant ou immédiatement avant le transport.

- c) Sur ordonnance médicale, les frais de transport par avion d'une malade alitée lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen, ainsi que les frais de transport par avion pour une hospitalisation immédiate à titre de patiente interne à l'hôpital le plus rapproché où, selon la prescription du médecin, les soins médicaux ou chirurgicaux requis sont disponibles, de même que les frais de transport pour le retour à domicile immédiatement après une telle hospitalisation. Les frais admissibles sont ceux occasionnés par l'utilisation du moyen de transport le plus économique, compte tenu de la situation médicale de la personne assurée et des moyens de transport disponibles.
- d) Les honoraires d'un audiologiste ou d'un thérapeute de l'ouïe ainsi que les honoraires d'un orthophoniste ou d'un thérapeute de la parole. Les tests qui pourraient être nécessaires ne sont pas couverts.

B) Frais remboursables à 80 %

- a) Honoraires professionnels pour le traitement des varices : les frais engagés à des fins curatives mais non esthétiques, jusqu'à concurrence d'un maximum admissible de 20 \$ par visite par personne assurée.
- b) Membres artificiels : le coût d'achat de membres artificiels, y compris un oeil artificiel, si la cause provoquant la perte de l'usage d'un membre ou organe naturel est survenue en cours d'assurance, et d'autres prothèses externes et fournitures prescrites par le médecin traitant et nécessaires au traitement de la personne assurée.
- c) Appareils thérapeutiques : les frais de location ou d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, d'appareils thérapeutiques. Dans cette catégorie d'appareils, nous pouvons citer (à titre d'exemples) :
 - i) les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : maximist, médi-pompe);

- ii) les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : EBI);
 - iii) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : apnéamonitor);
 - iv) les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
 - v) la pompe à insuline;
 - vi) les neurostimulateurs percutanés, etc. (TENS).
- d) Fournitures thérapeutiques : le coût d'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.
- e) Fauteuil roulant ou lit d'hôpital : le coût de location d'un fauteuil roulant conventionnel ou d'un lit d'hôpital lorsque prescrit par le médecin ou le coût d'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique; étant entendu que pour être admissible le lit d'hôpital doit être semblable à celui habituellement en usage dans un centre hospitalier.
- f) Appareils et fournitures orthopédiques : le coût d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres (incluant la fibre de verre), vêtements pour le traitement de brûlures et autres appareils orthopédiques lorsque prescrits par un médecin.
- g) Glucomètre : le coût d'achat, d'ajustements et de réparations d'un glucomètre prescrit par un médecin dans les cas de diabète « insulino-dépendant » ou considérés non contrôlés. Le remboursement est limité à un appareil par personne assurée sous réserve d'un maximum de 300 \$ pour l'ensemble de ces frais par période de 5 ans.

- h) Orthèses podiatriques : le coût d'achat d'orthèses podiatriques jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par paire et jusqu'à un maximum d'une paire par année civile (2 paires pour les enfants de moins de 13 ans). Est également remboursé le coût d'achat de chaussures orthopédiques conçues et fabriquées sur mesure pour une personne assurée à partir d'un moulage dans le but de corriger un défaut du pied et les chaussures ouvertes, évasées ou droites ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne.

De plus, le coût des additions ou modifications faites à des chaussures préfabriquées est admissible, mais les chaussures profondes ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

- i) Bas de contention : le coût d'achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (plus de 20 mm/hg) obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement médical, jusqu'à un maximum de 3 paires par année civile par personne assurée.
- j) Soins infirmiers et d'inhalothérapie : les honoraires pour services professionnels d'une infirmière, d'une infirmière auxiliaire ou d'une inhalothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 200 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 4 000 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités.
- k) Dentiste pour dommages accidentels : les honoraires d'un chirurgien dentiste pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions accidentelles à des dents naturelles subies à la suite d'un accident, de même que les frais de chirurgie esthétique nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident, engagés dans les 3 ans suivant la date d'un accident survenu en cours d'assurance et à condition que les services aient commencé dans les 12 mois suivant la date de l'accident.

- l) Regroupement de professionnels de la santé : les traitements de physiothérapie donnés en dehors de l'hôpital, lorsqu'ils sont administrés par un **physiothérapeute** ou par un **thérapeute en réadaptation physique**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 35 \$ par traitement ainsi que les honoraires d'un **podiatre, naturopathe, chiropraticien, ostéopathe, acupuncteur, massothérapeute, kinésithérapeute ou orthothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 35 \$ par traitement; les frais sont limités à un remboursement maximal de 500 \$ par année civile par personne assurée pour l'ensemble de ces spécialités et à un seul traitement par jour par personne assurée; les frais de radiographies faites par un chiropraticien sont admissibles jusqu'à concurrence de 40 \$ par année civile par personne assurée.
- m) Psychologue : les honoraires d'un psychologue; par honoraires d'un psychologue, on entend également les honoraires d'une infirmière spécialisée en psychothérapie pour des soins rendus exclusivement en cabinet privé et dont la psychothérapie représente l'activité principale de son travail ainsi que les honoraires d'un psychothérapeute qui détient un permis délivré par l'Ordre des psychologues; ces frais sont **couverts à 50 %** et le remboursement maximal pour l'ensemble des services rendus par ces professionnels est de 1 000 \$ par année civile par personne assurée.
- n) Cure de désintoxication : les frais (y compris les frais d'hébergement) pour le traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies suivi dans un établissement privé sous contrôle médical; ces frais sont admissibles à raison d'un montant maximal de 75 \$ par jour et jusqu'à concurrence d'un remboursement global de 3 000 \$ à vie par personne assurée.
- o) Appareils auditifs : les frais pour l'achat, le remplacement, la location, l'ajustement et la réparation d'appareils auditifs, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 500 \$ par personne assurée par période de 3 ans.

- p) Frais de transport et d'hébergement pour les traitements médicaux hors région : les frais de transport et d'hébergement engagés au Québec pour la consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par le médecin traitant de la personne assurée démontrant la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipulant que la consultation ou le traitement spécialisé a lieu ou est rendu à l'endroit où le spécialiste effectue le traitement ou la consultation et pour autant que cet endroit est le plus rapproché de la région de résidence de la personne assurée doit être transmis à l'assureur.

Les frais sont admissibles selon les dispositions suivantes :

- i) le transport pour un déplacement d'au moins 200 km (aller seulement) du lieu de la résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais sont couverts pour un transporteur public (le coût le plus économique). Si la personne assurée utilise son propre véhicule, le remboursement est limité au coût le plus économique d'un transporteur public à même destination. Une preuve confirmant l'utilisation du véhicule privé (achat d'essence) doit être jointe à la demande de prestation;
- ii) l'hébergement dans un établissement hôtelier, jusqu'à concurrence de 60 \$ par jour (remboursable à 80 %) à la suite d'un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour) du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. La nécessité du coucher doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives de ces frais doivent être jointes à la demande de prestation;
- iii) pour un enfant assuré âgé de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.

Le remboursement de ces frais de transport et d'hébergement est limité à un maximum de 1 000 \$ par personne assurée par année civile.

C) Assurance-voyage

Lorsqu'une personne assurée résidant au Canada et assurée en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation doit engager d'urgence des frais en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse à l'adhérente 100 % des frais admissibles engagés pour elle-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, s'il y a lieu, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal viager de 5 000 000 \$ par personne assurée, pourvu qu'ils ne soient pas payables par un organisme gouvernemental ni par un autre régime privé d'assurance.

Frais admissibles

a) Frais hospitaliers, médicaux et paramédicaux :

- 1) Les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que les autres services hospitaliers nécessaires au traitement de la personne assurée, étant entendu que la personne assurée doit communiquer dès le début de l'hospitalisation avec la firme d'assistance-voyage, à défaut de quoi le remboursement de certains frais pourrait être refusé; toutefois, lorsque ces frais sont engagés au Canada, ceux-ci sont limités au coût quotidien d'une chambre semi-privée;
- 2) les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste;
- 3) les soins privés dispensés par une infirmière, lorsque prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence de 1 000 \$ CAN; le tarif ne doit pas excéder ce qui aurait normalement été exigé pour le même service dans la province de résidence de la personne assurée.

b) Frais de transport :

- 1) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat pour qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; de plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par la firme d'assistance-voyage;
- 2) les frais pour le rapatriement de tout membre de la proche famille de la personne assurée et qui est également protégé en vertu de la présente garantie, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour; le rapatriement doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage;
- 3) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que l'accompagnement soit prescrit par le médecin traitant et approuvé par la firme d'assistance-voyage;
- 4) le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins 7 jours); cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille âgé de 18 ans ou plus, ou que la nécessité de la visite ne soit pas confirmée par le médecin traitant;

- 5) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'incapacité certifiée par un médecin et qu'elle ne soit pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille l'accompagnant ne soit en état de le faire; le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; le remboursement maximal est de 750 \$ CAN par adhérente; par « véhicule » on entend une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- 6) en cas de décès de la personne assurée, le coût d'un billet aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) pour permettre à un membre de la proche famille d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage), à condition qu'aucun membre de la proche famille âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;
- 7) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence de 3 000 \$ CAN; le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance; le retour doit préalablement être approuvé et planifié par la firme d'assistance-voyage; si une personne assurée est également couverte par l'assurance annulation de voyage de l'assureur, les frais admissibles en vertu du présent sous-paragraphe sont limités à ceux qui ne sont pas remboursables en vertu de ladite assurance-annulation.

c) Frais de subsistance :

Le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour pour cause de maladie ou de blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa proche famille qui l'accompagne ou un compagnon de voyage, de même que les frais additionnels de garde des enfants qui ne l'accompagnent pas; ces frais sont remboursables jusqu'à concurrence de 100 \$ CAN par jour par adhérente, pendant un maximum de 7 jours; la maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

d) Frais d'appels interurbains :

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la proche famille si la personne assurée est hospitalisée, pourvu que les frais de transport pour visiter la personne assurée ne soient pas utilisés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa proche famille âgé de 18 ans ou plus, jusqu'à concurrence de 50 \$ CAN par jour et d'un maximum global de 200 \$ CAN.

