



FIQ | SECTEUR PRIVÉ

Sommaire des protections

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Régime
d'assurance maladie



Description
des modules

Régime de
soins dentaires



Description des
soins couverts

Régime
d'assurance vie



VIVEZ L'EXPÉRIENCE LA CAPITALE



Régime
d'assurance
maladie

Choisissez
votre module



Régime de
soins dentaires
NOUVEAU

Adhésion facultative
avec période minimale
de participation



Régime
d'assurance vie
NOUVELLES OPTIONS


La Capitale
Assurance et
services financiers

Foire aux
questions





Régime d'assurance maladie

Choisissez votre module (détails des modules à la page suivante)



Sommaire des protections

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Un régime d'assurance maladie adapté à vos besoins

Votre nouveau régime d'assurance maladie propose trois modules de protections : **Bronze, Argent et Or.**

Le module Argent correspond aux protections d'assurance maladie actuellement comprises dans le régime de base médicaments et de base complémentaire III de Desjardins. Ce module vous a été attribué si vous déteniez la garantie d'assurance maladie chez Desjardins.

Vous pouvez conserver le module Argent ou en choisir un autre qui convient mieux à vos besoins et à votre budget. Si vous aviez choisi l'exemption de participer à la garantie d'assurance maladie, vous pouvez adhérer à cette garantie dans le cadre du changement d'assureur.

Vous devez faire votre choix **avant le 22 mars 2019** afin qu'il entre en vigueur le **14 avril 2019**.

PÉRIODE MINIMALE DE PARTICIPATION DE 24 MOIS

Le nouveau régime prévoit une période minimale de participation de 24 mois avant de pouvoir changer pour

un module inférieur. Les changements pour un module supérieur sont permis en tout temps.

Si vous étiez auparavant assurée et conservez l'**option Argent**, cette période minimale de participation de 24 mois sera considérée comme complétée à la date d'entrée en vigueur du régime modulaire, soit le **14 avril 2019**.

Si vous choisissez un module alors que vous étiez auparavant exemptée de participer à la garantie d'assurance maladie, vous devrez respecter la période minimale de participation prévue.

SI VOUS N'EFFECTUEZ PAS DE CHOIX DE MODULE AVANT LE 22 MARS 2019

Les adhérentes qui n'auront pas exercé leur choix dans les délais prévus maintiendront automatiquement le module Argent en vertu de la catégorie de protection (individuelle, monoparentale, familiale) actuellement en vigueur pour le régime de base médicaments avec Desjardins. Si vous aviez choisi l'exemption de participer au régime, celle-ci se poursuivra.

Régime d'assurance maladie

TARIFICATION PAR 14 JOURS VALIDE JUSQU'AU 31 MARS 2020

Module	Catégorie de protection	Coût total	Contribution de l'employeur		Contribution de la salariée	
			(1)	(2)	(1)	(2)
BRONZE	Individuelle	43,19 \$	(2,39 \$)	(5,28 \$)	40,80 \$	37,91 \$
	Monoparentale*	57,00 \$	(5,97 \$)	(13,24 \$)	51,03 \$	43,76 \$
	Familiale	100,63 \$	(5,97 \$)	(13,24 \$)	94,66 \$	87,39 \$
ARGENT	Individuelle	48,58 \$	(2,39 \$)	(5,28 \$)	46,19 \$	43,30 \$
	Monoparentale*	64,13 \$	(5,97 \$)	(13,24 \$)	58,16 \$	50,89 \$
	Familiale	113,19 \$	(5,97 \$)	(13,24 \$)	107,22 \$	99,95 \$
OR	Individuelle	51,11 \$	(2,39 \$)	(5,28 \$)	48,72 \$	45,83 \$
	Monoparentale*	67,47 \$	(5,97 \$)	(13,24 \$)	61,50 \$	54,23 \$
	Familiale	119,09 \$	(5,97 \$)	(13,24 \$)	113,12 \$	105,85 \$

* Monoparentale : réservée aux adhérentes sans conjoint ou conjointe.

(1) Salariée ayant un titre d'emploi dont le maximum de l'échelle salariale le 20 mars 2011 est égal ou supérieur à 40 000 \$ par année.

(2) Salariée ayant un titre d'emploi dont le maximum de l'échelle salariale le 20 mars 2011 est inférieur à 40 000 \$ par année.

Note : Pour la salariée à temps partiel à moins de 70 % du temps complet, la contribution de l'employeur est réduite à 50 % et la prime de l'adhérente est augmentée d'un montant équivalent.

