



360°_{MC} | ASSURANCE
COLLECTIVE

Votre régime d'assurance collective

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE À
L'INTENTION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS
PARAMÉDICS AFFILIÉS AUX FTPQ, SECTION
LOCALE 592 (FTQ), TASBI ET NON SYNDIQUÉS**

Police n° K600



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Coopérer pour créer l'avenir



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

**RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE À
L'INTENTION DES TECHNICIENS
AMBULANCIERS PARAMÉDIQUES AFFILIÉS
AUX FTPQ, SECTION LOCALE 592 (FTQ),
TASBI ET NON SYNDIQUÉS**

Police n° K600

Le Comité paritaire d'assurance collective des techniciens ambulanciers paramédics affiliés aux FTPQ, section locale 592 (FTQ), TASBI et non syndiqués vous présente cette brochure décrivant les principales dispositions et conditions de votre régime d'assurance collective.

Les garanties de votre régime d'assurance collective ont été déterminées en considérant vos principaux besoins tout en tenant compte des dispositions de la convention collective ainsi que des prestations prévues par les différents régimes gouvernementaux. Nous vous invitons à lire cette brochure afin de connaître ces garanties et les modalités administratives réglemant votre participation au régime.

Le présent document fait partie intégrante de l'attestation d'assurance. Il constitue un résumé de votre police d'assurance collective qui a pris effet le 29 juin 2014. 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 29 juin 2014. 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.

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

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ DES GARANTIES	1
DESCRIPTION DES GARANTIES	9
ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT	9
ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT	11
ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT	12
ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE.....	21
ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	22
Exclusions	24
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	26
Exclusions	29
ASSURANCE MÉDICAMENTS	30
Exclusions	31
ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE	33
Exclusions	50
ASSURANCE FRAIS DENTAIRE	52
Exclusions, limitations et restrictions générales	62
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	67
DÉFINITIONS.....	67

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE	73
PARTICIPATION À L'ASSURANCE	73
MODIFICATION DU STATUT DE PROTECTION.....	81
DROIT D'EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION	83
DEMANDES D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ	85
PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE (PREUVES D'ASSURABILITÉ ET PÉRIODE D'ATTENTE)	86
ABSENCE DU TRAVAIL	95
EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE	99
TERMINAISON DE L'ASSURANCE	102
LIMITATIONS GÉNÉRALES	104
ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE	104
ADHÉRENT QUI ATTEINT 65 ANS	105
TERMINAISON DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS, DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, DE L'ASSURANCE FRAIS DENTAIRES ET DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE LORS DE LA FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES.....	105
COORDINATION DES PRESTATIONS.....	106
DEMANDES DE PRESTATIONS.....	106

RÉSUMÉ DES GARANTIES

<u>Assurance vie de base de l'adhérent</u>	
	Montant d'assurance
	1 fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple Maximum sans preuves : 150 000 \$ Maximum avec preuves : 300 000 \$
Salarié à temps complet	
Salarié à temps partiel	20 000 \$

<u>Assurance vie additionnelle de l'adhérent</u>	
Montant d'assurance disponible	1 à 50 tranches de 10 000 \$, avec preuves d'assurabilité

<u>Assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent</u>	
Montant d'assurance	Identique à l'assurance vie de base de l'adhérent, sous réserve des pourcentages indiqués au Tableau des pertes

<u>Assurance vie des personnes à charge</u>	
	Montant d'assurance
Conjoint	5 000 \$
Enfant (âgé d'au moins 24 heures)	2 000 \$

<u>Assurance salaire de courte durée</u>	
Prestation hebdomadaire	66 2/3 % du salaire hebdomadaire
Salaire hebdomadaire maximal	1 650 \$ par emploi
Statut fiscal de la prestation	Non imposable
Délai de carence <ul style="list-style-type: none"> • accident ou hospitalisation • maladie <ul style="list-style-type: none"> i) temps complet avec quart de travail à l'heure ii) temps complet avec un horaire de faction iii) temps partiel 	<p>aucun</p> <p>24 heures ouvrables</p> <p>48 heures de faction</p> <p>24 heures ouvrables ou 5 jours civils d'invalidité totale, le premier atteint</p>
Durée maximale des prestations	26 semaines, maximum jusqu'à l'âge de 70 ans

<u>Assurance salaire de longue durée</u>	
Prestation mensuelle	66 2/3 % du salaire mensuel
Salaire mensuel maximal sans preuves	7 150 \$ par emploi
Salaire mensuel maximal avec preuves	12 000 \$ par emploi
Statut fiscal de la prestation	Imposable
Délai de carence	Délai de carence prévu pour l'assurance salaire de courte durée plus 26 semaines
Durée maximale des prestations	Jusqu'au premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date du 65 ^e anniversaire de naissance de l'adhérent totalement invalide
Indexation des prestations	Selon l'indice des prix à la consommation, maximum 3 %

Pour chaque type de frais admissibles, le pourcentage de remboursement par l'assureur et le maximum applicable, le cas échéant, sont présentés dans ce tableau.

Les montants maximums exprimés s'appliquent par personne assurée.

<u>Assurance médicaments (sur recommandation médicale)</u>	
<p>Médicaments (nécessitant une ordonnance) (carte de paiement direct)</p>	<p>Médicaments génériques : 80 %</p> <p>Médicaments de marque :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 % du prix du médicament de marque s'il n'existe pas de médicament générique équivalent disponible sur le marché ou si la prescription du médecin porte la mention « PAS DE SUBSTITUTION » • 68 % du prix du médicament de marque s'il existe un médicament générique équivalent disponible sur le marché et si la prescription du médecin ne porte pas la mention « PAS DE SUBSTITUTION »
<p>Injections sclérosantes</p>	<p>Frais admissibles de 20 \$ par traitement</p>
<p>Contribution maximale pour les médicaments</p>	<p>Pour chaque année civile, une contribution maximale s'applique aux frais admissibles pour les médicaments. Cette contribution est toute partie des frais admissibles qui n'est pas remboursée en vertu de cette garantie.</p> <p>Lorsque la contribution atteint 950 \$ pour l'adhérent et ses personnes à charge, le pourcentage de remboursement des médicaments passe à 100 % pour le reste de l'année civile.</p>

<u>Assurance maladie complémentaire</u>	
Frais admissibles remboursables à 100 % (recommandation médicale non requise)	
Frais hospitaliers au Canada	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours
Soins hospitaliers non disponibles dans la province de résidence	Chambre semi-privée, sans limite quant au nombre de jours
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$ à vie
Frais admissibles remboursables à 90 % (recommandation médicale requise)	
Soins infirmiers	Remboursement maximal de 10 000 \$ par année civile
Prothèses externes, incluant prothèses mammaires, et membres artificiels	Frais admissibles de 30 000 \$ par année civile
Appareils orthopédiques	Aucun maximum
Appareils thérapeutiques	Frais admissibles de 10 000 \$ par année civile
Pompe à insuline	Frais admissibles de 7 500 \$ par période de 60 mois
Accessoires pour la pompe à insuline	Aucun maximum

Fauteuil roulant, lit d'hôpital, appareil d'assistance respiratoire et oxygène	Aucun maximum
Réfectomètre	Aucun maximum
Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques	Remboursement maximal combiné de 150 \$ par année civile
Radiographies, scan, IRM, analyses de laboratoire et électrocardiogramme	Frais admissibles de 1 500 \$ par année civile
Appareils auditifs	Remboursement maximal de 500 \$ par période de 48 mois
Bas de contention	Maximum de 3 paires par année civile
Fournitures médicales	Aucun maximum
Cure de désintoxication	Remboursement maximal de 80 \$ par jour et 2 500 \$ à vie
Frais de transport et d'hébergement pour consultation d'un spécialiste ou traitement spécialisé (400 km)	Remboursement maximal global de 1 000 \$ par année civile, sous réserve des dispositions prévues dans la description de la garantie
Frais admissibles remboursables à 90 % (recommandation médicale non requise)	
Ambulance	Aucun maximum

Chiropraticien, ostéopathe, acupuncteur, podologue et podiatre	Frais admissibles de 300 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialités et de 50 \$ par année civile pour tous les examens radiographiques
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute	Frais admissibles de 300 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialités
Orthophoniste, audiologiste et ergothérapeute	Frais admissibles de 300 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialités
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique	Frais admissibles de 400 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialités.
Psychologue et psychothérapeute	Frais admissibles de 300 \$ par année civile pour l'ensemble de ces spécialités.
Accident aux dents naturelles	Jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant

<u>Assurance frais dentaires</u>	
Franchise par année civile	25 \$ par certificat
Frais admissibles	Limités aux tarifs de l'année précédente
Pourcentage de remboursement : <ul style="list-style-type: none"> • Soins préventifs • Soins de base • Restauration majeure et prothèses • Orthodontie 	100 % 100 % 50 % 50 %
Remboursement maximal pour les frais autres que l'orthodontie	1 500 \$ par année civile par personne assurée
Remboursement maximal pour les frais d'orthodontie	1 500 \$ à vie par personne assurée

DESCRIPTION DES GARANTIES

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

L'assureur s'engage, à la suite du décès de l'adhérent assuré par la présente garantie, à payer au bénéficiaire le montant d'assurance pour lequel l'adhérent est assuré.

Montant d'assurance au décès d'un adhérent

Le montant d'assurance payable est le suivant :

- 1) Pour un salarié à temps complet : 1 fois le salaire annuel, arrondi au prochain multiple de 1 000 \$ si ce n'est pas déjà un tel multiple.
 - i) Maximum sans preuves : 150 000 \$
 - ii) Maximum avec preuves : 300 000 \$.
- 2) Pour un salarié à temps partiel : 20 000 \$.

Le montant payable au décès d'un salarié à temps partiel ne peut excéder 40 000 \$, et ce, même s'il détenait la garantie d'assurance vie de base dans plus de deux groupes rattachés au présent régime.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

Droit de transformation

Dans certains cas, l'adhérent peut transformer son assurance vie de base en une assurance vie individuelle distincte, aux taux et conditions fixés par l'assureur et sans avoir à fournir de preuve d'assurabilité. Ce droit de transformation prend fin 31 jours après la date à laquelle le salarié a cessé d'être admissible à l'assurance. Pour la première année du contrat individuel, il peut payer une prime d'assurance temporaire.

Droit au paiement anticipé

Si l'adhérent est totalement invalide et que son espérance de vie est inférieure à 12 mois, une prestation pouvant atteindre 50 % du montant d'assurance détenu, jusqu'à concurrence de 50 000 \$, peut être versée. Dans tous les cas, la demande doit faire l'objet d'une acceptation par l'assureur et les conditions suivantes doivent être satisfaites :

- 1) l'adhérent doit présenter une demande écrite à l'assureur à cet effet;
- 2) l'adhérent doit recevoir des prestations d'assurance salaire de courte ou de longue durée;
- 3) l'adhérent doit prouver que son espérance de vie est inférieure à 12 mois au moment de la demande;
- 4) l'adhérent doit obtenir le consentement écrit du bénéficiaire de l'assurance, s'il est irrévocable.

Le montant d'assurance payable au décès de l'adhérent est alors réduit du montant du paiement anticipé et de l'intérêt calculé sur ce montant, selon un taux de rendement moyen des bons du Trésor d'une durée d'un an majoré de 2 %. Cet intérêt court à compter de la date du paiement anticipé jusqu'à la date du paiement final du solde du montant d'assurance payable au décès de l'adhérent.

ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT

L'assureur s'engage, à la suite du décès de l'adhérent assuré par la présente garantie, à payer au bénéficiaire le montant d'assurance pour lequel l'adhérent est assuré.

L'adhérent peut souscrire de 1 à 50 tranches de 10 000 \$ d'assurance vie additionnelle. L'assureur exige des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes pour l'établissement de tout montant d'assurance vie additionnelle et pour toute augmentation d'un tel montant.

Limitation en cas de suicide

Si l'adhérent se suicide dans les 12 mois qui suivent immédiatement l'entrée en vigueur de toute portion d'un montant d'assurance vie additionnelle demandé, qu'il soit alors sain d'esprit ou non, l'assureur ne rembourse que les primes perçues pour la portion d'assurance en question en lieu et place du montant d'assurance vie additionnelle.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

Droit de transformation

L'adhérent peut transformer l'assurance qu'il détient en vertu de la présente garantie selon les mêmes conditions que celles applicables en vertu de sa garantie d'assurance vie de base.

ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

Définitions

Dans le cadre de la présente garantie :

Ceinture de sécurité désigne les sangles qui font partie d'un dispositif de protection des occupants.