Le service d'assistance-voyage

La firme d'assistance-voyage prend les dispositions nécessaires pour fournir les services suivants à toute personne assurée qui en a besoin :

- a) assistance téléphonique sans frais, 24 heures sur 24;
- b) référence à des médecins ou à des établissements de santé;
- c) aide pour l'admission à l'hôpital;
- d) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- e) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- f) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;

- g) règlement des formalités en cas de décès;
- h) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- i) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- j) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la proche famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin le prescrit;
- k) en cas de perte ou de vol de papiers d'identité, aide pour se procurer des papiers temporaires afin de poursuivre le voyage;
- l) référence à des avocats si des problèmes juridiques surviennent.

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

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

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

Exclusions applicables au régime de Base maladie complémentaire III

- a) Les prestations payables par l'assureur sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé.
- b) Aucun remboursement n'est effectué pour :
 - . des examens médicaux à l'intention d'une tierce partie (assurance, école, emploi, etc.) ou des voyages de santé;
 - . des examens pour l'appréciation de la vision et de l'audition, pour les lunettes et lentilles cornéennes;
 - . des soins de chirurgie esthétique;
 - . des frais engagés suite à un accident subi ou une maladie contractée alors que la personne assurée est en service pour le compte des forces armées;
 - . des accessoires domestiques tels que bain tourbillon, filtre d'air, humidificateur ou autres appareils de même nature, de même que les appareils de contrôle tels stéthoscope, sphygmomanomètre, ou autres appareils de même nature;
 - . des prothèses capillaires; des prothèses dentaires, sauf dans les cas de remplacement de dents naturelles à la suite d'un accident et selon les dispositions prévues au sous-paragraphe k) du paragraphe B. Frais paramédicaux du régime de Base maladie complémentaire III;
 - . des frais en rapport avec la participation active à une insurrection, à une émeute, à une guerre déclarée ou non ou à une guerre civile;
 - . des soins et services administrés par un membre de la famille de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière;

- . des services, des soins ou des produits que la personne reçoit gratuitement ou qui sont remboursables en vertu d'une loi provinciale ou fédérale, étant entendu que pour une personne qui n'est pas couverte par les lois en question, l'assureur ne remboursera pas les frais qui auraient normalement été couverts par les lois sur l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

c) Exclusions applicables à l'assurance-voyage

Les exclusions reliées à l'assurance maladie (régimes de Base médicaments et de Base maladie complémentaire III) s'appliquent également à l'assurance-voyage.

Lorsqu'une personne assurée doit communiquer avec la firme d'assistance-voyage et qu'elle ne le fait pas, le remboursement de certains frais peut être réduit ou refusé. En plus de lui éviter ce désagrément, cette communication permet à la personne assurée de prendre connaissance des restrictions et limites concernant l'assurance-voyage.

L'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I
ASSURANCE SOINS DENTAIRES
(obligatoire suite à un vote positif)

La présente section dresse un résumé des soins dentaires admissibles. Pour de plus amples informations concernant les actes buccodentaires couverts en vertu de ce régime, veuillez entrer en communication avec notre service à la clientèle aux numéros apparaissant à la fin de la brochure.

Pour tout traitement qui entraîne des coûts de 300 \$ et plus, il est recommandé qu'une estimation des honoraires complétée par un dentiste soit présentée à l'assureur avant le commencement du traitement afin de déterminer les prestations qui peuvent être payables.

Lorsqu'une adhérente engage, pour elle-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, des dépenses pour les services suivants, l'assureur rembourse :

A. Soins dentaires de diagnostic et de prévention remboursables à 100 %

FRAIS DE DIAGNOSTIC

Examen buccal clinique

- Examen dentition mixte (1 par 5 ans)
- Examen complet, dentition permanente (1 par 5 ans)
- Examen de rappel ou périodique (1 par 9 mois)
- Examen pour les enfants de moins de 10 ans, dans la mesure où il s'agit d'un examen non remboursable par le régime d'assurance maladie du Québec
- Examen d'urgence (1 par an)
- Examen d'un aspect particulier (1 par an)

- Examen parodontal complet (1 par 5 ans)
- Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie

Radiographies

- Radiographies intra-orales
- Radiographies extraorales
- Examens des sinus, sialographie
- Utilisation d'une substance radio-opaque pour faire ressortir les lésions, radiographie de l'articulation temporo-mandibulaire
- Radiographie panoramique (1 pellicule par 5 ans)

Tests et examens de laboratoires

- Test pulpaire
- Test histologique
- Test cytologique
- Anesthésie locale

PRÉVENTION

- Prophylaxie (polissage de la partie coronaire des dents - 1 par 9 mois)
- Application topique de fluorure (1 par 9 mois et pour les enfants de moins de 12 ans seulement)
- Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau, par dent
- Scellant de puits et de fissures (pour les dents permanentes des enfants de 13 ans et moins)
- Meulage interproximal des dents
- Améloplastie

ENDODONTIE

- Urgence endodontique

CHIRURGIE BUCCALE

- Incision et drainage chirurgicaux
- Traitement postchirurgical sans anesthésie (ex. : Alvéolite - 1^{ère} séance)

B. Soins dentaires de base remboursables à 80 %

Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par an.

RESTAURATIONS

Dents primaires

- Restauration en amalgame conventionnel
- Restauration en amalgame lié par mordançage
- Restauration en composite

Dents permanentes

- Restauration en amalgame conventionnel
- Restauration en amalgame lié par mordançage
- Restauration en composite
- Tenons, pour restauration
- Facette et fermeture d'un diastème

Carie/trauma/contrôle de la douleur

- Pansement sédatif /coiffage indirect
- Meulage et polissage d'une dent traumatisée

ENDODONTIE

- Pulpotomie, dents primaires (pour les enfants de moins de 12 ans)
- Traitement de canal
- Apexification
- Apectomie et traitement de canal conjoints
- Réparation de perforation
- Traitements généraux

PARODONTIE

- Jumelage et ablation d'un jumelage
- Détartrage parodontal supra et subgingival (1 par 9 mois)
- Appareils parodontaux
- Appareil intra-oral pour ATM

CHIRURGIE BUCCALE

- Tubéroplastie
- Ablation de tissu hyperplasique
- Ablation de surplus de muqueuse

C. Soins dentaires complémentaires remboursables à 50 %

RESTAURATION

Dents permanentes

- Recimentation d'un fragment de dent brisée
- Incrustation, métal
- Incrustation, porcelaine, résine ou céramique
- Tenon de rétention dans l'incrustation
- Pivot préfabriqué et reconstitution à travers une couronne ou un pilier de pont existant
- Couronne préfabriquée

CHIRURGIE ENDODONTIQUE PÉRIAPICALE

- Apectomie
- Apectomie et obturation rétrograde
- Amputation de racine
- Réimplantation intentionnelle
- Hémisection

PARODONTIE

Services parodontaux non chirurgicaux

- Urgence parodontale
- Application d'un désensibilisant

Traitements préliminaires

- Équilibrage de l'occlusion

Services parodontaux chirurgicaux

- Surfaçage radiculaire et curetage (1 fois par an, sauf si la nécessité de plus d'un sextant est démontrée à la satisfaction de l'assureur)
- Chirurgie parodontale, incluant greffe, tissu conjonctif libre

Traitements parodontaux d'appoint

- Irrigation parodontale sous-gingivale
- Application intra-sulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente

PROTHÈSES

La rémunération pour tout type de prothèses (prothèse amovible et prothèse fixe) comprend les visites de contrôle et les ajustements effectués dans les 3 mois qui suivent la mise en bouche. Pour la portion des services se rapportant aux frais de laboratoire, les maximums admissibles sont de 50 % de l'honoraire du chirurgien dentiste pour le code de procédé dentaire en cause et selon le maximum prévu au tarif de l'ACDQ. À moins d'indication contraire, tout type de prothèses n'est remboursé qu'une fois par 5 ans.

Prothèses amovibles

Prothèses complètes

- Prothèses complètes standards
- Prothèses complètes équilibrées
- Prothèses complètes immédiates (1 fois à vie)
- Prothèses complètes immédiates (de transition) (1 fois à vie)

- Prothèses complètes hybrides standards
- Prothèses complètes hybrides équilibrées
- Prothèses partielles, acrylique (immédiate, de transition ou permanente) (1 fois à vie)
- Prothèses partielles, base coulée
- Prothèses complètes avec prothèses partielles sur arcade opposée avec base coulée (standards et équilibrées)
- Prothèses partielles coulées avec attaches de précision ou de type semi-précision
- Prothèse partielle hybride, base coulée
- Prothèses, services complémentaires
- Prothèses sur implants, jusqu'à concurrence du tarif pour une prothèse standard équivalente

Prothèses et ponts fixes

(1 même service par dent par 5 ans)

Prothèses fixes

- Couronne individuelle
- Corps coulé
- Réparation d'une couronne ou d'une facette au fauteuil
- Recimentation ou ablation d'une incrustation, d'une couronne non-préfabriquée, d'une facette ou d'un pivot
- Pivot préfabriqué et reconstitution
- Pontiques
- Pont fixe, services complémentaires
- Piliers de pont

CHIRURGIE BUCCALE

ORTHODONTIE

Frais d'orthodontie (pour les personnes assurées âgées de moins de 21 ans. Plan de traitement à soumettre au préalable.)

NOTES :

Les frais pour les prothèses permanentes sont reconnus à condition que la mise en bouche ait lieu dans un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

Les frais admissibles pour chaque service rendu sont limités aux tarifs apparaissant dans la nomenclature publiée par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) en vigueur au moment où les frais sont engagés.

SONT RECONNUS LES FRAIS POUR :

- prothèses initiales (prothèses fixes, prothèses amovibles temporaires ou permanentes, partielles ou complètes) rendues nécessaires à la suite de l'extraction de dents naturelles;
- remplacement d'une prothèse actuelle, fixe ou amovible, temporaire ou permanente, partielle ou complète, mais seulement s'il est prouvé à la satisfaction de l'assureur que :
 - i) le remplacement est nécessaire par suite de l'extraction de dents naturelles pendant que la patiente est assurée en vertu du présent contrat; ou que
 - ii) la prothèse amovible ou fixe a été installée au moins 5 ans avant son remplacement et que la prothèse amovible ou fixe actuelle ne peut pas être réparée; ou que

iii) la prothèse actuelle est un dentier temporaire remplaçant une ou plusieurs dents naturelles extraites alors que la patiente était assurée en vertu du présent contrat, que son remplacement par un pont ou un dentier permanent est nécessaire et qu'il a lieu dans un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse temporaire.