La taxe de 9 % doit être ajoutée à ces coûts.



Régime d'assurance maladie



Description des modules

Régime de soins dentaires



Description des soins couverts

Régime d'assurance vie



Foire aux questions





Description sommaire des modules du régime d'assurance maladie



Sommaire des protections
RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

PROTECTION	RÉGIME MODULAIRE		
	MODULE BRONZE	MODULE ARGENT	MODULE OR
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise 80 % de remboursement Déboursé annuel maximum de 800 \$ par certificat Liste régulière Substitution générique obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise 80 % de remboursement Déboursé annuel maximum de 800 \$ par certificat Liste régulière Substitution générique obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Aucune franchise 80 % de remboursement Déboursé annuel maximum de 800 \$ par certificat Liste régulière Substitution générique obligatoire
Vaccins	Non couvert	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 500 \$ par personne
Assurance voyage (la personne assurée doit être couverte par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour la durée du voyage)	<ul style="list-style-type: none"> 100 % de remboursement Maximum viager de 5 M\$ Durée du séjour : 6 mois consécutifs 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % de remboursement Maximum viager de 5 M\$ Durée du séjour : 6 mois consécutifs 	<ul style="list-style-type: none"> 100 % de remboursement Maximum viager de 5 M\$ Durée du séjour : 6 mois consécutifs
Transport avion ou train	100 % de remboursement	100 % de remboursement	100 % de remboursement
Ambulance	100 % de remboursement	100 % de remboursement	100 % de remboursement
Traitements médicaux hors région	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 1 000 \$ par personne 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 1 000 \$ par personne 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 1 000 \$ par personne
Psychologue et psychothérapeute autorisé	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 50 % de remboursement Maximum annuel de 1 000 \$ par personne 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 1 500 \$ par personne
Physiothérapeute – Thérapeute en réadaptation physique	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 28 \$ par traitement Maximum annuel de 500 \$ par personne pour l'ensemble de ces professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 50 \$ par traitement Maximum annuel de 750 \$ par personne pour l'ensemble de ces professionnels
Podiatre			
Naturopathe			
Chiropraticien			
Ostéopathe			
Acupuncteur			
Massothérapeute – Kinésithérapeute – Orthothérapeute			
Ergothérapeute	Non couvert	Non couvert	
Travailleur social	Non couvert	Non couvert	
Diététiste	Non couvert	Non couvert	
Orthophoniste ou audiologiste	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Aucun maximum 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Aucun maximum
Frais hospitaliers admissibles au Québec (chambre semi-privée)	Non couvert	100 % de remboursement	100 % de remboursement
Appareils thérapeutiques	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Pompe à insuline	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Tens (neurostimulateur transcutané)	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Articles pour stomie	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Membres artificiels	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Fournitures thérapeutiques	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Appareils et fournitures orthopédiques	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Bas de contention	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 3 paires par personne 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 3 paires par personne
Glucomètre	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 300 \$ par personne par période de 5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 300 \$ par personne par période de 5 ans
Orthèses podiatriques	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 240 \$ par paire Maximum annuel de 1 paire par adulte Maximum annuel de 2 paires par enfant de moins de 13 ans 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 240 \$ par paire Maximum annuel de 1 paire par adulte Maximum annuel de 2 paires par enfant de moins de 13 ans
Chaussures orthopédiques	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 1 paire 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum annuel de 1 paire
Fauteuil roulant	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Lit d'hôpital	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Soins infirmiers et d'inhalothérapeutes	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 160 \$ par jour Maximum annuel de remboursement de 4 000 \$ par personne 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 160 \$ par jour Maximum annuel de remboursement de 4 000 \$ par personne
Dentiste pour dommages accidentels	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident	Non couvert	80 % de remboursement	80 % de remboursement
Appareils auditifs	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 400 \$ par personne par période de 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 600 \$ par personne par période de 3 ans
Cure de désintoxication	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 60 \$ par jour Maximum viager de remboursement de 3 000 \$ par personne 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 80 \$ par jour Maximum viager de remboursement de 3 000 \$ par personne
Injections sclérosantes	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 16 \$ par visite 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 40 \$ par visite
Lentilles intraoculaires	Non couvert	Non couvert	80 % de remboursement
Prothèse capillaire	Non couvert	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 300 \$ par personne par période de 5 ans
Prothèses mammaires	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Sous la clause membres artificiels 	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Sous la clause membres artificiels
Soutiens-gorge postopératoires	Non couvert	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 200 \$ par personne par période de 2 ans
Stérilet	Non couvert	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 40 \$ par stérilet
Clinique ou maison de convalescence	Non couvert	Non couvert	<ul style="list-style-type: none"> 80 % de remboursement Maximum de remboursement de 80 \$ par jour et de 60 jours par année