Éléments désigne les catastrophes naturelles telles que les tremblements de terre, les tempêtes, les inondations, les glissements de terrain ou toute autre catastrophe de même nature.

Hémiplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieur et inférieur d'un même côté du corps.

Paraplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des deux membres inférieurs.

Perte de l'ouïe, de la vue ou de la parole désigne la perte totale et irrémédiable de l'ouïe, de la vue ou de la parole attestée par un médecin diplômé, reconnu et agréé auprès du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou du Collège des médecins du Québec.

Perte de l'usage désigne la perte totale et irrémédiable de l'usage d'un membre relativement à une incapacité continue de ce membre pendant 12 mois ou plus.

Perte du pouce désigne le sectionnement complet d'une phalange du pouce.

Perte d'un bras désigne le sectionnement complet à l'articulation du coude ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'un doigt désigne le sectionnement complet à l'articulation de la deuxième phalange d'un même doigt.

Perte d'un orteil désigne le sectionnement complet d'une phalange du gros orteil, et de toutes les phalanges des autres orteils.

Perte d'un pied désigne le sectionnement complet à l'articulation de la cheville ou entre la cheville et le genou.

Perte d'une jambe désigne le sectionnement complet à l'articulation du genou ou au-dessus de celle-ci.

Perte d'une main désigne le sectionnement complet à l'articulation du poignet ou entre le poignet et le coude.

Quadriplégie désigne la paralysie totale, irrémédiable et permanente des membres supérieurs et inférieurs.

Véhicule désigne une voiture de tourisme, une familiale, une fourgonnette, une automobile tout terrain similaire à une jeep ou une camionnette.

Objet de la garantie

Lorsqu'un adhérent subit, alors qu'il est assuré en vertu de la présente garantie, l'une des pertes énumérées au « Tableau des pertes » ci-après, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, l'assureur s'engage à payer un montant égal au pourcentage indiqué ci-dessous multiplié par le montant d'assurance figurant dans le RÉSUMÉ DES GARANTIES.

Tableau des pertes

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage</u>
de la vie	100 %
de la vue des deux yeux	100 %
des deux mains ou des deux pieds	100 %
des deux bras ou des deux jambes	100 %
d'une main et de la vue d'un œil	100 %
d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
de la parole et de l'ouïe des deux oreilles	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
de la vue d'un œil	67 %

<u>Perte</u>	<u>Pourcentage</u>
de la parole ou de l'ouïe des deux oreilles	67 %
de tous les orteils d'un même pied	25 %
de l'ouïe d'une oreille	25 %
d'un doigt (pourcentage par doigt)	10 %

<u>Perte de l'usage</u>	<u>Pourcentage</u>
des deux bras ou des deux mains	100 %
des deux jambes ou des deux pieds	100 %
d'une main et d'un pied	100 %
d'un bras ou d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied	67 %
d'un doigt (pourcentage par doigt)	10 %
hémiplégie, paraplégie, quadriplégie	200 %

Autres montants payables :

Disparition

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, disparaît par suite d'un accident ayant entraîné la submersion ou la disparition du moyen de transport à bord duquel il voyageait et si son corps n'est pas retrouvé dans les 365 jours suivant la date de cet accident, il sera réputé, à moins de preuve contraire, qu'il a perdu la vie par suite d'un dommage corporel causé par l'accident.

Exposition aux éléments

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, se trouve exposé aux éléments de façon inéluctable et si, après une telle exposition, il subit une perte, cette perte est réputée être le résultat d'un accident.

Réadaptation

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que la perte de la vie et pour laquelle un certain montant est payable en vertu de la présente garantie, l'assureur paie les frais de formation nécessaires et raisonnables réellement engagés, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$, pourvu :

- 1) qu'une telle formation soit rendue nécessaire, à la suite d'une perte subie, pour permettre à l'adhérent d'exercer toute tâche rémunératrice qu'il n'aurait pas exercée n'eut été son incapacité; et
- 2) que les frais aient été engagés dans les deux ans suivant la date de l'accident.

Frais d'hébergement et de transport de la famille immédiate

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et à la suite de laquelle il est hospitalisé à plus de 150 km de son lieu de résidence habituel, et si cet adhérent reçoit des soins réguliers d'un médecin, à l'exception de lui-même, l'assureur paie les frais raisonnables d'hôtel et de transport, par la voie la plus directe, engagés par les membres de la famille immédiate de cet adhérent pour se rendre au chevet de ce dernier, jusqu'à concurrence d'un maximum viager de 1 500 \$ pour l'ensemble de ces frais.

Rapatriement

Si l'adhérent décède par suite d'un accident survenant à au moins 100 km de son lieu de résidence habituel alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, et si un montant est payable pour la perte de la vie selon les dispositions de la présente garantie, l'assureur paie les frais usuels et raisonnables engagés pour la préparation du corps de l'adhérent décédé en vue de l'enterrement ou de la crémation et le transport dudit corps du lieu de l'accident au lieu de résidence de l'adhérent au Canada, jusqu'à concurrence d'un maximum de 10 000 \$.

Ceinture de sécurité

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, est blessé dans un accident d'automobile et que ses blessures entraînent un paiement pour l'une des pertes indiquées au tableau des pertes, le montant d'assurance payable sera majoré de 10 % s'il portait sa ceinture de sécurité, pourvu :

- 1) que la perte survienne lorsque l'adhérent est passager ou conducteur d'un véhicule privé;
- 2) que la ceinture de sécurité soit correctement attachée; et
- 3) que la vérification de l'utilisation de la ceinture de sécurité fasse partie du rapport officiel de l'accident ou soit certifiée par l'enquêteur.

Transformation d'un logement ou d'un véhicule

Si l'adhérent, alors qu'il est couvert en vertu de la présente garantie, subit une perte autre que celle de la vie, pour laquelle un montant est payable en vertu de cette garantie et qu'il doit par la suite (pour la même raison que celle qui lui a donné droit au paiement du montant) utiliser un fauteuil roulant pour se déplacer, sur présentation de preuves de paiement l'assureur paiera :

- 1) les frais initiaux de transformation du logement de l'adhérent pour lui permettre d'avoir accès à ce logement et d'y circuler avec son fauteuil roulant;

- 2) les frais initiaux de transformation nécessaire d'un véhicule motorisé appartenant à l'adhérent, afin de lui permettre d'avoir accès à ce véhicule ou de le conduire;

à raison d'une transformation pour chacun des frais décrits aux paragraphes 1) et 2) ci-dessus et jusqu'à concurrence de 10 000 \$ pour l'ensemble de ces frais.

La présente garantie ne s'applique que si :

- 1) les modifications apportées au logement sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont recommandées par un organisme reconnu qui offre du soutien et de l'aide aux utilisateurs de fauteuils roulants;
- 2) les modifications apportées à un véhicule sont effectuées par une ou plusieurs personnes expérimentées dans ce domaine et qu'elles sont autorisées par le bureau provincial d'immatriculation des voitures de la province de résidence de l'adhérent.

Éducation spéciale

Si les personnes à charge d'un adhérent sont couvertes en vertu du régime à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur verse une prestation d'éducation spéciale à l'égard de chaque enfant à charge alors couvert en vertu du régime et qui, à la date de l'accident, était inscrit à titre d'étudiant à temps plein dans tout établissement d'enseignement supérieur de niveau postsecondaire ou suivait des cours au niveau secondaire et s'est inscrit par la suite comme étudiant à temps plein dans un établissement d'enseignement supérieur au cours des 365 jours qui ont suivi la date du décès de cet adhérent.

La prestation d'éducation spéciale couvre tous les frais raisonnables et nécessaires de scolarité et autres frais connexes, jusqu'à concurrence de 2 % du montant pour lequel l'adhérent était assuré en vertu de la présente garantie à la date de son décès et d'un maximum global de 5 000 \$ pour chaque année, sous réserve d'un maximum de quatre années, à l'égard de laquelle l'enfant à charge admissible à cette prestation d'éducation poursuit des études, à temps plein, dans un établissement d'enseignement supérieur sans interruption plus longue que les vacances scolaires normales.

Formation du conjoint

Si le conjoint d'un adhérent est couvert en vertu du régime à la date à laquelle l'adhérent décède des suites d'un accident et si un montant est payable pour cette perte de la vie en vertu de la présente garantie, l'assureur couvre tous les frais raisonnables et nécessaires que le conjoint a réellement engagés pour participer à un programme de formation professionnelle officiel, jusqu'à concurrence de 10 000 \$, à condition :

- 1) que le conjoint ait besoin de cette formation pour acquérir les aptitudes particulières qui lui permettront d'exercer un emploi actif pour lequel il n'aurait autrement pas été assez qualifié; et
- 2) que ces frais soient engagés dans les deux ans qui suivent la date de l'accident.

Bénéficiaire

Sous réserve des dispositions de la loi, l'adhérent peut désigner ou révoquer en tout temps le ou les bénéficiaires de son assurance en envoyant un avis écrit à l'assureur.

La somme assurée en cas d'accident de l'adhérent payable pour une perte autre que la perte de la vie est versée à l'adhérent.

Restrictions, exclusions et limitations

Une perte ne donne lieu à aucun paiement si elle découle directement ou indirectement, uniquement ou en partie, de ce qui suit :

- 1) un suicide ou des dommages corporels que l'adhérent s'inflige intentionnellement, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- 2) une maladie ne résultant pas d'un accident et qui se manifeste lors d'un accident;
- 3) un traitement médical ou dentaire, une intervention chirurgicale ou une anesthésie;
- 4) la guerre, déclarée ou non, le service actif dans les forces armées d'un pays, ou la participation à une émeute, à une insurrection ou à une agitation populaire;
- 5) un voyage ou vol dans un aéronef sauf si l'adhérent voyage à titre de passager seulement (et non à titre de pilote ou de membre de l'équipage) dans tout aéronef :
 - a) qui a un permis de vol reconnu ou accordé en vertu de la Loi sur l'aéronautique (Canada) ou en vertu des lois du pays où il a été enregistré, pourvu que toutes les conditions applicables à ce permis aient été respectées; et
 - b) qui est utilisé uniquement aux fins de transport et non pour la formation ou l'entraînement, à titre d'essai ou expérimental;
- 6) une infraction ou une tentative d'infraction au Code criminel du Canada.

L'assureur ne paie pas le montant d'assurance si l'accident qui entraîne le décès ou la perte survient lorsque l'adhérent conduit un véhicule motorisé, s'il est alors sous l'influence de stupéfiants ou si la concentration d'alcool dans son sang excède la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada.

En vertu des dispositions relatives à la **Réadaptation**, à l'**Éducation spéciale** et à la **Formation du conjoint**, aucun remboursement ne sera effectué à l'égard des frais d'hébergement ou autres frais normaux de subsistance, de voyage ou d'habillement.

Pour les pertes relatives à un même membre, subies dans un même accident, le montant payable correspond à celui prévu pour la perte la plus importante. Pour l'ensemble des pertes subies dans le même accident, les montants payables ne peuvent dépasser la totalité du montant d'assurance indiqué au **Résumé des garanties**, exclusion faite des cas de quadriplégie, de paraplégie ou d'hémiplégie pour lesquels le montant payable ne peut dépasser 200 % du montant d'assurance indiqué au **Résumé des garanties**.

Restrictions afférentes au port de la ceinture de sécurité

Pour que l'adhérent ait droit au montant additionnel dû en cas d'accident d'automobile ainsi qu'il est indiqué dans la partie **Ceinture de sécurité** de la présente garantie, le conducteur du véhicule doit posséder un permis de conduire valide pour le type de véhicule qu'il est autorisé à conduire et ne pas être, au moment de l'accident, sous l'influence de stupéfiants, sauf dans le cas de médicaments prescrits par un médecin et consommés selon la posologie prescrite par ce dernier. De plus, la concentration d'alcool dans le sang du conducteur ne doit pas excéder la limite fixée à cet égard par le Code criminel en usage au Canada ni les limites relatives à la conduite en état d'ébriété établies par les autorités locales de l'endroit où l'accident survient.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

L'assureur s'engage, à la suite du décès du conjoint ou d'un enfant à charge de l'adhérent âgé d'au moins 24 heures, à payer à l'adhérent le montant d'assurance pour lequel le conjoint ou l'enfant à charge est assuré.

Le montant d'assurance payable est le suivant :

Conjoint : 5 000 \$

Enfant à charge âgé
d'au moins 24 heures : 2 000 \$

Bénéficiaire

Cette somme est payable, dans l'ordre, soit à l'adhérent, soit à son conjoint, soit aux héritiers légaux de la personne à charge décédée.