1) Maximum de remboursement

Pour les actes de diagnostic, de prévention et d'urgence, il n'y a aucun maximum.

Le remboursement maximal pour l'ensemble des autres soins est de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile, sauf pour les frais d'orthodontie dont le remboursement est limité à 1 000 \$ à vie, par personne assurée.

2) Limitations et exclusions

- a) Les prestations de soins dentaires sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé.
- b) Les frais pour soins dentaires qui sont couverts en vertu du régime de Base maladie complémentaire III ne sont pas admissibles à la présente garantie de frais dentaires.
- c) Aucune prestation n'est payable pour les frais de soins dentaires engagés :
 - pour des services, chirurgies ou soins esthétiques;
 - lorsque la personne assurée est en service pour le compte des forces armées;
 - pour des soins que la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime;
 - pour des actes reliés à l'implantologie, sauf ceux prévus à la présente garantie.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE II

Le régime complémentaire II comporte les 5 garanties suivantes :

- 1) Assurance vie de base de l'adhérente;
- 2) Assurance vie additionnelle de l'adhérente;
- 3) Assurance mort et mutilation accidentelles (MMA) de base et additionnelle de l'adhérente;
- 4) Assurance vie des personnes à charge;
- 5) Assurance invalidité de longue durée.

La participation est obligatoire aux garanties d'assurance vie de base de l'adhérente (incluant MMA de base) et d'assurance invalidité de longue durée pour toutes les salariées admissibles. De même, la participation est obligatoire à l'assurance vie des personnes à charge pour l'adhérente qui choisit la catégorie d'assurance familiale ou monoparentale au régime complémentaire I ou à la section maladie complémentaire III du Régime de base. L'adhérente qui est exemptée de ces régimes peut adhérer à l'assurance vie des personnes à charge si elle en fait spécifiquement la demande lors du début de son admissibilité.

Toute salariée doit remplir une demande d'adhésion et y indiquer le montant d'assurance vie et MMA additionnelles qu'elle choisit. Si elle omet de remplir cette demande d'adhésion dans les 30 jours du début de son admissibilité, l'assureur conclura qu'elle ne désire aucun montant d'assurance vie et MMA additionnelles.

1) ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENTE

Lors du décès d'une adhérente, l'assureur s'engage à payer, au dernier bénéficiaire que lui a désigné l'adhérente, un montant de 5 000 \$.

Les prestations sont payables sans limitation ou exclusion, même en cas de suicide.

2) ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENTE

Lors du décès d'une adhérente, l'assureur s'engage à payer, au dernier bénéficiaire que lui a désigné l'adhérente, les montants assurés suivants : 5 000 \$, 10 000 \$, 15 000 \$, 25 000 \$, 50 000 \$, 75 000 \$ ou 100 000 \$ selon le choix individuel effectué par l'adhérente. Des preuves d'assurabilité sont requises pour les montants de 75 000 \$ et 100 000 \$ ainsi que pour toute augmentation du montant d'assurance vie additionnelle.

Si une salariée travaille chez plus d'un employeur, la somme des montants d'assurance vie additionnelle ne peut dépasser 100 000 \$ au total.

Les prestations sont payables sans limitation ou exclusion, même en cas de suicide. Cependant, relativement à la garantie d'assurance vie additionnelle, aucune prestation n'est payable dans le cas de suicide de l'adhérente pour les montants de protection demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérente si ladite adhérente décède dans les 12 mois suivant la demande.

Paiement anticipé :

Sur acceptation de l'assureur, toute adhérente totalement invalide dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en assurance vie de base et assurance vie additionnelle payable à son décès.

Le paiement anticipé est toutefois limité à 50 % du montant d'assurance vie. De plus, ce montant ne peut être inférieur à 2 500 \$ ou excéder 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérente, le montant payable en vertu du régime est réduit du montant correspondant à la valeur du paiement anticipé.

L'adhérente peut se procurer un formulaire prévu à cette fin auprès de l'assureur et doit le lui retourner dûment rempli et signé par les personnes concernées.

« Valeur du paiement anticipé » désigne le total des versements effectués en vertu du paiement anticipé plus l'intérêt accumulé y afférent à partir de la date du versement jusqu'à la date du décès de l'adhérente totalement invalide.

Le taux d'intérêt est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an, émis par les sociétés de fiducies canadiennes. Le taux utilisé est celui établi immédiatement après la date du paiement anticipé, tel que publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada.

Exclusion afférente au paiement anticipé

L'assureur ne procédera pas au versement d'un paiement anticipé si la proposition renferme une déclaration erronée de faits ou si des renseignements importants n'ont pas été divulgués. Si l'on découvre, une fois que le versement du paiement anticipé est effectué, que la proposition ou la protection est nulle et non avenue, le récipiendaire du paiement anticipé devra rembourser ce paiement à l'assureur.

3) MMA DE BASE ET MMA ADDITIONNELLE

Lorsque l'adhérente subit l'une des pertes énumérées ci-après par suite d'un accident survenu en cours d'assurance et que cette perte survient dans les 365 jours de l'accident, l'assureur verse à l'adhérente ou à son bénéficiaire, selon le cas, le pourcentage de la somme des montants assurés en vertu de l'assurance vie de base et de l'assurance vie additionnelle indiqué au « Tableau des pertes et indemnités ».

TABLEAU DES PERTES ET INDEMNITÉS

Perte de la vie	100 %
Perte d'une main	50 %
Perte d'un pied	50 %
Perte de la vue d'un oeil	50 %
Perte de l'ouïe	50 %
Perte de la parole	50 %
Perte d'un doigt (d'un pied ou d'une main)	10 %

Le pourcentage maximal suite à un accident occasionnant plus d'une perte est de 100 %.

Par « perte », on entend :

- lorsqu'il s'agit d'une main ou d'un pied, l'amputation à l'articulation du poignet ou de la cheville ou au-dessus, ou la perte totale, définitive et irrémédiable de leur usage;
- lorsqu'il s'agit d'un doigt, l'amputation à la première phalange ou la perte irrémédiable de son usage;
- lorsqu'il s'agit de la vue d'un oeil, la perte totale, définitive et irrémédiable de la vue;
- lorsqu'il s'agit de l'ouïe, la perte totale, définitive et irrémédiable de l'ouïe;
- lorsqu'il s'agit de la parole, la perte totale, définitive et irrémédiable de la parole.

Limitations et exclusions

Aucune prestation n'est payable pour une perte attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) suicide, tentative de suicide ou blessure qui a été causée volontairement par l'adhérente elle-même;
- b) participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels, à une guerre déclarée ou non ou à une guerre civile;
- c) service actif dans les forces armées.

4) ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

L'assurance vie des personnes à charge s'applique aux enfants à charge incluant, s'il y a lieu, une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, tel que défini au paragraphe I, sous-paragraphe 2) et 3) de la rubrique DÉFINITIONS, à la section DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Le montant d'assurance vie est de 3 000 \$. L'enfant à charge est assuré dès qu'il est âgé d'au moins 24 heures au moment du décès.

5) ASSURANCE INVALIDITÉ DE LONGUE DURÉE

Cette garantie est un complément à la protection d'assurance salaire offerte par l'employeur et procure à l'adhérente un revenu si une invalidité la rend totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

Délai de carence

Pour une adhérente qui a un statut de salariée à temps complet, le délai de carence est égal à 5 jours ouvrables plus 104 semaines de la même période d'invalidité. Dans le cas d'une adhérente qui n'a pas le statut de salariée permanente à temps complet, la période de « 5 jours ouvrables » mentionnée doit être remplacée par « 7 jours de calendrier » à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités, plus 104 semaines.

Montant de la prestation

Le montant de la prestation est égal à 100 % de la prestation nette établie sur une base mensuelle [voir NOTE 1] et payable par l'employeur pour la 104^e semaine de prestation du régime d'assurance salaire offert par l'employeur, que la prestation soit effectivement payée ou non.

Le salaire de base servant à établir la prestation minimale est de 12 000 \$. Ce salaire annuel minimal s'applique à toute adhérente à temps partiel, quel que soit son pourcentage de temps travaillé (plus ou moins 25 %). Dans le cas d'une adhérente travaillant pour plus d'un employeur, ou dans le cas d'une adhérente occupant plus d'un titre d'emploi visé par la convention collective chez le même employeur, le montant de la prestation découle du total des salaires gagnés pour l'ensemble des emplois et le salaire minimal (12 000 \$) s'applique sur l'ensemble des emplois.

Ainsi, pour une adhérente à temps partiel, le montant de la prestation payable est le plus élevé entre :

- a) 100 % de la prestation d'assurance salaire nette reçue de l'employeur pour la 104^e semaine d'invalidité; ou
- b) 100 % de la prestation nette découlant de 80 % d'un salaire annuel présumé de 12 000 \$.

Dans le cas d'une adhérente qui est congédiée durant la période de paiement des prestations d'assurance salaire en vertu du régime offert par l'employeur, le montant de la prestation d'assurance invalidité de longue durée est calculé sur la base de la prestation nette [voir NOTE 1] qu'elle aurait reçue de l'employeur pour la 104^e semaine de prestation du régime d'assurance salaire offert par l'employeur.

NOTE 1 : La prestation nette est égale à la prestation payable en vertu du régime d'assurance salaire offert par l'employeur réduite des impôts fédéral et provincial, de la cotisation au Régime de rentes du Québec, de la cotisation au régime d'assurance-emploi et de la cotisation au Régime québécois d'assurance parentale.

Fréquence et durée de la prestation

Après l'expiration du délai de carence, la prestation est versée mensuellement tant que dure l'invalidité telle que définie au paragraphe F de la rubrique DÉFINITIONS, à la section DISPOSITIONS GÉNÉRALES, ou jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de l'adhérente.