Régime d'assurance maladie

Description des régimes

Régime de soins dentaires

Description des soins couverts

Régime d'assurance vie

Foire aux questions



Régime de soins dentaires



Sommaire des protections

RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Une couverture facultative en soins dentaires

Le régime de soins dentaires devient facultatif par adhérente et vous permet maintenant de choisir une catégorie de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) sans égard à celle choisie pour le régime d'assurance maladie. Ce régime est maintenant assujéti à une **période minimale de participation de 36 mois**.

SI VOUS DÉTENEZ LA PROTECTION SOINS DENTAIRE AVANT L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU NOUVEAU RÉGIME

La période minimale de participation de 36 mois sera considérée comme complétée. Vous pourrez, si vous le désirez, mettre fin à votre régime en tout temps **après le 14 avril 2019**.

Si vous n'exercez pas votre choix d'adhésion **avant le 22 mars 2019**, votre participation sera **maintenue automatiquement** selon la catégorie de protection (individuelle, monoparentale, familiale) en vigueur avec Desjardins. Si vous aviez choisi l'exemption de participer au régime, celle-ci se poursuivra.

SI VOUS NE DÉTENEZ PAS LA PROTECTION SOINS DENTAIRE

Vous pourrez y adhérer en signifiant votre intention dans le formulaire de choix **avant le 22 mars 2019**. Votre adhésion sera alors assujéti à la période minimale de participation de 36 mois avant de pouvoir y mettre fin, le cas échéant.

Régime de soins dentaires

TARIFICATION PAR 14 JOURS
VALIDE JUSQU'AU 31 MARS 2020

Catégorie de protection	Coût total	Contribution de la salariée
Individuelle	13,73 \$	13,73 \$
Monoparentale	26,09 \$	26,09 \$
Familiale	38,44 \$	38,44 \$

La taxe de 9 % doit être ajoutée à ces coûts.

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR PERSONNE

Soins de diagnostic et de prévention (un nettoyage par 9 mois)	100 %	Aucun maximum†
Soins de base	80 %	Remboursement annuel maximal pour ces soins
Soins complémentaires (restauration majeure)	50 %	▪ 1 000 \$ par personne assurée par année pour l'ensemble des soins†
Orthodontie	50 %	Remboursement ▪ 1 000 \$ à vie par personne assurée de moins de 21 ans†

† 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.



Régime d'assurance maladie



Description des modules

Régime de soins dentaires



Description des soins couverts

Régime d'assurance vie



Foire aux questions





SOINS DENTAIRES DE DIAGNOSTIC ET DE PRÉVENTION REMBOURSABLES À 100 %

A) FRAIS DE DIAGNOSTIC

1. 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 public d'assurance maladie du Québec
- examen d'urgence (1 par année)
- examen d'un aspect particulier (1 par année)
- examen parodontal complet (1 par 5 ans)
- examen spécifique et diagnostique d'orthodontie

2. Radiographies

- radiographies intraorales
- 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)

3. Tests et examens de laboratoires

- test pulpaire
- test histologique
- test cytologique
- anesthésie locale

B) 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

C) ENDODONTIE

- urgence endodontique

D) CHIRURGIE BUCCALE

- incision et drainage chirurgicaux
- traitement postchirurgical sans anesthésie (ex. alvéolite – 1^{re} séance)

SOINS DENTAIRES DE BASE REMBOURSABLES À 80 %

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

A) RESTAURATION

1. Dents primaires

- restauration en amalgame conventionnel
- restauration en amalgame lié par mordantage
- restauration en composite

2. Dents permanentes

- restauration en amalgame conventionnel
- restauration en amalgame lié par mordantage
- restauration en composite
- tenons, pour restauration
- facette et fermeture d'un diastème

3. Carie/trauma/contrôle de la douleur

- pansement sédatif/coiffage indirect
- meulage et polissage d'une dent traumatisée

B) 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

C) PARODONTIE

- jumelage et ablation d'un jumelage
- détartrage parodontal supra et subgingival (1 par 9 mois)
- appareils parodontaux
- appareil intraoral pour A.T.M.