Droit de transformation

Les personnes à charge peuvent exercer ce droit de transformation en même temps et aux mêmes conditions que celles applicables à l'adhérent en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent. De plus, ce droit peut être exercé par une personne à charge advenant la fin de son assurance vie :

- 1) suite au décès de l'adhérent;
- 2) suite à son exclusion d'une catégorie admise à l'assurance.

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Prestation hebdomadaire

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, il a droit après l'expiration du délai de carence, à une prestation hebdomadaire égale à 66 2/3 % de son salaire hebdomadaire au début de son invalidité totale. Le salaire hebdomadaire ne peut excéder 1 650 \$ par emploi.

L'horaire exact de travail est utilisé lors du calcul de la prestation au début et à la fin de l'invalidité.

Délai de carence

La prestation est payable à compter de la première des dates suivantes :

- 1) le premier jour de la période d'invalidité totale pour une absence due à un accident ou à une hospitalisation; ou
- 2) à compter de la première des dates suivantes pour une absence due à une maladie :

Horaire de travail	Délai de carence
Temps complet (convention collective) avec quart de travail à l'heure	24 heures ouvrables
Temps complet (convention collective) avec un horaire de faction	48 heures de faction
Temps partiel (convention collective)	24 heures ouvrables ou 5 jours civils d'invalidité totale, le premier atteint

Par « hospitalisation », on entend un séjour d'au moins 24 heures dans un centre hospitalier en tant que patient admis ou sous surveillance à l'urgence. La chirurgie d'un jour est également considérée comme une hospitalisation pourvu qu'elle soit effectuée en bloc opératoire et non dans une clinique médicale privée ou publique ou dans un service de consultations externes d'un centre hospitalier.

Durée maximale des prestations

La prestation est payable pendant un maximum de 26 semaines par période d'invalidité totale. Toutefois, le versement de la prestation ne peut normalement pas se poursuivre après le 70^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

Dans le cas d'un adhérent totalement invalide qui atteint l'âge de 70 ans et qui n'a pas reçu, à cette date, 15 semaines de prestations, le versement de la prestation se poursuit jusqu'à la date à laquelle cet adhérent a reçu au total 15 semaines de prestations pour cette même période d'invalidité totale, pourvu que subsiste l'invalidité totale au cours de cette période.

Un adhérent qui retourne au travail après avoir touché des prestations pendant une période de 26 semaines et qui, par la suite, redevient totalement invalide pour la même raison que celle pour laquelle il a déjà touché des prestations n'a pas droit aux prestations prévues par la présente garantie s'il n'a pas été au travail à plein temps pendant tous les jours ouvrables d'une période de 90 jours consécutifs avant de redevenir totalement invalide.

Intégration directe

La prestation hebdomadaire est réduite de toute rente ou prestation payée en relation avec l'invalidité totale concernée, en vertu :

- 1) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
- 2) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles; ou
- 3) d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

Limitation applicable aux salariés occupant simultanément plusieurs emplois

La prestation d'invalidité de tout adhérent totalement invalide occupant un ou plusieurs emplois autres que celui pour lequel il est totalement invalide est réduite de l'excédent du revenu reçu de ces emplois durant l'invalidité totale, par rapport au revenu reçu pour lesdits emplois avant l'invalidité totale, le cas échéant.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune prestation

- 1) pour des invalidités totales survenues :
 - a) par suite d'automutilation volontaire, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non, sauf la tentative de suicide;
 - b) par suite d'une guerre ou de participation active à une insurrection ou à un acte criminel;
- 2) pour une interruption de travail à plein temps dans le but d'obtenir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique;
- 3) si l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 4) pendant toute période d'invalidité totale pour laquelle l'adhérent reçoit le paiement de congés de maladie;
- 5) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre la salariée et son employeur;
- 6) au cours d'une période pour laquelle la salariée assurée reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale;
- 7) pour des invalidités totales résultant d'une lésion professionnelle si l'adhérent a décidé de ne pas s'inscrire à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST);

- 8) toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, la période d'invalidité totale résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation auprès d'un organisme ou d'une institution spécialisée à cet effet est reconnue comme une période invalidité totale.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Prestation mensuelle

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, il a droit, après épuisement des prestations hebdomadaires d'assurance salaire de courte durée, à une prestation mensuelle égale à 66 2/3 % de son salaire mensuel au début de son invalidité totale.

Salaire mensuel maximal sans preuves : 7 150 \$ par emploi

Salaire mensuel maximal avec preuves : 12 000 \$ par emploi

Délai de carence

Le délai de carence correspond au délai de carence prévu pour l'assurance salaire de courte durée plus 26 semaines.

Durée maximale des prestations

La prestation est payable durant toute la durée de l'invalidité totale. Toutefois, le versement de la prestation cesse au plus tard le premier jour du mois qui coïncide avec ou suit la date du 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent totalement invalide.

La prestation mensuelle est fractionnée le cas échéant à raison de 1/30 par jour d'invalidité au cours du mois durant lequel l'invalidité totale débute ou se termine.

Indexation

Le 1^{er} janvier de chaque année suivant le début du versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée, le montant de la prestation payable par l'assureur est indexé. Cette indexation est égale au moindre des pourcentages suivants :

- 1) 3 % ;
- 2) le pourcentage d'augmentation de l'indice des prix à la consommation pour les 12 mois se terminant le 31 août de l'année précédant celle pour laquelle l'indexation est faite, tel que publié par Statistique Canada.

Il est entendu que si l'adhérent reçoit sa prestation depuis moins de 12 mois, l'indexation au 1^{er} janvier est effectuée au prorata du nombre de mois d'invalidité totale au cours de l'année précédant cette indexation.

Intégration directe

La prestation mensuelle est réduite de toute prestation d'invalidité payable en vertu :

- 1) de la Loi sur l'assurance automobile du Québec;
- 2) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- 3) du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada et de toute autre loi sociale, ou
- 4) en vertu d'un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes.

À cet égard, il n'est toutefois tenu compte que des montants initiaux payables en vertu de chacune de ces sources de revenus et non de leur indexation ultérieure.

L'assureur se réserve le droit de réduire aussi la prestation de l'adhérent si ce dernier néglige ou refuse de se prévaloir de ses droits en vertu des lois et régimes concernés. À défaut de recevoir des prestations de ces sources, l'adhérent doit lui-même prouver qu'il n'y a pas droit.

Coordination

La prestation est aussi réduite de telle façon que le total de la prestation et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 85 % du salaire mensuel de base que toucherait l'adhérent au moment où ladite prestation devient payable s'il n'avait pas été totalement invalide jusque-là. Les autres sources de revenus considérées à cet égard sont les suivantes :

- 1) toutes celles énumérées au paragraphe **Intégration directe** précédent;

- 2) toutes celles qui proviennent d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur, à l'exception de l'allocation de départ, de la rente de retraite, du remboursement de la banque de congés de maladie et du remboursement de la banque de congés fériés;
- 3) toutes celles qui proviennent d'un régime en vertu duquel l'adhérent est assuré comme membre d'une association;
- 4) toutes celles qui proviennent d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi provinciale ou fédérale, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus provenant de l'indexation;
- 5) toutes celles qui proviennent de remboursements de pertes de salaire parce que les responsabilités de ces pertes relèvent légalement d'une tierce partie ou parce que les pertes en question sont compensées, par ailleurs, en vertu d'autres assurances ou qu'elles n'auraient pas été subies sans l'existence du contrat.

Rééducation

L'adhérent totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur. Dans le cas d'un tel programme de rééducation, la prestation payable à l'adhérent totalement invalide est réduite de 50 % de tout traitement reçu par l'adhérent. Si l'adhérent invalide reprend le travail, mais seulement à temps partiel, son nouvel emploi pourra être considéré comme emploi de rééducation.

Limitation applicable aux salariés occupant simultanément plusieurs emplois

Pendant le délai de carence de cette garantie et les 24 mois qui suivent, la prestation d'invalidité de tout adhérent totalement invalide occupant un ou plusieurs emplois autres que celui pour lequel il est totalement invalide est réduite de l'excédent du revenu reçu de ces emplois durant l'invalidité totale, par rapport au revenu reçu pour lesdits emplois avant l'invalidité totale, le cas échéant.

Exclusions

L'assureur ne verse aucune prestation :

- 1) pour des invalidités totales survenues :
 - a) par suite d'automutilation volontaire, que l'adhérent soit sain d'esprit ou non, sauf la tentative de suicide;
 - b) par suite d'une guerre ou de participation active à une insurrection ou à un acte criminel;
- 2) pour une interruption de travail à plein temps dans le but d'obtenir des soins qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qui sont donnés dans un but esthétique;
- 3) si l'adhérent n'est pas sous les soins continus d'un médecin sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de l'assureur;
- 4) pendant toute période d'invalidité totale au cours de laquelle l'adhérent occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf ce qui est prévu à la rééducation et à la limitation applicable aux salariés occupant simultanément plusieurs emplois;
- 5) au cours d'un congé de maternité pris conformément à une loi provinciale ou fédérale ou à une entente entre la salariée et son employeur;
- 6) au cours d'une période pour laquelle la salariée assurée reçoit des prestations de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance emploi ou du Régime québécois d'assurance parentale;
- 7) pour des invalidités totales résultant d'une lésion professionnelle si l'adhérent a décidé de ne pas s'inscrire à la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST);
- 8) toute période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, la période d'invalidité totale résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation auprès d'un organisme ou d'une institution spécialisés à cet effet est reconnue comme une période d'invalidité totale.

ASSURANCE MÉDICAMENTS

Lorsqu'une personne assurée engage les frais décrits ci-après, l'assureur paie 80 % des frais admissibles réellement engagés (68 % pour les médicaments de marque pour lesquels un médicament générique équivalent est disponible sur le marché et si la prescription du médecin ne porte pas la mention « PAS DE SUBSTITUTION ») et 100 % lorsque le déboursé maximal annuel atteint 950 \$ par année civile, par certificat.

Les frais couverts sont ceux engagés à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale et sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les fournitures sont acquises. Les fournitures doivent être prescrites par un médecin, être nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure de la personne assurée.

Frais couverts

Médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou par un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des comptes convenablement détaillés et dûment acquittés.

Les médicaments visés par la présente garantie sont ceux inscrits au fichier de l'AQPP (Association québécoise des pharmaciens propriétaires), édition courante, et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception dans la liste RAMQ », ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le Règlement sur le RGAM. Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de l'assureur.

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical. À cet égard, les injections sclérosantes pour le traitement des varices administrées pour des raisons médicales mais non esthétiques sont couvertes jusqu'à concurrence de frais admissibles de 20 \$ par traitement.

Les produits antitabac dits « médicaments d'exception dans la liste RAMQ » ne sont couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le Règlement sur le RGAM.

L'ensemble des autres produits antitabac couverts par le RGAM sont sujets à un maximum global de frais admissibles par année civile, par personne assurée. Ce maximum global est déterminé et mis à jour annuellement selon les directives de la RAMQ.

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

La contribution du patient exigée pour une personne assurée couverte par le Régime public d'assurance médicaments est admissible à la présente garantie.

Exclusions

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

- 1) produits grand public (GP);
- 2) produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou pour hygiène corporelle;
- 3) substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- 4) médicaments de nature expérimentale ou obtenus en vertu du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- 5) produits homéopathiques ou dits naturels;
- 6) produits antitabac, sauf ceux spécifiquement couverts en vertu du RGAM;

- 7) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation.

Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminées par le Règlement sur le RGAM demeurent couverts. La seule preuve acceptée à cet effet sera un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de l'assureur toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;

- 8) écrans solaires;
- 9) médicaments servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro, sauf ceux spécifiquement couverts en vertu du RGAM;
- 10) hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- 11) médicaments servant à traiter la dysfonction érectile;
- 12) médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.

La présente garantie ne doit pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le RGAM.

Carte de paiement en mode direct

Ce mode de paiement permet à l'adhérent de déboursier uniquement la partie non assurée des frais de médicaments qu'il a engagés.

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Lorsqu'une personne assurée engage les frais décrits ci-après, l'assureur paie le pourcentage spécifié des frais admissibles réellement engagés.

Les frais couverts sont ceux engagés à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale et sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont dispensés.

Les fournitures, soins ou services doivent être prescrits par un médecin, sauf ceux prévus aux points 14) et 16) à 21) inclusivement des frais remboursables à 90 %, et être nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure de la personne assurée.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements dispensés par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par l'assureur. Le professionnel ne doit pas résider ordinairement dans la maison de la personne assurée ni être parent avec elle. Seuls les honoraires du professionnel concerné sont couverts mais non les produits fournis. Un seul traitement par jour par le même professionnel est couvert pour la même personne assurée.