Indexation

Lorsque la prestation a été payée pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité, la prestation nette alors payée est indexée le 1^{er} janvier de chaque année selon l'indice des rentes publié annuellement par la Régie des rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un ajustement maximal de 5 %.

Intégration

La prestation est réduite du montant de la rente initiale d'invalidité payable par le Régime de retraite des enseignants (RRE), par le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF), par le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE), par le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), ou par tout autre régime de retraite visant les salariées des secteurs public et parapublic, en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, par le Régime de rentes du Québec ou par toute autre loi sociale en regard de l'invalidité qui ouvre droit à des prestations en vertu du présent régime d'assurance invalidité de longue durée. Tout règlement forfaitaire ou entente spéciale en lien avec l'invalidité, convenu par l'un des organismes mentionnés précédemment, est tenu en compte pour l'établissement du montant de la rente d'invalidité et est intégré, s'il y a lieu, à la rente payable en vertu du présent régime.

Toutefois, il n'est tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune des autres sources, sans égard à leur indexation après la date du début du paiement de la prestation prévue au présent régime.

À défaut de recevoir les montants de ces différentes sources de revenu, il incombe à l'adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit à des prestations provenant de telles sources.

L'adhérente en invalidité qui est admissible, sans réduction actuarielle, à une rente de retraite d'un régime visant les salariées des secteurs public et parapublic (RREGOP, RRE, RRF, RRPE, etc.) et dont le lien d'emploi est rompu, verra ses prestations d'assurance invalidité réduites d'un montant égal à 60 % de ladite rente de retraite des secteurs public et parapublic (RREGOP, RRE, RRF, RRPE, etc.).

L'adhérente en invalidité qui est admissible au régime de retraite avec réduction actuarielle n'est pas tenue de demander sa rente de retraite. Par ailleurs, si elle en fait la demande, celle-ci sera coordonnée avec ses prestations d'assurance invalidité.

De plus, l'adhérente en invalidité qui continue d'accumuler des années de service au RREGOP, RRE, RRF, RRPE, etc. n'est pas tenue de faire sa demande de rente de retraite, et ce, tant que son lien d'emploi est maintenu.

Réadaptation

Si une adhérente accepte un emploi dans le cadre d'un programme de réadaptation approuvé par l'assureur, sa prestation n'est réduite que de 50 % de la rémunération nette reçue pour cet emploi.

Limitations et exclusions

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité :

- pendant laquelle l'adhérente n'est pas sous les soins continus d'un médecin ou d'un professionnel de la santé, sauf dans le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- qui résulte d'une participation active à une guerre, déclarée ou non, ou à une guerre civile, à une insurrection ou à une émeute;
- pendant laquelle l'adhérente occupe une fonction rémunératrice, sauf pour ce qui est prévu à la rubrique « Réadaptation » ou dans le cadre d'une démarche de réadaptation aux conditions acceptées par l'assureur, auquel cas il y a intégration et non exclusion.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

- A) **Adhérente** : salariée assurée en vertu du régime d'assurance collective.
- B) **Centre hospitalier (hôpital)** : un centre hospitalier au sens de la Loi et des règlements sur les services de santé et des services sociaux (L.R.Q., ch.S-5, ch. S-4.2); à l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.
- C) **Convention collective** : la convention collective intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ.
- E) **Employeur** : un établissement régi par la convention collective de même que tout autre groupe accepté par la FIQ et l'assureur.
- F) **Invalidité** : état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de toute autre intervention chirurgicale reliée à la planification familiale, d'un don d'organe ou de moelle osseuse et leurs complications nécessitant des soins et/ou traitements administrés par un professionnel reconnu et œuvrant dans le domaine de la santé, ou résultant d'un état stationnaire et qui :
- au cours d'une période initiale de 5 jours ouvrables plus 260 semaines, rend l'adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur; dans le cas d'une adhérente qui n'a pas le statut de salariée permanente à temps complet, la période de « 5 jours ouvrables » mentionnée ci-dessus doit être remplacée par « 7 jours de calendrier » à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités;

- par la suite, rend l'adhérente totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle elle est raisonnablement apte suite à son éducation, sa formation et son expérience.
- G) Médecin** : tout médecin légalement autorisé à la pratique de la médecine.
- H) Médicament équivalent** : médicament, de marque ou générique, dit interchangeable en vertu de la loi provinciale applicable où le médicament est délivré.
- I) Période d'invalidité** :
- au cours d'une période initiale de 5 jours ouvrables plus 156 semaines : toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que l'adhérente n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de sa représentante, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente; dans le cas d'une adhérente qui n'a pas le statut de salariée permanente à temps complet, la période de « 5 jours ouvrables » mentionnée ci-dessus doit être remplacée par « 7 jours de calendrier » à compter du premier jour auquel la salariée est requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités;
 - par la suite, toute période continue d'invalidité ou une suite de périodes successives séparées par moins de 6 mois de calendrier pendant lesquels l'adhérente n'a pas été totalement invalide. Toute période d'invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité, sauf si cette nouvelle invalidité survient au cours d'une période d'invalidité.

Toute période de réadaptation ou d'assignation temporaire durant le délai de carence de l'assurance invalidité de longue durée n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité mais peut avoir un effet sur la gestion de l'exonération des primes.

RESTRICTION - Une période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérente reçoit des traitements ou soins en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité.

J) Personnes à charge :

1) Conjoint : on entend par conjoints, les personnes qui résident au Canada :

- a) qui sont mariées et cohabitent;
- b) qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;
- c) qui sont de sexe différent ou de même sexe et qui vivent maritalement depuis au moins un 1 an.

À la suite de l'adoption en juin 2002 de la Loi instituant l'union civile et établissant de nouvelles règles de filiation, les personnes, de sexe opposé ou de même sexe, qui s'unissent civilement sont reconnues comme conjoints à compter de la date de leur union. Ainsi, ces personnes sont assujetties aux mêmes règles de participation au contrat d'assurance collective que les personnes mariées.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation, ou la dissolution de l'union civile, fait perdre le statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait. L'adhérente mariée qui ne cohabite pas avec son conjoint peut désigner à l'assureur cette personne comme conjoint. Elle peut aussi désigner une autre personne en lieu et place du conjoint légal si cette personne répond à la définition de conjoint prévue ci-dessus. En tout temps, un seul conjoint est reconnu par l'assureur, soit le dernier lui ayant été désigné.

- 2) **Enfant à charge** : un enfant de l'adhérente, de son conjoint ou des deux, non marié ou non uni civilement et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de l'adhérente pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :
- a) est âgé de moins de 18 ans;
 - b) est âgé de 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, une maison d'enseignement reconnue;
 - c) quel que soit son âge, s'il a été frappé d'invalidité totale alors qu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.
- 3) **Personne atteinte d'une déficience fonctionnelle** : personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie par le règlement d'application de la Loi sur l'assurance médicaments adopté par le gouvernement du Québec, survenue lorsque la situation de la personne correspondait à ce qui est prévu en 2 a) ou 2 b) de la définition d'enfant à charge, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la sécurité du revenu, domiciliée chez une personne assurée à titre d'adhérente ou de conjoint d'une adhérente, qui exercerait l'autorité parentale sur la personne déficiente si elle était mineure.

K) Professionnel de la santé :

- 1) tout professionnel de la santé mentionné dans le contrat qui est membre en règle de sa corporation professionnelle ou d'une association professionnelle;
- 2) tout autre professionnel de la santé reconnu par la FIQ et l'assureur et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi.

L) Revenus d'autres sources : les rentes d'invalidité payables par le Régime de retraite des enseignants (RRE), le Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE), le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), et en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, par le Régime de rentes du Québec ou par toute autre loi sociale, en regard de l'invalidité qui ouvre droit à des prestations en vertu du présent régime d'assurance invalidité de longue durée.

M) Salaires : la rémunération à laquelle une salariée a droit selon son échelon dans l'échelle de son titre d'emploi auquel on ajoute, s'il y a lieu, les primes, les suppléments et la rémunération additionnelle prévue à la convention collective applicable et servant au calcul de la prestation d'assurance salaire en vertu du régime offert par l'employeur.

N) Salariée : à moins que le preneur n'en décide autrement, toute personne travaillant pour un employeur moyennant rémunération et comprise dans une unité d'accréditation détenue par un syndicat affilié à la FIQ ainsi que toute personne syndiquée ou pas, travaillant moyennant rémunération pour la FIQ et/ou un ou plusieurs des syndicats affiliés à celle-ci; désigne également la salariée libérée pour activités syndicales. **Est exclue la salariée retraitée qui effectue un retour au travail après le 14 mai 2006, de même que toute étudiante ou externe en soins infirmiers ou en inhalothérapie.**

ADMISSIBILITÉ

Toute salariée est admissible à l'assurance collective à compter de la date indiquée ci-dessous, et ce, jusqu'à la prise effective de sa retraite, qu'elle ait ou non terminé sa période de probation :

- 1- salariée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un **emploi permanent** :
 - après 1 mois de service continu pour le régime de Base médicaments;
 - après 1 mois de service continu pour le régime de Base maladie complémentaire III ainsi que pour les régimes complémentaire I et complémentaire II.

- 2- salariée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un **emploi temporaire** :
 - après 1 mois de service continu pour le régime de Base médicaments;
 - après 3 mois de service continu pour le régime de Base maladie complémentaire III ainsi que pour les régimes complémentaire I et complémentaire II.

- 3- salariée à **temps partiel** qui travaille moins de 70 % du temps complet :
 - après 1 mois de service continu pour le régime de Base médicaments;
 - après 3 mois de service continu pour le régime de Base maladie complémentaire III ainsi que pour les régimes complémentaire I et complémentaire II.

La durée de l'emploi de la salariée chez l'employeur tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'unité de négociation est considérée aux fins d'application de la période d'admissibilité de 1 ou 3 mois.