D) CHIRURGIE BUCCALE

- tubéroplastie
- ablation de tissu hyperplasique
- ablation de surplus de muqueuse

SOINS DENTAIRES COMPLÉMENTAIRES REMBOURSABLES À 50 %

A) RESTAURATION

1. 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

B) CHIRURGIE ENDODONTIQUE PÉRIAPICALE

- apectomie
- apectomie et obturation rétrograde
- amputation de racine
- réimplantation intentionnelle
- hémisection

C) PARODONTIE

1. Services parodontaux non chirurgicaux

- urgence parodontale
- application d'un désensibilisant

2. Traitements préliminaires

- équilibrage de l'occlusion

3. 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

4. Traitements parodontaux d'appoint

- irrigation parodontale sous-gingivale
- application intrasulculaire d'agent antimicrobien et/ou chimiothérapeutique à dégradation lente

D) 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 % des honoraires du chirurgien dentiste pour le code de procédé dentaire en cause et selon le maximum prévu au tarif de l'A.C.D.Q. À moins d'indication contraire, tout type de prothèse n'est remboursé qu'une fois par 5 ans.

1. 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

2. 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

E) CHIRURGIE BUCCALE

F) ORTHODONTIE

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

Régime
d'assurance maladie



Description
des régimes

Régime de
soins dentaires



Description des
soins couverts

Régime
d'assurance vie



Foire aux
questions



Régime d'assurance vie

Plus d'options en matière d'assurance vie

En plus des garanties d'assurance vie que vous conservez, voici les nouvelles options qui vous sont offertes.

- Votre nouveau régime d'assurance collective accorde automatiquement une assurance vie de 3 000 \$ à votre conjoint ou conjointe si vous détenez une protection familiale d'assurance maladie. Cette assurance vie est accordée même si vous êtes exemptée de participer à l'assurance maladie.
- En tout temps, vous pouvez augmenter le montant d'assurance vie pour votre conjoint ou conjointe par tranche de 25 000 \$ jusqu'à un maximum de 500 000 \$.
- Vous pouvez aussi augmenter votre protection d'assurance vie jusqu'à un maximum de 500 000 \$.

L'adhésion à la protection d'assurance vie additionnelle ou l'augmentation des montants détenus peut se faire en tout temps sous réserve de l'approbation de preuves d'assurabilité par l'assureur.



Régime d'assurance maladie 

Description des modules

Régime de soins dentaires 

Description des soins couverts

Régime d'assurance vie 

Foire aux questions



Foire aux questions

Q Est-il obligatoire de participer au régime d'assurance collective de la FIQ ?

R Oui. La Loi sur l'assurance médicaments du Québec prévoit que toute personne âgée de moins de 65 ans admissible à un régime d'assurance maladie collective privé offrant une couverture pour les médicaments doit y adhérer et couvrir ses personnes à charge (conjoint et enfants) sous réserve du droit d'exemption. Les modalités de participation aux autres protections offertes dans le régime proviennent de la convention collective.

Q Est-ce que je peux bénéficier du droit d'exemption ?

R Oui. Vous pouvez être exemptée de participer au régime d'assurance maladie à la condition que vous établissiez auprès de votre assureur que vous-même et vos personnes à charge, s'il y a lieu, êtes assurées en vertu d'un régime d'assurance maladie collective comportant des protections similaires.

Q Qui est visé par les choix à faire ?

R Toutes les adhérentes au travail ou dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- En congé à traitement différé
- En retrait préventif
- En congé de maternité, de paternité ou parental
- En congé sans solde avec maintien de la participation

Les adhérentes absentes du travail pour cause d'invalidité ou en congé sans solde sans maintien de la participation pourront effectuer de nouveaux choix lors de leur retour au travail.

Q De quelle façon une adhérente assurée chez plus d'un employeur doit-elle faire ses choix ?

R L'adhérente recevra une attestation pour chacun de ses employeurs. Elle devra faire un choix chez l'employeur pour lequel elle est couverte pour les régimes d'assurance maladie et de soins dentaires. Il est important d'utiliser le numéro d'identifiant figurant sur l'attestation d'assurance de cet employeur. L'exemption se poursuivra chez l'autre employeur.

Q Si je fais de nouveaux choix, est-ce que je peux tout de même utiliser en pharmacie la carte de services que j'ai reçue ?

R Oui, car le numéro d'identifiant qui figure sur la carte demeure le même, quel que soit votre choix. Une nouvelle attestation d'assurance confirmant vos nouveaux choix vous sera cependant délivrée.

Q De quelle façon la catégorie de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) qui m'a été accordée par défaut pour le régime d'assurance maladie a-t-elle été déterminée ?

R La catégorie de protection correspond à celle que vous aviez retenue pour le régime de base médicaments même si vous aviez retenu une catégorie de protection différente pour le régime complémentaire III (autres soins médicaux).