Frais admissibles remboursables à 100 %

1) Frais hospitaliers engagés au Canada

Frais hospitaliers engagés dans un hôpital au Canada jusqu'à concurrence du coût d'une chambre semi-privée pour chaque jour d'hospitalisation sans limite quant au nombre de jours.

2) Frais pour des soins hospitaliers non disponibles dans la province de résidence de l'adhérent

Frais hospitaliers non disponibles dans la province de résidence de la personne assurée en excédent de ceux qui sont payés par le régime étatique de la province de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence du coût d'hospitalisation en chambre semi-privée dans la région où les frais sont engagés, sans limite quant au nombre de jours. Il est entendu que les frais engagés en dehors du Canada pour d'autres services d'ordre médical nécessaires donnés dans un hôpital sont également considérés comme admissibles.

Dans tous les cas, les exigences suivantes doivent être respectées pour que ces frais soient admissibles :

- a) les frais engagés en dehors de la province de résidence de la personne assurée pour des soins qui ne sont pas offerts dans sa province de résidence doivent être engagés sur recommandation de deux médecins légalement qualifiés;
- b) la personne assurée doit avoir obtenu l'accord préalable de la Régie de l'assurance maladie de sa province de résidence quant à l'endroit où les soins lui seront dispensés.

3) Assurance voyage avec assistance

Lorsqu'une personne assurée doit engager des frais en raison d'une urgence médicale survenant au cours des 180 premiers jours d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assureur rembourse 100 % des frais admissibles conformément aux dispositions suivantes :

- a) la personne assurée doit être couverte en vertu d'un régime d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;

- b) les frais doivent être couverts en vertu de la garantie d'assurance médicaments et de l'assurance maladie complémentaire;
- c) la condition médicale qui occasionne les frais doit être reliée à un état de santé stable avant la date de début du voyage; et
- d) les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum de 5 000 000 \$ par personne assurée, sa vie durant.

L'adhérent doit communiquer avec l'assureur si la durée du séjour à l'extérieur de la province de résidence est ou pourrait être supérieure à 180 jours, sans quoi la personne assurée pourrait ne pas être couverte en vertu de l'assurance voyage.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée doit communiquer immédiatement avec le service VOYAGE ASSISTANCE aux numéros ci-après. Ce service est accessible 24 heures sur 24, à longueur d'année.

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

Ces numéros de téléphone apparaissent au verso de la carte de paiement de l'adhérent.

Définitions

Famille immédiate : une personne qui est le conjoint, le fils, la fille, le père, la mère, le frère, la sœur, le beau-fils, la belle-fille, le beau-père, la belle-mère, le beau-frère ou la belle-sœur de l'adhérent.

Stable : se dit de l'état de santé d'une personne assurée qui, dans les 30 jours précédant la date de début du voyage, n'est affectée par aucune condition médicale, ou est affectée par une condition médicale qui :

- a) n'a fait l'objet d'aucune modification ou recommandation de modification du traitement ou de la posologie des médicaments prescrits; et
- b) n'est caractérisée par aucun symptôme ne laissant présager une détérioration de la condition médicale pendant la durée du voyage.

Véhicule : une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes.

Frais médicaux admissibles :

- a) les frais engagés pour des services hospitaliers et ceux engagés pour un séjour dans une chambre à deux lits (semi-privée) dans un hôpital, jusqu'à ce que la personne assurée reçoive son congé de l'hôpital;
- b) les honoraires d'un médecin, d'un chirurgien et d'un anesthésiste;
- c) tous les autres frais admissibles qui sont couverts en vertu de l'assurance médicaments et de l'assurance maladie complémentaire dans la province de résidence habituelle de la personne assurée, sauf les frais admissibles pour les soins hospitaliers et pour les soins à domicile, s'il y a lieu.

Frais admissibles de transport :

- a) 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 Voyage Assistance. De plus, la personne assurée cesse d'être couverte par l'assurance si elle ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;
- b) les frais pour le rapatriement (simultané par rapport à celui du sous-paragraphe précédent) de tout membre de la famille immédiate qui est également assuré 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 Voyage Assistance;
- c) le transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille immédiate, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à condition que la présence d'un tel accompagnateur soit prescrite par le médecin traitant et approuvée par Voyage Assistance;

- d) 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 famille immédiate de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins sept jours (les frais ne seront remboursés que si la personne demeure à l'hôpital au moins sept jours). Cette visite n'est cependant pas admissible au remboursement si la personne assurée était déjà accompagnée par un membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Les frais de subsistance du membre de la famille immédiate sont également couverts, jusqu'à concurrence de 500 \$. La nécessité de la visite doit être confirmée par le médecin traitant et la visite doit préalablement être approuvée et planifiée par Voyage Assistance;
- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'une incapacité résultant d'une urgence médicale 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 immédiate ou compagnon de voyage 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 Voyage Assistance. Le remboursement maximal est de 1 000 \$ par adhérent;
- f) 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 famille immédiate d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement (le voyage doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance). Il faut cependant qu'aucun membre de la famille immédiate âgé de 18 ans ou plus n'ait accompagné la personne assurée dans son voyage;

- g) 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 5 000 \$. Le coût du cercueil n'est pas inclus dans l'assurance. Le retour doit préalablement être approuvé et planifié par Voyage Assistance.

Frais admissibles de subsistance :

Le coût des repas et de l'hébergement de la personne assurée qui doit reporter son retour en raison d'une maladie ou d'une blessure corporelle qu'elle subit elle-même ou que subit un membre de sa famille immédiate 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 200 \$ par jour par adhérent, pendant un maximum de 10 jours. La maladie ou la blessure doit être constatée par un médecin.

Frais admissibles d'appels interurbains :

Les frais d'appels interurbains pour joindre un membre de la famille immédiate si la personne assurée est hospitalisée, pourvu qu'aucun frais de transport pour visiter la personne assurée, tel que prévu au paragraphe d) ci-dessus ne soient remboursés et que cette dernière ne soit pas accompagnée par un membre de sa famille immédiate âgé de 18 ans ou plus. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de 50 \$ par jour et d'un maximum global de 200 \$ par période d'hospitalisation.

Décisions médicales :

Lorsqu'un médecin ou un autre professionnel de la santé, à l'emploi de Voyage Assistance, lié par contrat à Voyage Assistance ou désigné par ce dernier prend des décisions quant à la nécessité de fournir les services couverts tels qu'ils sont décrits ci-dessus, il s'agit alors de décisions médicales fondées sur des facteurs médicaux qui sont décisives lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'offrir ces services.

Le service Voyage Assistance :

Voyage Assistance 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) orientation vers des médecins ou 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 famille immédiate si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins sept jours et si le médecin prescrit une telle visite;
- 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) orientation vers des avocats si des problèmes juridiques surviennent;

- m) service d'interprète lors d'appels d'urgence;
- n) transmission de messages aux proches de la personne assurée en cas d'urgence;
- o) avant le départ, information sur les passeports, les visas et les vaccins requis dans le pays de destination.

Exclusions et limitations applicables à l'assurance voyage

La personne assurée doit communiquer immédiatement avec Voyage Assistance lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais engagés admissibles pourrait être réduit ou refusé par l'assureur. Il est aussi entendu que l'assureur n'est pas responsable de la disponibilité ou de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés.

Les exclusions s'appliquant à l'assurance médicaments et à l'assurance maladie complémentaire s'appliquent également à l'assurance voyage. De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage dans les cas suivants :

- 1) si la personne assurée n'est pas couverte en vertu de régimes d'État d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation;
- 2) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, sauf si la personne assurée a été dirigée vers un autre médecin, conformément aux dispositions prévues au paragraphe 2) des **Frais admissibles remboursables à 100 %**;
- 3) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou sa santé, même si les soins sont prodigués à la suite d'une urgence médicale;
- 4) si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par Voyage Assistance;

- 5) pour les frais de soins de santé et les frais hospitaliers qui sont engagés pour une personne assurée qui ne peut être rapatriée dans sa province de résidence et qui refuse un traitement médical prescrit par le médecin et approuvé par Voyage Assistance;
- 6) pour toute urgence médicale survenue dans un pays ou une région pour lesquels le gouvernement du Canada a émis, avant la date de début du voyage, un des avertissements suivants :
 - a) éviter tout voyage non essentiel; ou
 - b) éviter tout voyage.

La personne assurée qui se trouve dans le pays ou la région faisant l'objet d'un avertissement émis en cours de voyage n'est pas visée par la présente exclusion. Elle doit toutefois prendre les dispositions nécessaires pour quitter ce pays ou cette région dans les meilleurs délais;

- 7) si la personne assurée refuse de divulguer les renseignements nécessaires à l'assureur relativement aux autres régimes d'assurance en vertu desquels elle bénéficie également de garanties d'assurance voyage ou si elle refuse à l'assureur l'utilisation de tels renseignements;
- 8) si les frais engagés par la personne assurée sont reliés à un état de santé qui n'était pas stable avant la date de début du voyage.

Les prestations d'assurance voyage sont limitées à un maximum viager de 5 000 000 \$ par personne assurée.

Demande de prestations

Il est entendu et convenu qu'aucuns frais hospitaliers ou médicaux ne sont remboursés en vertu de l'assurance voyage avec assistance avant que les organismes gouvernementaux n'aient terminé l'étude de la demande de règlement de la personne assurée et n'aient versé des prestations, le cas échéant.

Coordination

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent régime sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres dispositions du régime, les prestations sont payables en vertu de l'assurance voyage avec assistance. Lorsque des prestations ne sont pas payables en vertu de l'assurance voyage avec assistance, les dispositions relatives à cette dernière ne doivent pas être interprétées comme limitant la portée des autres dispositions du régime.

Frais admissibles remboursables à 90 %

1) Soins infirmiers

Les services à domicile d'un infirmier ou d'un infirmier auxiliaire, pour des soins médicaux relevant de leur spécialité jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$ par personne assurée, par année civile.

2) Prothèses externes, incluant prothèses mammaires, et membres artificiels

Les frais d'achat de prothèses externes et de membres artificiels, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 000 \$ par personne assurée, par année civile.

3) Appareils orthopédiques

Les frais d'achat de corset orthopédique, béquille, attelle, plâtre, bandage herniaire et autres appareils orthopédiques obtenus d'un laboratoire orthopédique spécialisé et détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Aux fins du présent paragraphe, les chaussures orthopédiques ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques.

4) Appareils thérapeutiques

Les frais de location d'appareils thérapeutiques ou d'achat, si ce dernier mode est jugé plus économique par l'assureur, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 10 000 \$ par personne assurée, par année civile.

Cette catégorie d'appareils comprend par exemple les moniteurs d'apnée, les pompes à drainage et accessoires de percussion thoracique, les neurostimulateurs TENS, les stimulateurs de consolidation de fracture, les appareils d'aérosolthérapie et les respirateurs à pression positive intermittente

Aux fins du présent paragraphe, le réflectomètre, les pompes à insuline et les accessoires pour les pompes à insuline ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques.

5) Pompe à insuline

Les frais d'achat d'une pompe à insuline, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 7 500 \$ par personne assurée, par période de 60 mois.

6) Accessoires pour la pompe à insuline

Les frais d'achat d'accessoires pour pompe à insuline (tubulures et cathéters).

7) Fauteuil roulant, lit d'hôpital, appareil d'assistance respiratoire et oxygène

Les frais de location ou d'achat (au choix de l'assureur) de fauteuil roulant ou d'un lit d'hôpital habituellement en usage dans un centre hospitalier ou d'un appareil d'assistance respiratoire et d'oxygène.

8) Réflectomètre

Les frais d'achat d'un réflectomètre.

9) Chaussures orthopédiques et orthèses podiatriques

Les frais d'achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour la personne assurée à partir d'un moulage, lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied. Sont également couverts les frais pour des chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit, ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.

Les frais pour des corrections apportées à des chaussures préfabriquées, par un laboratoire orthopédique spécialisé, sont également admissibles.

Le remboursement maximal pour ces frais et ceux pour des orthèses podiatriques (obtenues d'un laboratoire spécialisé) est de 150 \$ par personne assurée, par année civile.

Les chaussures profondes ainsi que toute forme de sandales sont expressément exclues de la présente garantie.