L'adhérente n'a pas à compléter une nouvelle période d'admissibilité (1 ou 3 mois) dans les cas suivants :

- a) lorsqu'après avoir quitté son employeur d'une façon définitive, la salariée revient chez le même employeur ou commence à travailler pour un nouvel employeur à l'intérieur d'une période ne dépassant pas 30 jours de calendrier suivant son départ;
- b) lorsqu'une personne est replacée dans un autre emploi en vertu du régime de sécurité d'emploi de la convention collective;
- c) lorsqu'une salariée intègre l'unité de négociation tout en demeurant au service du même employeur.

PARTICIPATION

Les spécifications relatives à la participation sont les suivantes :

Salariée

Régime de Base médicaments : La participation est obligatoire pour toute salariée admissible et ses personnes à charge admissibles, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

- Salariée avec une ou des personnes à charge

La salariée ayant une ou des personnes à charge qui ne sont pas protégées par un régime d'assurance collective doit choisir la catégorie de protection familiale ou monoparentale, et ce, en vertu de la Loi sur l'assurance médicaments.

- Salariée âgée de 65 ans ou plus

La salariée qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement inscrite au Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) et sa participation au régime de Base médicaments est suspendue. Elle peut cependant choisir de demeurer assurée en vertu de son régime d'assurance collective en avisant la RAMQ et l'assureur de son choix. Lorsque le conjoint d'une salariée, assuré en vertu du présent régime d'assurance collective, atteint l'âge de 65 ans, il est automatiquement inscrit au RGAM administré par la RAMQ et sa participation au régime d'assurance collective de sa conjointe est suspendue. Le conjoint peut demeurer assuré en vertu du régime d'assurance collective de sa conjointe en autant que la RAMQ ainsi que l'assureur soient avisés de ce choix. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée en vertu du régime d'assurance collective si la salariée ne le demeure pas elle-même. La personne qui choisit de s'assurer auprès du RGAM administré par la RAMQ ne peut plus par la suite modifier son choix à cet égard.

Dans les deux cas, il est recommandé d'aviser l'assureur au moins 3 mois avant d'atteindre l'âge de 65 ans.

S'il ne reçoit pas d'avis quant au choix de la salariée et/ou de son conjoint, l'assureur considérera que l'inscription automatique auprès de la RAMQ n'a pas été annulée et que la personne a choisi de demeurer assurée par le RGAM pour les médicaments couverts par ce régime.

Régime de Base maladie complémentaire III : La participation est obligatoire pour toute salariée admissible, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Régime complémentaire I : La participation au régime complémentaire I est obligatoire pour toute salariée admissible d'un établissement lorsque les salariées se prononcent majoritairement en faveur de l'instauration dudit régime, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Régime complémentaire II : La participation est obligatoire sans droit de refus à l'assurance vie de base de l'adhérente, à l'assurance mort et mutilation accidentelles de base de l'adhérente et à l'assurance invalidité de longue durée pour toute salariée admissible. Une salariée qui a choisi la catégorie de protection familiale ou monoparentale aux régimes complémentaires I et III doit participer à l'assurance vie des personnes à charge.

Dispositions particulières pour la salariée à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet

La participation aux régimes de Base maladie complémentaire III et complémentaire I est facultative pour toute salariée admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet.

1. Au terme de la période de 3 mois de service continu

Une nouvelle salariée à temps partiel qui travaille 25 % ou moins du temps complet est assurée d'office à moins qu'elle refuse d'être couverte par les régimes mentionnés au paragraphe précédent en le signifiant par écrit à l'employeur **dans les 10 jours** suivant l'avis écrit de l'employeur indiquant son pourcentage du temps travaillé au cours de ses 3 premiers mois de service continu.

2. Au 1^{er} janvier de chaque année

La salariée dont la prestation de travail a diminué à 25 % du temps complet ou moins au cours de la période de référence (1^{er} novembre au 31 octobre de l'année précédente) peut cesser d'être couverte par le régime de Base maladie complémentaire III et le régime complémentaire I. Cette cessation doit être signifiée, par un avis écrit de la salariée, **dans les 10 jours** de la réception d'un avis écrit de l'employeur indiquant son pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence.

3. Retour à la participation

Seule la salariée qui a refusé ou demandé de ne plus être couverte peut modifier son choix le 1^{er} janvier de chaque année.

La personne absente entre la fin de la période de référence (1^{er} novembre au 31 octobre de l'année précédente) et le 31 décembre d'une année parce qu'elle bénéficie d'une absence autorisée de plus de 4 semaines exerce, s'il y a lieu, le choix énoncé aux paragraphes 2 ou 3 au retour de son absence.

4. Maintien de la participation

La salariée à temps partiel qui travaille à 25 % ou moins du temps complet et qui a décidé d'être couverte ou de continuer d'être couverte en vertu des paragraphes précédents ne peut modifier son choix tant et aussi longtemps qu'elle travaille à 25 % ou moins du temps complet.

Dispositions particulières pour la salariée qui travaille chez plus d'un employeur

Nous pouvons rencontrer les deux situations suivantes :

1. Adhérente travaillant chez plus d'un employeur et syndiquée avec la FIQ chez chacun des employeurs

L'adhérente doit participer aux garanties obligatoires du régime complémentaire II chez chaque employeur. À noter que la somme des montants d'assurance vie additionnelle ne peut dépasser 100 000 \$ au total. Pour ce qui est des autres régimes (Base médicaments, Base maladie complémentaire III et complémentaire I), elle participe chez un seul employeur. L'adhérente choisit l'employeur avec lequel elle participe et demande un droit d'exemption chez l'autre employeur.

2. Adhérente travaillant chez plus d'un employeur et syndiquée avec la FIQ chez un seul employeur

L'adhérente doit participer aux garanties obligatoires du régime complémentaire II chez l'employeur où la FIQ est présente. Pour ce qui est des autres régimes (Base médicaments, Base maladie complémentaire III et complémentaire I), elle participe chez un seul employeur. L'adhérente choisit l'employeur avec lequel elle participe et demande un droit d'exemption chez l'autre employeur.

Dispositions particulières pour la salariée qui travaille dans plus d'une catégorie d'emploi chez le même employeur ou chez plus d'un employeur

L'adhérente qui travaille dans la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires et qui travaille également dans une autre catégorie d'emploi non-assujettie à la convention collective FIQ doit participer aux garanties obligatoires du régime complémentaire II chez l'employeur ou dans la catégorie d'emploi où la FIQ est présente. Pour la garantie d'assurance invalidité de longue durée, seul le salaire de la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires s'applique. Pour ce qui est des autres régimes (Base médicaments, Base maladie complémentaire III et complémentaire I), l'adhérente participe au régime d'assurance collective de la catégorie d'emploi de son choix et demande par écrit à être exemptée de l'autre régime.

Personnes à charge

Régime de Base médicaments :

La salariée ayant une ou des personnes à charge doit choisir la catégorie de protection familiale ou monoparentale, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Régime de Base maladie complémentaire III :

La salariée ayant une ou des personnes à charge peut, à son choix, s'assurer comme adhérente sans personne à charge (individuelle), comme adhérente avec personnes à charge (familiale) ou comme adhérente avec enfants à charge (monoparentale), sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint (par mariage, union civile ou par le fait) peut choisir la catégorie monoparentale.

Régime complémentaire I :

La salariée ayant une ou des personnes à charge peut, à son choix, s'assurer comme adhérente sans personne à charge (individuelle), comme adhérente avec personnes à charge (familiale) ou comme adhérente avec enfants à charge (monoparentale), sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption. Seule l'adhérente n'ayant pas de conjoint (par mariage, union civile ou par le fait) peut choisir la catégorie monoparentale.

Toutefois, la catégorie de protection aux régimes complémentaires I et III doit être la même.

Voici les situations permises :

RÉGIMES	Catégorie de protection	Catégorie de protection	Catégorie de protection
Base médicaments	IND.	MONO.	FAM.
Base maladie complémentaire III	IND.	IND./ MONO.	IND./FAM.
Complémentaire I	IND.	IND./ MONO.	IND./FAM.

PREUVES D'ASSURABILITÉ

La salariée doit remplir une demande d'adhésion dans les 30 jours suivant la date de son admissibilité ou celle de ses personnes à charge. Après ce délai, une preuve d'assurabilité est exigée pour les personnes à charge relativement aux régimes complémentaires I et III.

DROIT D'EXEMPTION

La salariée peut être exemptée de participer aux régimes de Base médicaments et de Base maladie complémentaire III et au régime complémentaire I si elle établit qu'elle-même et ses personnes à charge sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des protections similaires et permettant de bénéficier du droit d'exemption.

Pour être exemptée de participer au régime de Base maladie complémentaire III, la salariée doit aussi obtenir une exemption de participation au régime de Base médicaments.

La salariée âgée de 65 ans ou plus peut être exemptée de participer au régime de Base médicaments seulement, si elle est assurée en vertu du Régime général d'assurance médicaments administré par la RAMQ.

La salariée qui demande d'être exemptée de participer au régime complémentaire I doit également demander d'être exemptée de participer aux régimes de Base médicaments et de Base maladie complémentaire III.

La salariée peut également être exemptée de participer aux régimes de Base médicaments et de Base maladie complémentaire III, aux conditions qui précèdent, et participer au régime complémentaire I, s'il a été choisi dans son établissement.

Le droit d'exemption prend alors effet à la date de signature de la demande.

FIN DU DROIT D'EXEMPTION

Une salariée qui a été exemptée de participer aux régimes de Base médicaments, de Base maladie complémentaire III et complémentaire I, en conformité avec les dispositions relatives au droit d'exemption, peut y participer par la suite aux conditions suivantes :

1. Elle doit établir :
 - a) qu'antérieurement, elle était assurée en vertu du présent régime d'assurance collective ou de tout autre régime accordant une catégorie d'assurance similaire;
 - b) qu'il est devenu impossible qu'elle continue à être assurée;
 - c) qu'elle présente sa demande dans les 30 jours suivant la cessation de son assurance, auquel cas l'assurance en vertu du présent régime prend effet à la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption. Si elle présente sa demande plus de 30 jours suivant la cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, son assurance prend effet à la date de signature de la demande.
2. Dans le cas d'une salariée qui, antérieurement à sa demande, n'était pas assurée en vertu des régimes de Base médicaments, de Base maladie complémentaire III et complémentaire I, l'assureur n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être payables par l'assureur précédent en vertu d'une clause de prolongation ou de transformation ou autrement.