Q De quelle façon la catégorie de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) qui m'a été accordée par défaut pour le régime de soins dentaires a-t-elle été déterminée ?

R La catégorie de protection qui vous a été accordée correspond à celle que vous aviez retenue chez l'assureur précédent selon les règles alors en vigueur. Le nouveau régime vous permet maintenant de choisir une catégorie de protection (individuelle, monoparentale ou familiale) sans égard à celle choisie pour le régime d'assurance maladie.

Q Pourquoi les soins optiques, notamment les lunettes, ne sont-ils pas inclus dans les modules proposés ?

R La FIQ a évalué avec l'actuaire que les frais administratifs et les taxes sur les primes pour ces soins sont élevés et qu'il est plus dispendieux de les ajouter aux protections d'assurance que d'assumer individuellement les frais relatifs à ces soins. La FIQ a donc décidé de ne pas inclure cette protection dans les options qui vous sont proposées.

Q Pourquoi introduire une période minimale de participation ?

R Lorsque des choix individuels sont possibles au sein d'un régime collectif, les contrats prévoient généralement une période minimale de participation au régime choisi. En assurance maladie, la nouvelle période de maintien permettra d'assurer une plus grande stabilité des primes en limitant le passage d'un module à l'autre au gré des besoins, et ce, dans le seul but de payer la prime la plus basse possible tout en maximisant les remboursements.

Q Je suis présentement couverte pour les soins dentaires. Les montants qui m'auront été remboursés avant le 14 avril 2019 seront-ils pris en compte ?

R Non. Les accumulateurs seront remis à zéro, sauf dans le cas des soins orthodontiques pour lesquels un maximum de remboursement viager est prévu. Tout remboursement déjà reçu pour des soins orthodontiques sera pris en compte pour l'atteinte de ce maximum viager.

Q J'ai fourni un plan de traitement pour des soins dentaires pour lequel j'ai obtenu l'approbation de Desjardins. Cette approbation sera-t-elle reconduite à La Capitale ?

R Oui. Vous n'avez qu'à fournir à La Capitale la confirmation de l'acceptation par Desjardins.

Q Les montants que j'ai déboursés pour les médicaments depuis le 1^{er} janvier 2019 seront-ils pris en compte par La Capitale ?

R Oui. Afin de se conformer à la Loi sur l'assurance médicaments, lors d'un changement d'assureur en cours d'année, les montants déboursés pour les médicaments entre le 1^{er} janvier et la date du transfert sont pris en compte par le nouvel assureur pour l'atteinte du palier de remboursement à 100 %. Le cumul des sommes déboursées au cours de cette période par chacune des adhérentes sera fourni à La Capitale par Desjardins.

Q Je consomme ou un membre de ma famille consomme un médicament en autorisation préalable pour lequel Desjardins avait autorisé le remboursement. Ce médicament sera-t-il remboursé par La Capitale ?

R Oui. Le médicament continuera d'être remboursé par La Capitale pendant la période autorisée par Desjardins. S'il y a lieu, La Capitale effectuera sa propre analyse par la suite.

Q Les montants qui m'ont auparavant été remboursés pour un séjour en cure de désintoxication seront-ils pris en compte ?

R Non. Les accumulateurs seront remis à zéro.

Q J'ai obtenu une prescription pour l'achat d'un appareil thérapeutique qui m'a été remboursé par Desjardins. Dans l'éventualité où l'achat d'un nouvel appareil serait requis, une prescription sera-t-elle nécessaire ?

R Une nouvelle prescription pourrait être demandée par La Capitale.

Q Je désire obtenir davantage d'information concernant l'assurance vie additionnelle, que dois-je faire ?

R Vous n'avez qu'à indiquer à la section « Assurance vie additionnelle » du formulaire que vous désirez recevoir la trousse d'adhésion en cochant l'endroit prévu à cette fin.

Q Les renseignements concernant mes bénéficiaires pour l'assurance vie figurent-ils à mon dossier à La Capitale ?

R Non. Les renseignements concernant vos bénéficiaires pour l'assurance vie n'ont pas été transférés à La Capitale. Il est donc primordial d'identifier vos bénéficiaires sur le formulaire de choix sinon vos héritiers légaux seront désignés par défaut.

Pour de plus amples renseignements

418 781-2830 ou 1 855 781-2830

Régime
d'assurance maladie



Description
des modules

Régime de
soins dentaires



Description des
soins couverts

Régime
d'assurance vie



Foire aux
questions