10) Radiographies, scan, IRM, analyses de laboratoire et électrocardiogramme

Les frais de radiographies, y compris la tomодensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique, d'analyses de laboratoire et d'électrocardiogramme pour fins de diagnostic, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 500 \$ par personne assurée, par année civile.

11) Appareils auditifs

Les frais d'achat, d'ajustement et de réparation d'appareils auditifs ainsi que les piles, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par personne assurée, par période de 48 mois.

12) Bas de contention

Les frais d'achat de bas de contention à compression graduée de 20 mm de HG ou plus, jusqu'à un maximum de trois paires par personne assurée, par année civile. Les bas doivent être vendus en pharmacie ou dans un établissement de santé dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

13) Fournitures médicales

Les frais d'achat des fournitures suivantes : fournitures ayant trait à la colostomie, l'iléostomie et l'urétérostomie, fournitures pour les paraplégiques, cathéter, fournitures médicales servant au gavage, fournitures médicales nécessaires suite à une trachéotomie, lunette opaque nécessaire lors d'un traitement de radiothérapie ou contre le psoriasis, vêtements compressifs pour brûlés, pansements médicamenteux.

14) Cure de désintoxication

Les frais reliés à une cure de désintoxication auprès d'une clinique spécialisée en réadaptation pour alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques, y compris tous les soins et services liés à la cure. L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :

- a) la clinique doit être reconnue par l'assureur;
- b) la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- c) la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

Le remboursement maximal est de 80 \$ par jour et de 2 500 \$ à vie, par personne assurée.

15) Frais de transport et d'hébergement pour consultation d'un spécialiste ou traitement spécialisé

Les frais de transport et d'hébergement pour 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 doit être remis à l'assureur. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler le lieu de la consultation ou du traitement par le médecin spécialiste. Le lieu de la consultation ou du traitement doit être le plus rapproché possible de la région de résidence de la personne assurée.

- a) Les frais admissibles à ce titre sont les suivants :
- i) les frais de transport pour un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais admissibles ne peuvent excéder le coût du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé. En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence doivent être joints à la demande de prestations;
 - ii) les frais d'hébergement dans un établissement public, jusqu'à concurrence de 100 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement d'au moins 400 km (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée, par la route la plus directe. La nécessité de l'hébergement doit également être démontrée, à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations;

- b) pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont aussi admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant ;
- c) le remboursement maximal prévu par la présente garantie est de 1 000 \$ par personne assurée, par année civile. Il est entendu à cet égard que ce maximum englobe les frais s'appliquant à un parent accompagnateur.

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

16) Ambulance

Les frais de transport en ambulance, y compris un voyage par avion ou par train, en cas d'urgence, ainsi que les traitements d'oxygénothérapie reçus durant le transport ou immédiatement avant. Lors d'un transport aérien ou ferroviaire, la personne assurée doit occuper l'équivalent de deux sièges et la nécessité d'un tel moyen de transport doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur.

17) Chiropraticien, ostéopathe, acupuncteur, podologue et podiatre

Les honoraires de chiropraticien, ostéopathe, acupuncteur, podologue ou podiatre, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités et de 50 \$ de frais admissibles par personne assurée, par année civile, pour tous les examens radiographiques.

18) Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute

Les honoraires de massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

19) Orthophoniste, audiologiste et ergothérapeute

Les honoraires d'orthophoniste, d'audiologiste et d'ergothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

20) Physiothérapie

Les services de physiothérapie par un physiothérapeute ou un thérapeute en réadaptation physique, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 400 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces services.

21) Psychologue et psychothérapeute

Les honoraires de psychologue et de psychothérapeute, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par personne assurée, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités.

22) Accident aux dents naturelles

Les honoraires d'un chirurgien dentiste pour réparer des dommages accidentels à des dents naturelles.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à ce titre :

- a) l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- b) les soins doivent être administrés par un chirurgien dentiste ou un denturologiste licencié;

- c) les soins doivent être donnés dans les 36 mois suivant la date de l'accident et la personne doit alors être assurée par la présente garantie.

Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

Aux fins de la présente assurance, les traitements suivants ne sont pas considérés comme des traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles : actes, traitements et prothèses liés à des implants.

Exclusions

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- 1) par suite d'accident ou de maladie pour lesquels la personne assurée a droit à une prestation en vertu d'un régime gouvernemental;
- 2) si la personne assurée n'est pas tenue de payer pour les services reçus;
- 3) par suite de participation active à une guerre, à une insurrection, à une émeute ou à un acte criminel;
- 4) pour tout voyage de santé ou cure de repos ou produit ou service dans le cadre d'une cure d'amaigrissement;
- 5) pour l'examen des yeux, la prescription, l'ajustement ou le remplacement de lunettes;
- 6) pour les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, donnés dans un but esthétique ou dans un but autre que curatif;
- 7) pour les frais qui excèdent les frais raisonnables, compte tenu de la gravité du cas, des tarifs normaux en usage dans la région et des procédés normalement utilisés;

- 8) pour des examens médicaux subis à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 9) pour des appareils de contrôle tels que stéthoscope, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature;
- 10) pour des accessoires domestiques tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature;
- 11) pour des soins dentaires, sauf ceux qui sont prévus en cas d'accident;
- 12) pour des opérations ou des traitements expérimentaux;
- 13) pour des prothèses dentaires, des prothèses capillaires, des lunettes ou des lentilles cornéennes;
- 14) pour des services ou produits reliés au tabagisme;
- 15) pour des frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement.

Droit de transformation

Le droit de transformation permet à l'adhérent, son conjoint ou l'un de ses enfants à charge, s'il les protègeait, d'obtenir, sans preuves d'assurabilité, par un contrat individuel, une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par l'assureur et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition d'en faire la demande écrite au siège social de l'assureur dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- 1) l'adhérent cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison du contrat. Le droit de transformation peut alors être exercé par l'adhérent pour lui-même et pour son conjoint et ses enfants à charge s'il les protègeait;
- 2) le conjoint ou l'enfant à charge cesse de répondre à la définition de conjoint ou d'enfant à charge;
- 3) l'adhérent décède.

ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

Lorsqu'une personne assurée engage des frais admissibles pendant qu'elle est assurée en vertu de l'assurance frais dentaires, une partie ou la totalité de ces frais est remboursable par l'assureur à l'adhérent, sous réserve des dispositions de la présente garantie.

Pour être admissibles, les frais doivent répondre aux conditions suivantes :

- 1) les soins doivent être dispensés par un dentiste, ou par un hygiéniste dentaire sous la surveillance d'un dentiste, ou par un denturologiste autorisé par un organisme responsable;
- 2) les soins doivent être conformes aux normes de la pratique courante de la dentisterie;
- 3) les soins doivent être dispensés par une personne qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci; et
- 4) **les frais sont limités aux tarifs de l'année précédant celle où les frais ont été engagés**, selon le guide des tarifs de l'association des chirurgiens dentistes de la province où les soins ont été dispensés.

Lorsque les frais prévus excèdent 800 \$, un plan de traitement et les radiographies appropriées devraient être soumis à l'assureur avant le début du traitement. La personne assurée peut ainsi être informée à l'avance de la portion des frais dont le paiement est prévu par l'assurance.

Franchise annuelle

La franchise est de 25 \$ par année civile, par certificat.

Remboursement maximal

Le remboursement maximal est de 1 500 \$ par personne assurée, par année civile, pour les soins dentaires préventifs, de base, de restauration majeure et les prothèses. Pour les soins dentaires d'orthodontie, le remboursement maximal est de 1 500 \$ à vie, par personne assurée.

Considérant que cette garantie peut être introduite dans une unité d'accréditation à tout moment durant l'année à la suite de la tenue d'un vote, les remboursements maximaux applicables pour l'année d'adhésion sont les suivants :

Mois de mise en vigueur	Remboursement maximal* annuel pour les frais autres que l'orthodontie, par personne assurée	Remboursement maximal à vie pour les frais d'orthodontie, par personne assurée
Janvier, février, mars, avril	1 500 \$	1 500 \$
Mai, juin, juillet, août	1 000 \$	1 500 \$
Septembre, octobre, novembre, décembre	500 \$	1 500 \$
* Le remboursement maximal annuel de 1 500 \$ s'appliquera à compter de l'année civile suivant la date de mise en vigueur.		

Paiement direct

Ce mode de paiement permet à l'adhérent de déboursier uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.

Description des frais admissibles

Tous les actes buccodentaires énumérés ci-après sont tirés du guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) selon l'édition 2014.

Suite à la publication annuelle du guide des tarifs de l'ACDQ, la liste des actes admissibles est ajustée pour en tenir compte.

1) SOINS DENTAIRES PRÉVENTIFS (remboursables à 100 %)

DIAGNOSTIC

Examen buccal clinique

- pour les résidents du Québec : examen pour les enfants de moins de 10 ans si non remboursable par le régime public : un examen par période de 12 mois 01250
- examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois 01200
- examen complet : un examen par période de 36 mois 01110, 01120 et 01130
- examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois 01500
- examen d'urgence : 2 examens par année civile 01300
- examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile 01400
- examen des dysfonctions du système stomatognatique : un examen par période de 60 mois 01600
- examen prosthodontique : un examen par période de 24 mois 01700

RADIOGRAPHIES

Radiographies intra-orales

- pellicule périapicale 02111 à 02116
- pellicule occlusale 02131 et 02132
- pellicule interproximale 02141 à 02144
- pellicule des tissus mous 02151 et 02152

Radiographies extra-orales

- pellicule extra-orale 02201 et 02202
- examen des sinus 02304
- sialographie 02400

- utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions 02430
- articulation temporo-mandibulaire 02504
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois 02600
- pellicule céphalométrique 02701 et 02702

Autres

- duplicata de radiographie : 2 fois par année civile 93211

TESTS ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois 03100

Test bactériologique 04100 et 04201

Test histologique : biopsie de tissu mou ou de tissu dur 04302, 04311 et 04312

Test cytologique 04401, 04402 et 04403

Modèles de diagnostic (exclu si associé à un traitement de restauration) 04501, 04502, 04510, 04520 et 04730

Présentation de cas, plan de traitement 05101

Consultation avec le patient 05200

PRÉVENTION

Services usuels de prévention

- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois 11100, 11200 et 11300
- détartrage : une fois par période de 6 mois 43411 à 43414, 43417 et 43419
- application topique de fluorure pour les enfants de moins de 16 ans : une fois par période de 6 mois 12400
- analyse du régime alimentaire : une fois à vie 13100

- instruction d'hygiène buccale : une fois à vie 13200 et 13210
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile 13220
- finition d'une obturation 13300
- scellant des puits et fissures, comprenant l'odontotomie prophylactique et la préparation par mordançage à l'acide pour les enfants de moins de 16 ans (seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes) : une fois par période de 36 mois pour une même dent 3401 et 13404
- ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant anesthésie, sans lambeau 13301
- meulage interproximal pour les enfants de moins de 16 ans 13700
- améloplastie (modification de la forme d'une dent à des fins non esthétiques) 13715

Appareil de maintien pour les enfants de moins de 16 ans
15108 à 15111, 15120, 15200, 15210, 15400, 15410 et 15420

Correction des habitudes buccales pour les enfants de moins de 16 ans

- appareil fixe ou amovible 14100 à 14102, 14201 et 14202
- évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois 14045
- motivation du patient : une fois à vie 14050
- myothérapie : 5 fois à vie 14300

Appareil pour le bruxisme

- un appareil par 60 mois 43611, 43612, 43711 et 43712
- réparation : une fois par année civile 43622 et 43732
- regarnissage : une fois par année civile 43631 et 43741

Équilibrage de l'occlusion

- 8 unités de temps ou un majeur et 3 mineurs par année civile 43300 et 43310

2) SOINS DENTAIRES DE BASE (remboursables à 100 %)

RESTAURATION MINEURE

Pansement sédatif 20111 et 20121

Meulage et polissage d'une dent traumatisée 20131

Recimentation d'un fragment de dent brisée 20161

Restauration en résine, en amalgame ou en composite 21101 à 21105, 21121 à 21125, 21211 à 21215, 21221 à 21225, 21231 à 21235, 21241 à 21245, 23111 à 23115, 23118, 23122, 23210 à 23215, 23220 à 23225, 23311 à 23315 et 23411 à 23415

La restauration d'une même surface ou classe sur une même dent peut faire l'objet de frais admissibles une seule fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

Tenons par restauration 21301 à 21304

ENDODONTIE

Urgence endodontique : pulpotomie, pulpectomie, ouverture et drainage 32201, 32202, 32210, 39901 à 39904, 39201 et 39202