Dans le cas où une salariée voudrait réintégrer le régime sans qu'il y ait une fin d'exemption, les régimes entrent en vigueur à la date suivante :

Le régime de Base médicaments, selon la catégorie de protection demandée (individuelle, familiale ou monoparentale), entre en vigueur à la date de signature de la demande.

Les régimes de Base complémentaire III et complémentaire I, selon la catégorie de protection individuelle, entrent en vigueur à la même date que le régime de Base médicaments alors que la catégorie de protection familiale ou monoparentale entre en vigueur à la date d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité fournies pour le conjoint et les enfants à charge de l'adhérente.

DEMANDE D'ADHÉSION

Toute salariée admissible, de même qu'une salariée désirant participer après avoir été exemptée, doit remplir une demande d'adhésion dans les **30 jours** de la date à laquelle elle devient admissible ou de la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption. Elle doit indiquer sur cette demande son choix de catégorie de protection comme :

1. adhérente sans personne à charge (individuelle)
2. adhérente avec personnes à charge (familiale)
3. adhérente avec enfants à charge (monoparentale).

ABSENCE DE DEMANDE D'ADHÉSION

Nonobstant ce qui est mentionné au paragraphe précédent, une salariée admissible qui refuse ou qui omet de remplir sa demande d'adhésion

- . en vertu du régime de **Base médicaments** est automatiquement assurée avec une protection individuelle. La même règle s'applique dans le cas d'une salariée qui ne peut pas remplir sa demande d'adhésion mais dans ce cas, la catégorie de protection (individuelle, familiale ou monoparentale) est déterminée en fonction de son état civil;

en vertu des régimes de **Base maladie complémentaire III et des régimes complémentaires I et II** est automatiquement assurée avec une protection individuelle. La même règle s'applique dans le cas d'une salariée qui ne peut pas remplir sa demande d'adhésion mais dans ce cas, la catégorie de protection (individuelle, familiale ou monoparentale) est déterminée en fonction de son état civil. Dans ce dernier cas, la salariée peut ultérieurement réviser ce choix de catégorie de protection, à condition que sa demande à cet effet soit présentée à l'employeur dans les 30 jours suivant la date à compter de laquelle elle est en mesure de le faire.

DATE DE PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE

A. Régime de Base médicaments

Salariée

L'assurance d'une salariée prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) s'il s'agit d'une salariée nouvellement admissible qui n'a pas obtenu d'exemption de participation : la date du début de son admissibilité, qu'elle soit au travail ou non à cette date;
- b) s'il s'agit d'une salariée ayant obtenu une exemption de participation et qui présente sa demande dans les 30 jours de la cessation de son assurance : la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption;
- c) s'il s'agit d'une salariée ayant obtenu une exemption de participation et qui présente sa demande plus de 30 jours après la cessation de son assurance : la date de signature de la demande d'adhésion;
- d) s'il s'agit d'une salariée qui n'est pas au travail après l'expiration d'une période d'exonération des primes maximale de 3 ans : la date de retour effectif au travail.

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) si l'adhérente est déjà assurée à titre d'adhérente avec personnes à charge ou d'adhérente monoparentale et qu'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible : la date du début de son admissibilité;
- b) s'il s'agit d'une première personne à charge nouvellement admissible et que la demande est présentée dans les 30 jours qui suivent le début de son admissibilité : la date de l'événement dont découle la demande;
- c) s'il s'agit d'une personne à charge auparavant admissible mais non assurée et que la demande est faite plus de 30 jours après le début de son admissibilité : la date de signature de la demande;
- d) s'il s'agit d'une nouvelle adhérente qui demande une catégorie de protection monoparentale ou familiale et dont la demande d'adhésion est faite dans les 30 jours après le début de son admissibilité aux régimes de Base maladie complémentaire III et complémentaire I : la date du début de son admissibilité aux régimes de Base maladie complémentaire III et complémentaire I.

B. Régime de Base maladie complémentaire III

Salariée

L'assurance d'une salariée prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) s'il s'agit d'une salariée nouvellement admissible : la date du début de son admissibilité, qu'elle soit au travail ou non à cette date;

- b) s'il s'agit d'une salariée ayant obtenu une exemption de participation et que sa demande est présentée dans les 30 jours de la cessation de son assurance : la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption;
- c) s'il s'agit d'une salariée ayant obtenu une exemption de participation et que la demande est présentée plus de 30 jours suivant la cessation de l'assurance : la date de signature de la demande d'adhésion;
- d) s'il s'agit d'une salariée dont le pourcentage de temps travaillé augmente à plus de 25 % du temps complet : le 1^{er} janvier de l'année;
- e) s'il s'agit d'une salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet qui décide de participer à l'assurance : le 1^{er} janvier de l'année;
- f) s'il s'agit d'une salariée qui n'est pas au travail après l'expiration d'une période d'exonération des primes maximale de 3 ans : la date de retour effectif au travail.

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) si l'adhérente est déjà assurée à titre d'adhérente avec personnes à charge ou d'adhérente monoparentale et qu'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible : la date du début de son admissibilité;
- b) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur n'est pas requise et qu'il s'agit d'une première personne à charge nouvellement admissible : la date de l'événement dont découle la demande;
- c) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur est requise : la date d'acceptation de ladite demande d'adhésion par l'assureur;

- d) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur n'est pas requise et qu'il s'agit d'une personne à charge auparavant admissible mais non assurée : la date de l'évènement dont découle la demande.

En aucun cas l'assurance d'une personne à charge ne peut prendre effet avant celle de la salariée.

C. Régime complémentaire I

Salariée

L'assurance d'une salariée prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date indiquée dans l'avis transmis par l'employeur à l'assureur suite à un vote positif. La date indiquée dans l'avis ne peut précéder la date de la tenue du vote;
- b) s'il s'agit d'une salariée nouvellement admissible : la date du début de son admissibilité, qu'elle soit au travail ou non à cette date;
- c) s'il s'agit d'une salariée ayant obtenu une exemption de participation et que sa demande est présentée dans les 30 jours de la cessation de son assurance : la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption;
- d) s'il s'agit d'une salariée ayant obtenu une exemption de participation et que la demande est présentée plus de 30 jours suivant la cessation de l'assurance : la date de signature de la demande d'adhésion;
- e) s'il s'agit d'une salariée dont le pourcentage de temps travaillé augmente à plus de 25 % du temps complet : le 1^{er} janvier de l'année;
- f) s'il s'agit d'une salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet qui décide de participer à l'assurance : le 1^{er} janvier de l'année;

- g) s'il s'agit d'une salariée qui n'est pas au travail après l'expiration d'une période d'exonération des primes maximale de 3 ans : la date de retour effectif au travail.

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) si l'adhérente est déjà assurée à titre d'adhérente avec personnes à charge ou d'adhérente monoparentale et qu'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible : la date du début de son admissibilité;
- b) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur n'est pas requise et qu'il s'agit d'une première personne à charge nouvellement admissible : la date de l'évènement dont découle la demande;
- c) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur est requise : la date d'acceptation de ladite demande d'adhésion par l'assureur;
- d) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur n'est pas requise et qu'il s'agit d'une personne à charge auparavant admissible mais non assurée : la date de l'évènement dont découle la demande.

En aucun cas l'assurance d'une personne à charge ne peut prendre effet avant celle de la salariée.

D. Régime complémentaire II

Salariée

L'assurance d'une salariée prend effet à compter du début de son admissibilité à condition qu'elle soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon lorsque la période d'invalidité de la salariée prend fin et qu'il y a retour effectif au travail.

Toutefois, pour la partie des montants de protection d'assurance vie additionnelle excédant 50 000 \$ de même que pour la partie des montants globaux de protection d'assurance mort et mutilation accidentelles qui excède 50 000 \$ demandés dans les 30 jours de la date du début d'admissibilité de la salariée, l'assurance prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité requises par l'assureur, et ce, à condition que la salariée soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon lorsque la période d'invalidité de la salariée prend fin et qu'il y a retour effectif au travail.

De plus, pour tout montant de protection d'assurance vie additionnelle et de mort et mutilation accidentelles demandé plus de 30 jours suivant la date du début d'admissibilité de la salariée, l'assurance prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité requises par l'assureur, et ce, à condition que la salariée soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon lorsque la période d'invalidité de la salariée prend fin et qu'il y a retour effectif au travail.

Enfin, pour les garanties d'assurance mort et mutilation accidentelles lorsqu'une salariée n'est pas au travail après l'expiration d'une période d'exonération des primes maximale de 3 ans, ces garanties reprennent effet à la date de retour effectif au travail.

Personnes à charge

L'assurance d'une personne à charge prend effet à compter de l'une des dates suivantes :

- a) si l'adhérente est déjà assurée à titre d'adhérente avec personnes à charge et qu'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible : la date du début de son admissibilité;
- b) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur n'est pas requise et qu'il s'agit d'une première personne à charge nouvellement admissible : la date de l'événement dont découle la demande;

- c) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur est requise : la date d'acceptation de ladite demande d'adhésion par l'assureur;
- d) si l'acceptation de la demande d'adhésion par l'assureur n'est pas requise et qu'il s'agit d'une personne à charge auparavant admissible mais non assurée : la date de signature de la demande d'adhésion.

EXONÉRATION DES PRIMES

Les régimes d'assurance se poursuivent sans paiement des primes pour l'adhérente invalide à compter du 6^e jour ouvrable d'une période d'invalidité. Pour une adhérente qui n'a pas le statut de salariée permanente à temps complet, l'exonération commence au 8^e jour de calendrier qui suit le 1^{er} jour auquel la salariée était requise de se présenter au travail ou à compter du premier jour suivant les 12 premières semaines d'invalidité, selon la première de ces éventualités.

Toutefois, les dispositions relatives à l'exonération des primes en cas d'invalidité ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire si l'adhérente reçoit le salaire qu'elle touchait avant le début de son invalidité.

Dans le cas d'un retour progressif au travail ou lors d'une assignation temporaire à temps complet ou réduit et en autant que le lien d'emploi est en vigueur à la fin de la période d'exonération des primes, la participation de l'adhérente aux régimes de Base médicaments et de Base maladie complémentaire III, et au régime complémentaire I est maintenue et les primes recommencent à être versées de la façon habituelle à l'assureur.

A. Régimes de Base médicaments, de Base maladie complémentaire III et complémentaire I

La durée maximale de l'exonération des primes est de 3 ans. Toutefois, l'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de la période d'invalidité de l'adhérente;
- b) la date de terminaison du contrat;

c) la date de la retraite de l'adhérente.

Cependant, dans le cas où l'invalidité est reconnue au sens de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'exonération continue de s'appliquer tant et aussi longtemps que l'adhérente reçoit une pleine indemnité de remplacement de revenu en vertu de ladite loi.

B. Régime complémentaire II

Pour les garanties d'assurance vie et d'assurance invalidité de longue durée, l'exonération des primes se termine à la première des dates suivantes :

- a) la date de la fin de la période d'invalidité de l'adhérente;
- b) la date à laquelle l'adhérente atteint l'âge de 65 ans.

Cependant, si l'invalidité débute à l'âge de 62 ans ou après, l'exonération des primes peut se poursuivre au-delà de 65 ans mais pour une période maximale de 3 ans et ne peut se poursuivre au-delà du jour où l'adhérente atteint l'âge de 71 ans.

Dans tous les cas, l'exonération des primes relativement à la garantie de mort et mutilation accidentelles est d'une durée maximale de 3 ans et ne peut se poursuivre au-delà du jour où l'adhérente atteint l'âge de 71 ans.

De plus, dans le cas où l'invalidité est reconnue au sens de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, l'exonération continue de s'appliquer pour les garanties d'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérente et des personnes à charge, le cas échéant, tant et aussi longtemps que l'adhérente reçoit une pleine indemnité de remplacement de revenu en vertu de ladite loi.

CONTINUITÉ DE L'ASSURANCE EN CAS D'INTERRUPTION DE TRAVAIL

À moins d'indication contraire, lorsqu'une période d'invalidité débute lors d'une interruption de travail prévue aux paragraphes A), B), C), E) et F) ci-après et alors que l'adhérente est assurée durant ladite période d'interruption temporaire, le début de la période d'invalidité pour les fins de l'exonération des primes et de l'application de l'assurance invalidité de longue durée est fixé à la date prévue de retour au travail.

L'adhérente qui maintient ses protections lors d'une interruption de travail et qui voit son statut changer durant cette interruption doit présenter sa demande de changement de catégorie de protection à l'employeur dans les 30 jours suivant la date de l'événement. Après ce délai, une preuve d'assurabilité est exigée pour les personnes à charge pour les régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II.

L'adhérente qui suspend sa participation aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II lors d'une interruption de travail reprend automatiquement sa participation dès son retour effectif au travail. L'adhérente recommence à être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, conformément à la catégorie de protection prévalant avant le début de son absence, à moins que son statut n'ait changé durant cette absence, auquel cas elle bénéficie d'une période de 30 jours de la date de son retour effectif au travail pour demander sa nouvelle catégorie de protection sans preuve d'assurabilité.

Le choix de l'adhérente de maintenir ou non sa participation doit être le même pour l'ensemble des régimes complémentaires.

L'adhérente qui suspend sa participation aux régimes complémentaires au début ou en cours de l'absence ne peut la reprendre ultérieurement au cours de cette même absence.

L'adhérente qui n'effectue pas de retour effectif au travail après l'expiration d'une période d'exonération des primes maximale de 3 ans ne peut maintenir sa participation lors d'un congé sans solde de quatre semaines ou moins, ou lors d'un congé sans solde supérieur à quatre semaines.

A. Retrait préventif et congé de maternité

- 1- La participation de l'adhérente au régime de Base médicaments est maintenue et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.
- 2- La participation de l'adhérente aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II est maintenue automatiquement pendant son absence et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, sous réserve du paiement de la prime. L'adhérente peut toutefois suspendre sa participation à ces régimes dès le début de l'absence ou en tout temps au cours de l'absence.

B. Congé avec solde ou congé sans solde de 4 semaines ou moins

La participation de l'adhérente au régime de Base médicaments et aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II est maintenue pendant son absence et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

C. Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines

- 1- La participation de l'adhérente au régime de Base médicaments est maintenue et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'adhérente paie la prime totale prévue au contrat (employeur et adhérente) par l'intermédiaire de son employeur. Toutefois, s'il s'agit d'une absence ou d'un congé pour raisons familiales ou parentales, tel que prévu à la Loi sur les normes du travail, l'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.
- 2- La participation de l'adhérente aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II est automatiquement suspendue pendant son absence et elle cesse d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu.

3- Nonobstant le sous-paragraphe précédent, l'adhérente peut maintenir sa participation aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II et continuer d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, en payant la prime totale par l'intermédiaire de son employeur.

D. Congé partiel sans solde

- 1- La participation de l'adhérente au régime de Base médicaments ainsi qu'aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II est maintenue pendant son absence et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.
- 2- La prime et le montant de protection d'assurance invalidité de longue durée sont déterminés sur la base du salaire qui serait versé si l'adhérente n'était pas en congé partiel sans solde ou, à condition qu'elle effectue son choix avant le début de son départ en congé partiel sans solde, sur la base du salaire réduit.
- 3- L'adhérente qui ne se prévaut pas des dispositions du sous-paragraphe précédent dès le début de son congé partiel sans solde ne peut le faire plus tard au cours de son congé partiel sans solde.
- 4- Les dispositions particulières applicables à la salariée à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet ne s'appliquent pas à une telle adhérente du seul fait de son congé partiel sans solde.

E. Régime de congé à traitement différé

Ce régime comprend, d'une part, une période de contribution de l'adhérente, et d'autre part, une période de congé.

- 1- Durant la période de contribution, la participation de l'adhérente est maintenue et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. La prime et le montant de protection d'assurance invalidité sont déterminés sur la base du salaire réduit ou sur la base du salaire qui serait versé si l'adhérente ne participait pas au régime de congé à traitement différé, et ce, à condition qu'elle effectue son choix avant le début de sa participation audit régime. L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.
- 2- Durant la période de congé, l'adhérente est considérée en congé sans solde et les dispositions du paragraphe C) « Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines » s'appliquent. Si l'adhérente a choisi de maintenir sa participation aux différents régimes d'assurance, la prime et le montant de protection d'assurance invalidité de longue durée sont les mêmes que ceux choisis par l'adhérente au début de sa participation au régime de congé à traitement différé.

F. Suspension

- 1- Durant une suspension d'une durée de 4 semaines ou moins, les règles applicables sont les mêmes que celles décrites au paragraphe B) « Congé avec solde ou congé sans solde de 4 semaines ou moins ».
- 2- Durant une suspension d'une durée supérieure à 4 semaines, les règles applicables sont les mêmes que celles décrites au paragraphe C) « Congé sans solde d'une durée supérieure à 4 semaines ».

G. Mise à pied

La participation de l'adhérente au régime de Base médicaments et aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II est maintenue pendant son absence et elle continue d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'employeur et l'adhérente assument leur part habituelle de la prime.

H. Congédiement contesté par grief

Une adhérente congédiée qui conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, doit maintenir sa participation au régime de Base médicaments et peut aussi maintenir sa participation aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II et continuer d'être assurée, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel, le cas échéant, soit rendue en payant elle-même la prime totale prévue au contrat par l'intermédiaire de l'employeur. L'adhérente doit informer l'employeur de son choix de maintenir sa participation aux régimes de Base maladie complémentaire III, complémentaire I et complémentaire II dans les 30 jours qui suivent le dépôt du grief.

Si le congédiement fait l'objet d'un règlement entre les parties, la participation de l'adhérente au régime de Base médicaments et, s'il y a lieu, aux régimes complémentaires I, II et III cesse à la date de la signature du règlement, sauf s'il y a retour effectif au travail.

Note : Adhérente à temps partiel

Pour l'adhérente à temps partiel qui maintient sa participation au régime complémentaire II durant une absence temporaire, la prime est basée sur son salaire établi au prorata du temps rémunéré par rapport au temps rémunéré sur la base du temps complet au cours des 12 semaines précédant le début de ce congé pour lesquelles aucune période de maladie, de congé parental, de congé sans solde, de congé annuel ou de libération syndicale n'a été autorisé.

Si l'adhérente à temps partiel devient invalide durant une telle absence, la prestation payable est basée sur son salaire annualisé à la date d'épuisement du délai de carence multiplié par le pourcentage de son temps effectivement rémunéré par rapport au temps complet au cours des 12 semaines précédant le début de son absence temporaire pour lesquelles aucune période d'invalidité, de congé parental ou de congé sans solde n'a été autorisée (salaire minimal de 12 000 \$).

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Advenant un ajout ou une modification aux systèmes fiscaux actuels, à une loi sociale, à un régime gouvernemental ou à la convention collective, les dispositions du contrat continuent de s'appliquer comme si tel ajout ou modification n'avait pas eu lieu, et ce, jusqu'à ce qu'il y ait entente entre les parties à l'effet que les taux de prime en vigueur soient modifiés en conséquence.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

L'assurance d'une adhérente se termine, à 24 heures, à la première des dates suivantes :

1. la date de terminaison du contrat, sous réserve des dispositions relatives à l'**exonération des primes**;
2. la date à laquelle elle cesse d'être admissible, sous réserve des dispositions relatives au **droit de transformation**;
3. la date à laquelle elle cesse de participer en se prévalant du **droit d'exemption** aux régimes de Base médicaments, de Base maladie complémentaire III et complémentaire I;
4. pour les régimes de Base maladie complémentaire III et complémentaire I, le 1^{er} janvier de l'année où l'adhérente signifie sa volonté de cesser de participer à l'assurance parce que son pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet;
5. la date à laquelle elle atteint 63 ans dans le cas de la garantie d'assurance invalidité de longue durée;

6. pour le régime de Base médicaments, la date à laquelle elle devient assurée en vertu du Régime général d'assurance médicaments;
7. pour le régime complémentaire I, le 1^{er} janvier suivant le vote des salariées chez un employeur de ne plus participer à ce régime;
8. la date de la retraite;
9. pour ce qui est des sections Base médicaments et Base maladie complémentaire III, la date à laquelle cesse la période maximale de 3 ans d'exonération des primes, sauf si l'adhérente est en assignation temporaire ou en retour progressif au travail;
10. pour ce qui est de la section Régime complémentaire I, la date à laquelle cesse la période maximale de 3 ans d'exonération des primes, sauf si l'adhérente est en assignation temporaire ou en retour progressif au travail;
11. pour ce qui est de la garantie d'assurance mort et mutilation accidentelles de l'adhérente, la date à laquelle cesse la période maximale de 3 ans d'exonération des primes sans toutefois dépasser l'âge de 71 ans si l'invalidité a débuté à l'âge de 62 ans ou après. Il est entendu que cette garantie ne se termine pas si l'adhérente est en assignation temporaire ou en retour progressif au travail.