Traumatisme, traitement et chirurgie endodontique 32101, 32102, 33100 à 33102, 33110 à 33112, 33200 à 33202, 33210 à 33212, 33300 à 33302, 33310 à 33312, 33400 à 33402, 33410 à 33412, 33475, 34101 à 34104, 34111, 34112, 34114, 34115, 34171, 34172, 34174 et 34175, 34201 à 34203, 34212, 34215, 34401, 34402, 34451 à 34453, 34511, 39100, 39110, 39120, 39230, 39970, 39981 et 39985

Apexification 33521 à 33524, 33531 à 33534 et 33541 à 33544

PARODONTIE

Traitements non chirurgicaux 41200 et 41300

Chirurgie parodontale 42002, 42003, 42010, 42100, 42200, 42300, 42301, 42330, 42331, 42400, 42441, 42451, 42560, 42561, 42565, 42570, 42575, 42611, 42700, 42711, 42720, 43295, 49221 et 49229

Curetage gingival et surfaçage radiculaire (maximum de 6 unités de temps par année civile ou maximum d'une fois par dent par période de 24 mois) 42000 et 42001

Jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland) 43200, 43211, 43212 et 43260

Irrigation parodontale 49211

REBASAGE, REGARNISSAGE, AJUSTEMENT ET RÉPARATION DE PROTHÈSE AMOVIBLE

Rebasage et regarnissage : une fois par période de 36 mois 56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232, 56260 à 56263, 56280 et 56290

Réparation avec ou sans empreinte 54250, 54251, 55101 à 55104, 55201 à 55204, 55520, 55530, 55700, 56270 à 56273, 56602 et 56631

Obturbateur palatin : un par période de 60 mois 57202

Remontage et équilibrage de prothèse complète ou partielle : une fois par période de 60 mois 54300 à 54302

RÉPARATION DE PONT FIXE ET DE COURONNE

Réparation de pont fixe 66710, 66720 et 66723

Réparation de couronne 27721 à 27723

Recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette, de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent ou un même pilier 29100 et 66620

Supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile 29200

Immobilisation, sectionnement 63031, 66600 et 66601

Ablation d'un pivot ou d'un corps coulé cimenté : 27731 à 27734 et 27739

CHIRURGIE BUCCALE

Ablation de dents ayant fait éruption, avec ou sans complication 71101, 71111, 71121, 72100 et 72110

Ablation de dents incluses, racine et portion d'une dent 72210, 72220, 72230, 72240, 72300, 72310, 72320 et 72350

Exposition chirurgicale d'une dent incluant un attachement orthodontique : une fois à vie par dent 72410 à 72412

Transplantation d'une dent : une fois à vie par dent 72430

Reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent 72440

Énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent 72450

Alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie 73020, 73100, 73110, 73123, 73133 à 73135, 73140, 73150, 73151, 73360, 73361 et 73366

Ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste 73171 à 73176, 73181 à 73186, 74108, 74109, 74408 à 74410, 75301 et 75361

Extension des replis muqueux 73381 à 73384 et 73401 à 73404

Incision et drainage 75100, 75101 et 75110

Réduction de fracture 76210, 76310, 76910 à 76913, 78110 et 78111

Frénectomie 77801 à 77803

Traitement des glandes salivaires 79103 à 79106, 79113 et 79144

Chirurgie ou traitement des sinus 79301 et 79303 à 79308

Contrôle d'hémorragie 79400 et 79401

Traitement post-chirurgical 79601 et 79602

Réparation d'une lacération de tissu mou ou de part en part
76950 à 76953

SERVICES GÉNÉRAUX COMPLÉMENTAIRES

Anesthésie locale 04470 et 04471

Sédation consciente 92311 à 92319, 92331 à 92339 et
92421 à 92429

Visite à domicile, à l'hôpital ou au cabinet dentaire, en
dehors des heures normales 94100, 94200 et 94400

3) SOINS DENTAIRES DE RESTAURATION MAJEURE ET PROTHÈSES (remboursables à 50 %)

RESTAURATION MAJEURE ET PROTHÈSE FIXE

Aurification 24101 et 24102

Incrustation et tenons de rétention 25100, 25121 à 25123,
25200, 25300, 25500, 25521 et 25601 à 25604

Jumelage avec treillis de type Maryland : une fois par
période de 60 mois pour une même dent 43290

Couronnes en acier inoxydable préfabriquée, ou en
polycarbonate ou autre matériel similaire, puis couronne
intermédiaire de transition : une fois par période de 12 mois
pour une même dent 22201, 22202, 22211, 22311, 22401,
22411, 22501, 22511, 27130, 27140 et 27150

Couronne individuelle 27100, 27200, 27210, 27300 et
27310

Capuchon, métal précieux ou non 28211

Corps coulé 27640, 27700, 27701, 27707, 27710 et 27711

Facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires 23121

Pivot préfabriqué 29501 à 29503

Reconstitution d'une dent (pour fabriquer une pile) en vue d'une couronne, y compris les tenons 29600

Supplément pour une restauration 27401

PROTHÈSES AMOVIBLES

Prothèse complète¹ 51100, 51110, 51120, 51201 à 51203, 51300, 51310, 51320, 51600, 51610, 51620, 51701 à 51703, 51711 à 51713

Prothèse partielle¹ 21601, 52101 à 52105, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232, 52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 52531, 52532, 52542, 52543, 52600, 52601, 52610, 52611, 52620, 52630, 52701, 52702, 53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223, 56411 à 56413, 59101 et 59102

¹ Le remboursement des frais pour prothèses équilibrées est calculé en fonction du coût des prothèses standard équivalentes.

PONT FIXE

Pontiques 62000, 62100, 62502 et 62510

Appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette, Monarch 65500 et 65510

Pilier 67100, 67200, 67210, 67410 et 67600

Barre de rétention pour fixer à des capuchons 67501

Pilier incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine 67711 à 67713, 67721 à 67723

Attaches de précision 69300

L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente.

4) SOINS DENTAIRES D'ORTHODONTIE (remboursables à 50 %)

Examen spécifique d'orthodontie : une fois par période de 12 mois 01902

Examen complet d'orthodontie 80000

Orthodontie corrective 81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162, 81166, 81167, 81171 à 81175, 81201 à 81214, 81221, 81222, 81261, 81271, 81291 à 81294

Ajustements, modifications ou recimentation 80630, 80640, 80650 et 80671 à 80673

Appareils de rétention 83100, 83111 à 83114, 83200 et 83210

Traitement orthodontique 84500, 84600 et 89600

Radiographie : main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire) 02915

Traitement complet d'une malocclusion dentaire 84000

Urgences orthodontiques 80801

Exclusions, limitations et restrictions générales

- À toute personne assurée qui n'est pas couverte par l'assurance maladie de sa province de résidence, l'assureur verse seulement les montants qui auraient été payables si cette personne avait été couverte par les régimes en question.

- Les frais sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés, pour l'année précédant l'année au cours de laquelle les frais sont engagés, par l'association professionnelle de référence suivante :
 - 1) pour les services d'un dentiste généraliste ou spécialiste, l'association des dentistes généralistes de la province où les soins ont été dispensés;
 - 2) pour les services d'un denturologiste, l'association des denturologistes de la province où les soins ont été fournis.

Toutefois, les frais de laboratoire admissibles sont limités à 50 % des tarifs suggérés par l'association de référence pour l'acte auquel ces frais sont associés. En l'absence de tarifs suggérés par une association de référence, les frais admissibles sont limités aux montants raisonnables que les personnes non assurées doivent normalement payer pour les mêmes services, compte tenu des normes qui, selon l'assureur, doivent s'appliquer au dentiste ou denturologiste.

- Lorsqu'un traitement moins coûteux que celui qu'a reçu la personne assurée aurait donné des résultats appropriés, le calcul des frais admissibles se fait à l'aide du tarif du traitement le moins coûteux, tout en tenant compte cependant du tarif applicable selon ce qui est prévu ci-dessus.
- Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile, par personne assurée, puis à 4 quadrants distincts par année civile, par personne assurée.
- Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

- L'installation d'aurifications, d'incrustations ou de prothèses de remplacement (couronnes individuelles, facettes, corps coulés, pivots préfabriqués, prothèses amovibles, ponts fixes) n'est pas considérée comme un service couvert par l'assurance lorsqu'elle a lieu dans les 60 mois suivant l'installation précédente.

Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète, peut donner lieu à un remboursement si elle remplace une prothèse amovible de transition, partielle ou complète, et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 12 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition qui a été mise en bouche uniquement dans l'attente d'une guérison.

- Dans les cas suivants, l'assurance frais dentaires ne prévoit aucun remboursement :
 - 1) pour des frais engagés par suite de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non, sauf la tentative de suicide;
 - 2) pour des frais qui sont payables par l'État, par un organisme gouvernemental ou par un autre assureur;
 - 3) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
 - 4) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques et qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance; à cet égard, la transformation et l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence sont considérés comme des traitements à des fins esthétiques;
 - 5) pour des frais dont on ne peut prouver que la personne assurée les a engagés;
 - 6) pour des frais engagés en rapport avec des traitements expérimentaux ou des services qui sont à un stade de recherche médicale;

- 7) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification;
- 8) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- 9) pour un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale ; cependant, une partie des frais engagés pour un appareil intra-oral est admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme;
- 10) pour le remplacement d'appareils ou prothèses perdus ou volés;
- 11) pour un rendez-vous non respecté, pour la rédaction de demandes de prestations, plans de traitement ou rapports écrits, pour des frais de déplacement, d'expédition ou d'identification judiciaire, pour des convocations en cour à titre de témoin expert ou pour des consultations téléphoniques;
- 12) pour un protecteur buccal;
- 13) pour des frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée;
- 14) pour un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil;
- 15) pour des chapes de transferts, des duplicatas de prothèses et des traitements palliatifs de douleurs dentaires;

- 16) pour des pontiques et piliers de transition;
- 17) pour des traitements et services liés aux tests ou analyses microbiologiques;
- 18) pour des photographies diagnostiques.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

DÉFINITIONS

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

Adhérent : tout salarié assuré par le présent régime d'assurance collective.

Alcoolisme et toxicomanie : l'intoxication qui provoque des troubles physiques ou psychiques permanents, ou encore l'habitude qui fait qu'une personne ne peut plus se dispenser d'alcool ou de drogues sans ressentir des troubles physiques prononcés, et non pas le simple fait d'absorber de l'alcool en plus ou moins grande quantité ou d'utiliser des drogues de temps à autre.

Comité : le Comité paritaire provincial visé aux termes de la section intitulée « Régime d'assurance vie, d'assurance maladie et d'assurance salaire » des conventions collectives intervenues entre les parties patronale et syndicale.

Conjoint : on entend par conjoints les personnes :

- 1) qui sont mariées ou unies civilement et cohabitent;
- 2) qui vivent maritalement et sont les père et mère d'un même enfant;
- 3) de sexe différent ou de même sexe, qui vivent maritalement depuis au moins un an.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation et la dissolution de l'union civile font perdre ce statut de conjoint de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas d'une union de fait.

Toutefois, en présence de deux conjoints, un seul est reconnu comme tel pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- 1) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat ;
- 2) le conjoint à qui l'adhérent est uni par les liens du mariage ou par une union civile.

Employeur : toute entreprise de services d'ambulance œuvrant au Québec, de même que tout employeur ou toute catégorie d'employeurs qui est reconnu par le Comité.

Enfant à charge : par enfant à charge, on entend une personne qui :

- 1) a moins de 18 ans et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale;
- 2) n'a pas de conjoint, a 25 ans ou moins et fréquente à temps complet, à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et à l'égard de laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait l'autorité parentale si elle était mineure;
- 3) est totalement invalide, quel que soit son âge, pourvu qu'elle le soit devenue lorsqu'elle était autrement considérée comme enfant à charge aux fins des présentes et qu'elle le soit demeurée de façon continue depuis lors.

« Totalement invalide » désigne l'état d'un enfant à charge qui est incapable d'occuper tout emploi rémunérateur ou de poursuivre ses études. Son état doit avoir été causé par un accident ou une maladie et exiger des soins médicaux continus. Si cet enfant a besoin de soins médicaux spécialisés, il doit les recevoir d'un spécialiste approprié pour être considéré comme totalement invalide.

Une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle est également considérée comme un enfant à charge, sauf pour la garantie d'assurance vie des personnes à charge. Aux fins des présentes, une personne atteinte d'une déficience fonctionnelle est une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience définie dans le Règlement sur le RGAM et survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, qui ne reçoit aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la Loi sur la Sécurité du revenu, qui est domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si cette personne était mineure.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

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

- 1) une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à l'assureur et acceptée par ce dernier avant le début du congé;
- 2) la demande devra indiquer la date du début du congé.