L'assurance d'une personne à charge se termine à 24 heures, à la première des dates suivantes :

1. la date de terminaison du contrat, sous réserve des dispositions relatives à **l'exonération des primes**;
2. la date de terminaison de l'assurance de l'adhérente, sous réserve des dispositions relatives au **droit de transformation**;
3. la date à laquelle une personne à charge cesse d'être admissible (voir la définition de personnes à charge apparaissant au début de la présente section Dispositions générales);
4. la date où une adhérente demande d'être assurée comme adhérente sans personne à charge ou comme adhérente monoparentale;

5. pour le régime de Base médicaments, la date à laquelle la personne à charge devient assurée en vertu du Régime général d'assurance médicaments.

PROGRAMME D'ASSURANCE POUR LES RETRAITÉES

Au moment de la retraite, deux polices d'assurance individuelle sont offertes à l'adhérente.

Pour celles qui sont membres du Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de la santé (RIIRS), une police d'assurance vie est disponible.

Une police d'assurance maladie individuelle conçue par Desjardins Assurances pour les personnes qui ne sont plus admissibles à un régime d'assurance collective est également offerte aux adhérentes au moment de la retraite. Cette police d'assurance maladie individuelle est un complément au régime public d'assurance médicaments de la RAMQ et se compose d'assurance maladie complémentaire, d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage.

Pour en savoir plus concernant ces régimes d'assurance individuelle, veuillez communiquer au 1-877-385-3033 ou vous référer à la documentation transmise à votre employeur à cet effet.

DROIT DE TRANSFORMATION

L'adhérente peut exercer son droit de transformation une seule fois en vertu de tout contrat émis par l'assureur.

A) Régime de Base maladie complémentaire III

Le droit de transformation permet à la personne assurée (adhérente et personne à charge) qui n'est plus admissible à l'assurance, d'obtenir sans preuve d'assurabilité, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie ne comportant pas d'assurance de médicaments, aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition d'en faire la demande par écrit au siège social de l'assureur dans les 31 jours suivant l'un des événements suivants :

- a) la personne assurée cesse d'être admissible à l'assurance avant la terminaison du contrat; ce droit de transformation peut alors être exercé par l'adhérente pour elle-même et pour ses personnes à charge, si elle les protégeait;
- b) une personne à charge cesse d'être une personne à charge au sens du contrat;
- c) l'adhérente décède.

B) Assurance vie de l'adhérente

Advenant que l'assurance vie d'une adhérente se termine, cette adhérente a le droit de transformer, sans preuve d'assurabilité, la totalité ou une partie de la protection d'assurance vie alors en vigueur en vertu du régime complémentaire II, en une police individuelle d'assurance vie permanente ou temporaire, avec l'option d'assurance temporaire 1 an la première année.

Une demande écrite doit être faite à l'assureur dans les 31 jours suivant la date de prise d'effet du droit de transformation, période durant laquelle la protection d'assurance vie en vertu du régime complémentaire II demeure en vigueur, et la nouvelle police entre en vigueur le 31^e jour après cette même date, à condition que la première prime soit alors payée.

La prime de la nouvelle police est établie d'après les taux alors en vigueur et l'âge atteint de l'adhérente au moment de la transformation. La nouvelle police ne comporte pas d'exonération de prime ou autre bénéfice additionnel, à moins que l'assureur n'y consente.

Nonobstant toute autre disposition de la police du régime complémentaire II, toute retraitée qui adhère au régime d'assurance offert aux membres du Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de la santé (RIIRS) ne peut transformer en assurance individuelle qu'un montant égal ou inférieur à la différence entre la protection d'assurance vie qu'elle détient déjà en vertu du régime complémentaire II et celle qu'elle obtient en vertu du régime des retraitées.

Deux documents permettront aux adhérentes de bien comprendre et d'exercer leur droit de transformation, soit le formulaire n° 14141F « Demande de transformation » et le dépliant explicatif intitulé « Droit de transformation de votre assurance collective ». Ces deux documents ont été déposés sur le site sécurisé destiné aux adhérentes sous : Je me renseigne > Formulaires > Administration ou sur le site Desjardinsassurancevie.com sous : Régimes collectifs > Départ ou retraite d'un employé

COMMENT PRÉSENTER UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ?

ASSURANCE MALADIE

1) Frais hospitaliers

Vous présentez simplement votre attestation d'assurance au centre hospitalier.

2) Médicaments

Paiement Direct

Pour l'achat de médicaments, vous pouvez vous prévaloir du service de paiement direct. Il suffit de présenter au pharmacien votre carte d'attestation d'assurance sur laquelle apparaît votre numéro d'identification.

Ce service permet une validation immédiate de votre demande de remboursement en pharmacie. De plus, il vous évite d'avoir à remplir des formulaires de demande de remboursement tout en éliminant les factures perdues et les frais postaux.

Lors de vos achats de médicaments, vous devez présenter votre carte et effectuer le paiement de la partie non assurée des frais de médicaments au pharmacien. Vous n'avez donc pas à présenter de demande de prestations à l'assureur.

Veillez noter que vous ne pouvez avoir recours au service de paiement pour les demandes de remboursement de médicaments achetés en dehors du Québec et des autres frais prévus au contrat. Pour ces demandes de remboursement, veuillez vous référer au paragraphe « Autre mode de demande de prestations ».

Autre mode de demande de prestations

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement direct et pour les autres frais d'assurance maladie, vous devez remplir le formulaire « Demande de remboursement (#19-132) » et y attacher l'original de la facture acquittée. À noter que toutes les factures doivent mentionner le nom de la personne assurée, la nature, la date et le coût des services.

La demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois de la date à laquelle les frais ont été engagés.

Remboursement de médicaments de marque

Si le médecin traitant considère que le médicament de marque qu'il prescrit ne doit pas être substitué, le médicament pourra être remboursé pourvu que :

- a) le formulaire prévu à cet effet soit rempli par le médecin et soumis à l'assureur;
- b) la raison médicale pour laquelle le médicament ne doit pas être substitué soit valable de l'avis de l'assureur.

Ce formulaire est disponible sur le site internet desjardinsassurancevie.com. Pour y accéder :

- dans l'onglet *Régimes collectifs*, choisir *Formulaires assurance collective* sous *Assurance collective*;
- cliquer sur le bouton *Frais médicaux*;
- sélectionner le formulaire **Demande de remboursement de médicaments de marque – Adhérent – 12126F**.

3) Frais hospitaliers ou médicaux suite à une lésion professionnelle

Dans le cas d'une lésion professionnelle, il est à noter que tous les frais médicaux ou d'hospitalisation en découlant sont remboursables par la CSST. Ces comptes doivent être présentés à la CSST non pas à Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

4) Assurance soins dentaires

Le paiement des prestations au régime de soins dentaires se fait par carte de paiement auprès des dentistes participants. Pour les dentistes non participants, la demande de prestations, les preuves et les renseignements doivent parvenir à l'assureur au plus tard dans les 12 mois de la date à laquelle les frais ont été engagés.

Les plans de traitement peuvent être envoyés par télécopieur au 418 835-5346.

5) Assurance invalidité de longue durée

La demande de prestations d'assurance invalidité doit être présentée 90 jours avant la date prévue du paiement de la prestation en vous servant du formulaire obtenu de la personne responsable de l'assurance collective chez votre employeur.

6) Assurance vie

Le formulaire pour demande de prestations d'assurance vie s'obtient directement chez Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Toute demande de prestations ou correspondance doit être identifiée de votre numéro de contrat et adressée à :

DESJARDINS ASSURANCE
C. P. 3950
Lévis (Québec) G6V 8C6

Pour toute information supplémentaire concernant **une demande de prestations en vertu de l'assurance maladie, assurance voyage ou de soins dentaires**, il suffit de communiquer avec le siège social aux numéros de téléphone suivants :

Région de Québec : (418) 838-7843

Autres régions : 1 (800) 463-7843 (sans frais)

Vous pouvez consulter la présente brochure sur notre site internet à l'adresse suivante : www.dsf.ca

Pour y accéder, suivez les étapes suivantes :

- 1) Dans le menu déroulant « Se connecter », cliquez sur « Assurance collective » dans la zone « Particuliers ».
- 2) S'il s'agit de votre première visite, cliquez sur « Inscrivez-vous maintenant » et suivez les instructions.
- 3) Si vous êtes déjà inscrite, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur « Confirmer ».
- 4) Dans la page d'accueil, cliquez sur « Brochure d'assurance » dans le menu déroulant « Mon dossier ».

Notre engagement envers nos adhérents

En tant qu'adhérent, vous avez droit à notre attention, à notre respect et à notre disponibilité. Vous pouvez compter sur l'engagement de notre équipe à traiter vos demandes avec objectivité et diligence afin de toujours bien vous servir.

Desjardins Assurances place les besoins de ses adhérents au centre de ses préoccupations. Votre sécurité financière nous est primordiale. Ainsi, nous sommes en mesure d'apporter un soutien financier en cas de maladie, d'accident ou de décès.

La présente brochure donne un aperçu de nos obligations financières envers vous.

desjardinsassurancevie.com



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir

Desjardins Assurances désigne Desjardins
Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.



Ce document est imprimé sur du papier Rolland Enviro.

100 %