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

Hôpital : un centre hospitalier, au sens des lois et des règlements sur les services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q. ch. S-5 et ch. S-4.2). Par centre hospitalier, on entend une installation ou un département où l'on reçoit des personnes aux fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves ainsi que toute partie réservée aux soins de longue durée. À l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.

Invalidité totale : pendant le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et les 24 mois qui suivent, un état d'incapacité de l'adhérent résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, qui empêche complètement l'adhérent d'accomplir la plupart des tâches normales de sa fonction et exige des soins médicaux.

Par la suite, une « invalidité totale » est un état d'incapacité de l'adhérent résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication d'une grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale et qui, sans nécessairement exiger des soins médicaux, empêche complètement l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir, et ce, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Un état d'incapacité de l'adhérent résultant d'une tentative de suicide est considéré au même titre qu'une maladie.

Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par un médecin. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques. Les dons d'organe et leurs complications sont considérés comme des maladies.

Période d'attente : période de 90 jours pendant laquelle les frais engagés par une personne assurée ne donnent lieu à aucun remboursement par l'assureur. Toutefois, les primes sont payables à compter du moment où la garantie ou le statut de protection est accordé.

Période d'invalidité totale : toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale résultant d'une même maladie ou d'un même accident et séparées, pendant les 36 premiers mois d'invalidité, par une période de moins de 90 jours consécutifs de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail, et après les 36 premiers mois d'invalidité, par une période de moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un tel travail.

Si, pendant une période donnée, l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale, pourvu que l'adhérent soit effectivement retourné au travail à plein temps et à plein salaire pendant au moins une journée entière. L'expression « disponibilité pour un tel travail » inclut toute période autorisée de vacances ou de congés avec ou sans solde prévue à la convention collective.

Personne à charge : le conjoint ou un enfant à charge d'un adhérent tel que défini précédemment.

Personne assurée : l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admise à l'assurance.

RGAM : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Salaire : le salaire hebdomadaire que l'adhérent a gagné à titre de technicien ambulancier paramédic ou à titre de salarié (ou l'équivalent annuel ou mensuel de ce salaire, selon le cas) incluant les vacances réellement payées, les congés fériés, les congés de maladie rémunérés et la prime d'éloignement, s'il y a lieu. Le salaire du salarié à temps partiel (convention collective) est le salaire à l'échelle gagné majoré des avantages sociaux (5,3 % et 4 %) et de la prime d'éloignement à l'exclusion des primes d'inconvénients. Les vacances payées et prises sont également considérées comme du salaire, ainsi que les heures de libération syndicale et les heures travaillées par un technicien ambulancier paramédic à titre de formateur dans le cadre d'un prêt de service aux agences de la santé et des services sociaux.

Le salarié à temps complet selon la convention collective paie une prime en fonction du salaire gagné durant la période de paie. Les prestations sont basées sur le salaire à l'échelle.

Le salarié à temps partiel selon la convention collective paie une prime en fonction d'un salaire fixe. Ce salaire est valide pour six mois et correspond au salaire moyen des 26 semaines précédant la date de révision. Le salaire est révisé deux fois par année soit le 1er janvier et le 1er juillet. Les prestations sont basées sur le salaire moyen des 12 semaines précédant l'invalidité totale ou précédant le décès si celui-ci n'a pas été précédé d'une période d'invalidité totale.

Salarié

Classe A : tout technicien ambulancier paramédic ou répartiteur membre de l'un des syndicats suivants ou y exerçant une fonction syndicale :

- 1) Fraternité des travailleurs et travailleuses du préhospitalier du Québec, section locale 592(FTQ);
- 2) Travailleurs ambulanciers syndiqués de Beauce inc. (TASBI).

Tout autre technicien ambulancier paramédic non syndiqué.

Classe B : tout salarié, autre qu'un technicien ambulancier paramédic ou répartiteur, travaillant pour l'un des employeurs qui engage un ou plusieurs salariés de la Classe A.

Salarié à temps complet : tout salarié ayant travaillé en moyenne 50 % ou plus de l'équivalent du temps complet au cours des six mois précédant la date de révision, étant entendu que la moyenne du temps travaillé est révisée tous les six mois et est fonction du pourcentage du temps travaillé par rapport au temps complet au cours des six mois précédant la date de révision.

Salarié à temps partiel : tout salarié ayant travaillé en moyenne moins de 50 % de l'équivalent du temps complet au cours des six mois précédant la date de révision, étant entendu que la moyenne du temps travaillé est révisée tous les six mois et est fonction du pourcentage du temps travaillé par rapport au temps complet au cours des six mois précédant la date de révision.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE

Salarié

Tout salarié est admissible à l'assurance à compter de la date indiquée ci-après, qu'il ait ou non terminé sa période de probation :

- 1) tout salarié à temps complet (convention collective) devient admissible à l'assurance le jour où il a complété un mois de service continu pour l'employeur;
- 2) tout salarié à temps partiel (convention collective) devient admissible à l'assurance le jour où il a complété trois mois de service continu pour l'employeur.

Personne à charge

Toute personne à charge d'un adhérent est admissible à l'assurance, soit à la même date que l'adhérent si elle est déjà une personne à charge, soit à la date à laquelle elle le devient.

PARTICIPATION À L'ASSURANCE

Assurance médicaments

La participation est obligatoire pour tout salarié admissible de même que pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Dispositions particulières pour les salariés de 65 ans ou plus

Le salarié âgé de 65 ans ou plus est automatiquement couvert par le RGAM de la RAMQ plutôt qu'en vertu du présent régime, pour ce qui est des médicaments dont le remboursement est prévu par le RGAM. Toutefois, ce salarié a le choix de :

- 1) maintenir sa protection d'assurance auprès de la RAMQ et s'exempter de l'assurance médicaments du présent régime;

- 2) maintenir sa protection d'assurance auprès de la RAMQ et en vertu de l'assurance médicaments du présent régime. Les frais de médicaments servant à couvrir la franchise et la coassurance du RGAM sont admissibles en vertu de l'assurance médicaments du présent régime ainsi que les frais pour les médicaments qui ne sont pas admissibles en vertu du RGAM mais qui le sont en vertu de l'assurance médicaments du présent régime. Une prime réduite est payable;
- 3) maintenir sa participation à l'assurance uniquement en vertu de l'assurance médicaments du présent régime en payant la surprime (le salarié doit alors faire annuler son inscription au RGAM auprès de la RAMQ).

S'il s'agit de maintenir l'assurance d'un conjoint qui atteint l'âge de 65 ans, l'avis du salarié doit être accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet qu'il a annulé sa protection auprès de la RAMQ. Toutefois, aucune personne à charge ne peut demeurer assurée si le salarié ne le demeure pas lui-même. Les personnes qui ont choisi de s'assurer auprès de la RAMQ ne peuvent plus par la suite modifier leur choix.

Assurance maladie complémentaire, assurance vie de base de l'adhérent, assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, assurance vie des personnes à charge, assurance salaire de courte durée et assurance salaire de longue durée

- 1) Salarié à temps complet

La participation à ces garanties est **obligatoire**, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption;

- 2) Salarié à temps partiel

La participation à ces garanties est **facultative**, mais **indissociable**, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption;

3) Adhérent avec personnes à charge

L'adhérent qui a une ou des personnes à charge peut, à son choix, s'assurer comme adhérent avec ou sans personnes à charge. De plus, s'il a des enfants à charge mais n'a pas de conjoint, il peut aussi s'assurer comme adhérent avec enfants à charge seulement. Toutefois, toute personne à charge assurée en vertu de l'assurance maladie complémentaire doit être aussi assurée en vertu de l'assurance vie des personnes à charge. Un adhérent assuré seul en vertu de la garantie d'assurance médicaments ne peut pas s'assurer avec personnes à charge ou avec enfants à charge seulement en vertu des autres garanties.

Assurance frais dentaires

La participation à l'assurance frais dentaires est facultative par unité d'accréditation.

Pour pouvoir participer à l'assurance frais dentaires, les salariés d'une unité d'accréditation doivent se prononcer en faveur de la mise en vigueur de cette garantie. La mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation implique une durée minimale de participation de 36 mois.

Salarié dont l'unité d'accréditation s'est prononcée en faveur de la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires

1) Salarié à temps complet

La participation à cette garantie est **obligatoire**, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

2) Salarié à temps partiel

La participation à cette garantie est **facultative** mais **indissociable** de la participation aux garanties d'**assurance maladie complémentaire, assurance vie de base de l'adhérent, assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, assurance vie des personnes à charge, assurance salaire de courte durée et assurance salaire de longue durée**, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

3) Adhérent avec personnes à charge

L'adhérent qui a une ou des personnes à charge peut, à son choix, s'assurer comme adhérent avec ou sans personnes à charge. De plus, s'il a des enfants à charge mais n'a pas de conjoint, il peut aussi s'assurer comme adhérent avec enfants à charge seulement.

Toutefois, toute personne à charge assurée en vertu de l'assurance maladie complémentaire doit aussi être assurée en vertu de l'assurance frais dentaires, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Salarié dont l'unité d'accréditation s'est prononcée contre la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires

Aucun salarié de cette unité d'accréditation ne peut participer à l'assurance frais dentaires.

Reprise de vote

- 1) Pour les salariés d'une unité d'accréditation qui participent à l'assurance frais dentaires et qui désirent y mettre fin, la reprise d'un vote peut être tenue sur demande auprès du syndicat ou du Comité, à la condition que cette garantie ait été en vigueur depuis au moins 36 mois.
- 1) Pour les salariés d'une unité d'accréditation qui ne participent pas à l'assurance frais dentaires, la reprise d'un vote peut être tenue, sur demande auprès du syndicat ou du Comité, mais ne peut avoir lieu moins de 12 mois suivant la date du vote précédent, à moins que le Comité en décide autrement.

Date d'entrée en vigueur de l'assurance frais dentaires

Si un vote est favorable à la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation, la décision prise lors dudit vote est applicable le premier jour de la période de prime suivant la date de réception de l'avis écrit par l'assureur.

Dans le cas d'un adhérent totalement invalide à la date d'entrée en vigueur de l'assurance frais dentaires dans son unité d'accréditation, celui-ci devra participer à cette garantie selon ce qui est prévu ci-dessus à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions si, à cette date, l'assurance frais dentaires est toujours en vigueur dans son unité d'accréditation.

Date de terminaison de l'assurance frais dentaires

Si un vote est favorable à la terminaison de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation, la décision prise lors dudit vote est applicable le premier jour de la période de prime qui suit la date du vote. L'assurance frais dentaires doit cependant avoir été en vigueur pendant au moins 36 mois dans l'unité d'accréditation pour que la terminaison soit applicable, y compris pour tout employeur de salariés non syndiqués. Un avis écrit en ce sens doit être expédié à l'assureur.

Assurance vie additionnelle de l'adhérent

La participation à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent est facultative mais conditionnelle à la participation à l'assurance vie de base de l'adhérent.

Révision de la participation du salarié à temps partiel (convention collective)

La participation des salariés à temps partiel (convention collective) est révisée tous les 6 mois par les employeurs, soit le 1^{er} janvier et le 1^{er} juillet de chaque année. Elle est fonction du pourcentage de temps travaillé au cours des 6 mois précédents, par rapport au temps complet.

- 1) Un salarié à temps partiel qui décide de ne pas participer à l'assurance, sauf pour l'assurance médicaments, au moment où il devient admissible pour la première fois peut y adhérer le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet de chaque année, et ce, sans preuves d'assurabilité, à la condition d'en faire la demande avant ou dans les 31 jours suivant le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet concerné. Si ce délai n'est pas respecté, la décision est reportée de 6 mois, soit au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant;

- 2) Un salarié à temps partiel qui participe à l'assurance peut terminer son assurance, à l'exception de l'assurance médicaments, le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet de chaque année, à la condition d'en faire la demande avant ou dans les 31 jours suivant le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet concerné. Si ce délai n'est pas respecté, la décision est reportée de 6 mois, soit au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant.

S'il désire participer de nouveau à l'assurance, le salarié devra fournir des preuves d'assurabilité pour les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte et de longue durée, et la période d'attente de 90 jours prévue pour l'assurance maladie complémentaire, et pour l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans son unité d'accréditation, s'appliquera.

- 3) Un salarié à temps complet qui devient un salarié à temps partiel peut terminer son assurance, à l'exception de l'assurance médicaments, le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet de chaque année, à la condition d'en faire la demande avant ou dans les 31 jours suivant le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet concerné. Si ce délai n'est pas respecté, la décision est reportée de 6 mois, soit au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant.

S'il désire participer de nouveau à l'assurance, le salarié devra fournir des preuves d'assurabilité pour les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte et de longue durée, et la période d'attente de 90 jours prévue pour l'assurance maladie complémentaire, et pour l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans son unité d'accréditation, s'appliquera.

Salarié admissible travaillant chez plus d'un employeur

Si un salarié travaille chez plus d'un employeur, il doit participer à l'assurance médicaments chez un de ses employeurs et peut s'exempter d'y participer chez les autres. Les règles de participation applicables aux autres garanties sont établies pour chaque employeur et sont fonction du temps travaillé par le salarié chez cet employeur, indépendamment du temps travaillé chez les autres employeurs.

Relativement à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance frais dentaires, le salarié qui participe à ces garanties chez un de ses employeurs peut s'en exempter chez les autres, le cas échéant. Relativement à l'assurance vie (salarié à temps complet) et à l'assurance salaire de courte et de longue durée, le salaire utilisé pour établir les primes et les prestations payables sera la somme des salaires déclarés par chacun des employeurs chez qui le salarié a décidé de participer à ces garanties sous réserve des limites qui y sont prévues.

TABLEAU DES COMBINAISONS DE STATUTS DE PROTECTION DISPONIBLES (aucune autre combinaison possible)

Garanties	Adhérents de moins de 65 ans						Adhérents de 65 ans ou plus									
	Statut de protection						Statut de protection									
Assurance médicaments	I	M	M	F	F	E	E	E	E	E	E	I*	M*	M*	F*	F*
Assurance maladie complémentaire	I	M	I	F	I	E	I	M	F	E	I	M	I	F	I	
Assurance frais dentaires (si vote favorable)	I ou E	M ou E	I ou E	F ou E	I ou E	I, M, F ou E	I ou E	M ou E	F ou E	I, M, F ou E	I ou E	M ou E	I ou E	F ou E	I ou E	
Assurance vie des personnes à charge	N	M	N	F	N	N, M ou F	N	M	F	N, M ou F	N	M	N	F	N	

I = Individuel M = Monoparental (sans conjoint) F = Familial E = Exempté N = Non disponible

* Prime réduite si l'adhérent est assuré en vertu du RGAM ou surprime si l'adhérent n'est pas assuré en vertu du RGAM.

MODIFICATION DU STATUT DE PROTECTION

Augmentation

L'adhérent peut modifier son statut de protection en assurance médicaments et en assurance maladie complémentaire, ainsi qu'en assurance frais dentaires, si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié, d'une des façons suivantes, tout en respectant les combinaisons permises :

- 1) modifier son statut de protection individuel pour un statut monoparental ou familial;
- 2) modifier son statut de protection monoparental pour un statut familial.

Cette modification ne peut se faire que lorsqu'il y a reconnaissance de nouvelle(s) personne(s) à charge (mariage, naissance, etc.) ou lors de la cessation de l'assurance du conjoint ou des enfants à charge.

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de l'événement ouvrant droit au changement si la demande de changement est présentée à l'employeur dans les 31 jours suivant l'événement.

Si la demande de changement est présentée à l'employeur plus de 31 jours suivant l'événement ouvrant droit au changement, le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'assureur pour l'assurance médicaments et l'assurance maladie complémentaire, et l'assurance frais dentaires, si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié, et à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité pour l'assurance vie des personnes à charge. En assurance maladie complémentaire et en assurance frais dentaires, le cas échéant, la période d'attente de 90 jours s'applique aux personnes à charge.

Diminution

L'adhérent peut modifier son statut de protection en assurance médicaments et en assurance maladie complémentaire, ainsi qu'en assurance frais dentaires, si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié, d'une des façons suivantes, tout en respectant les combinaisons permises :

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

Le nouveau statut de protection entre en vigueur à la date de réception de la demande par l'employeur.

Statut de protection à la date de mise en vigueur de l'assurance frais dentaires

À la date de mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans une unité d'accréditation à la suite d'un vote favorable, le statut de protection octroyé au salarié est le même que celui qu'il détient à l'assurance maladie complémentaire. Si le salarié est exempté de participer à l'assurance maladie complémentaire, le statut individuel lui est octroyé.

Toutefois, si un salarié désire modifier son statut de protection ou s'exempter de participer à l'assurance frais dentaires à la date de mise en vigueur, il devra en faire la demande auprès de son employeur en y indiquant le statut de protection choisi. Son choix devra respecter les combinaisons possibles et être transmis par l'employeur à l'assureur dans les 31 jours de la date de mise en vigueur de cette garantie. Au-delà de ce délai, les règles relatives à la modification du statut de protection et au droit d'exemption s'appliqueront.

DROIT D'EXEMPTION ET TERMINAISON DU DROIT D'EXEMPTION

Droit d'exemption

Un salarié admissible peut s'exempter de participer à l'assurance médicaments et à l'assurance maladie complémentaire, ou à l'assurance frais dentaires, si cette garantie est en vigueur dans son unité d'accréditation, à compter de la fin de la période de prime au cours de laquelle il avise l'employeur et sous réserve des conditions prévues ci-après.

Ce droit d'exemption s'applique également dans le cas d'un salarié admissible qui est au service de deux employeurs.

Les conditions suivantes s'appliquent, selon la garantie concernée :

Assurance médicaments et assurance maladie complémentaire

1) Salarié âgé de moins de 65 ans

Tout salarié âgé de moins de 65 ans peut s'exempter de participer à l'assurance médicaments en fournissant la preuve que lui-même ou ses personnes à charge sont déjà assurés par un autre régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments.

L'exemption de participation à l'assurance médicaments entraîne automatiquement l'exemption de participation à l'assurance maladie complémentaire.

2) Salarié âgé de 65 ans ou plus

À l'âge de 65 ans, toute personne assurée est automatiquement couverte par le régime public d'assurance médicaments. Sa participation à l'assurance médicaments du présent régime se termine sans qu'elle ait à faire de demande d'exemption. Toutefois, sa participation à l'assurance maladie complémentaire se poursuit.

Assurance frais dentaires

Un salarié admissible à l'assurance frais dentaires à la suite d'un vote favorable à la mise en place de cette garantie dans son unité d'accréditation peut s'exempter d'y participer en fournissant la preuve qu'il est assuré par un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de frais dentaires.

Assurance vie des personnes à charge

L'assurance vie des personnes à charge se poursuit d'office lors de l'exemption. L'adhérent qui désire cesser sa participation à cette garantie doit en aviser l'assureur par écrit. Des preuves d'assurabilité devront alors être présentées pour que cette garantie soit remise en vigueur.

Terminaison du droit d'exemption

Un salarié exempté de participer à l'assurance médicaments et à l'assurance maladie complémentaire, ou à l'assurance frais dentaires, peut y adhérer par la suite, pourvu :

- 1) qu'il établisse à la satisfaction de l'assureur qu'il lui est devenu impossible de continuer à être assuré par l'assurance ayant permis l'exemption;
- 2) qu'il présente sa demande dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

L'assurance médicaments et l'assurance maladie complémentaire entrent alors en vigueur le jour suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

L'assurance frais dentaires entre en vigueur le jour suivant la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, pourvu que cette garantie soit toujours en vigueur dans l'unité d'accréditation de l'adhérent.

Si le salarié présente sa demande plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance entre alors en vigueur à la date de réception de la demande par l'assureur, à la condition, pour l'assurance frais dentaires, que cette garantie soit toujours en vigueur dans l'unité d'accréditation de l'adhérent.

Toutefois, pour l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires, les frais engagés pour les personnes à charge au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes qui sont exigibles sont celles qui correspondent au statut de protection (familial ou monoparental) qui a été demandé.

L'adhérent qui a demandé de cesser sa participation à l'assurance vie des personnes à charge lors de l'exercice du droit d'exemption doit présenter des preuves d'assurabilité pour ses personnes à charge pour que cette garantie soit remise en vigueur.

DEMANDES D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

Tout nouveau salarié admissible à l'assurance doit remplir, pour lui-même et ses personnes à charge, le cas échéant, une demande d'adhésion à l'aide du formulaire prévu par l'assureur dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible. À défaut de remplir la demande d'adhésion dans les délais prévus ci-dessus, la prise d'effet de l'assurance peut être retardée et, dans certains cas, le salarié pourrait devoir soumettre des preuves d'assurabilité.

PRISE D'EFFET DE L'ASSURANCE (PREUVES D'ASSURABILITÉ ET PÉRIODE D'ATTENTE)

Salarié

- 1) L'assurance de tout **salarié nouvellement admissible** entre en vigueur aux dates suivantes :
 - a) Si le salarié présente sa demande à l'assureur avant ou au cours des 31 jours qui suivent la date à laquelle il devient admissible à l'assurance pour la première fois :
 - i) pour l'assurance médicaments : à la date d'admissibilité à l'assurance;
 - ii) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent : à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;
 - iii) pour les autres garanties, y compris l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié : à la date d'admissibilité à l'assurance si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions et, le cas échéant, relativement à la portion du montant d'assurance nécessitant la présentation de preuves d'assurabilité, à condition que les preuves soient ultérieurement acceptées par l'assureur.
 - b) Si le salarié présente sa demande d'adhésion à l'assureur plus de 31 jours suivant la date à laquelle il devient admissible à l'assurance pour la première fois :
 - i) pour l'assurance médicaments : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur;

- ii) pour l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié :
 - pour le salarié à temps complet : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.
 - pour le salarié à temps partiel : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions. Cependant, les frais engagés pour le salarié au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes, selon le statut de protection demandé, sont exigibles;
- iii) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent : à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;
- iv) pour les autres garanties :
 - pour le salarié à temps complet : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions et, le cas échéant, relativement à la portion du montant d'assurance nécessitant la présentation de preuves d'assurabilité, à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;

- pour le salarié à temps partiel : à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.
- 2) À la suite d'un vote favorable à la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans son unité d'accréditation, l'assurance frais dentaires de tout salarié admissible entre en vigueur le premier jour de la période de prime suivant la date de réception de l'avis écrit par l'assureur, si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions si, à cette date, l'assurance frais dentaires est toujours en vigueur dans son unité d'accréditation.
- 3) L'assurance de tout **salarié à temps partiel** qui devient **salarié à temps complet** à la suite de la révision de la participation au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet entre en vigueur à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions et, le cas échéant, relativement à la portion du montant d'assurance nécessitant la présentation de preuves d'assurabilité, à condition que les preuves soient ultérieurement acceptées par l'assureur.

- 4) L'assurance de tout **salarié à temps partiel** qui devient **salarié à temps complet** à la suite de l'obtention d'un poste à temps complet entre en vigueur à la date d'obtention du poste ou à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si cette dernière est reçue par l'assureur plus de 31 jours suivant l'obtention du poste, si le salarié est alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions et, le cas échéant, relativement à la portion du montant d'assurance nécessitant la présentation de preuves d'assurabilité, à condition que les preuves soient ultérieurement acceptées par l'assureur.
- 5) L'assurance de tout **salarié à temps partiel** qui demande pour la première fois de participer à l'assurance en vertu des garanties offertes sur base facultative entre en vigueur à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si celle-ci est transmise dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet d'une année, pourvu que le salarié soit alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions. Si la demande d'adhésion est transmise après le délai précité de 31 jours, les dispositions prévues au paragraphe 1) b) ci-dessus s'appliquent ou, au choix du salarié, l'étude de la demande du salarié est reportée au 1er janvier ou au 1er juillet suivant, selon le cas.
- 6) L'assurance de tout **salarié à temps partiel** qui a cessé antérieurement de participer à l'assurance en vertu des garanties offertes sur base facultative et qui demande d'y participer à nouveau entre en vigueur aux dates suivantes, pour autant que la demande d'adhésion soit transmise à l'assureur dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet d'une année et que le salarié soit alors au travail ou l'était le dernier jour où il devait normalement l'être, sinon à la date où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

- a) pour l'assurance maladie complémentaire et pour l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur. Cependant, les frais engagés pour le salarié au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes sont exigibles selon le statut de protection demandé;
- b) pour l'assurance vie de base de l'adhérent, l'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, l'assurance salaire de courte durée et l'assurance salaire de longue durée : à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.

Si la demande d'adhésion est transmise après le délai précité de 31 jours, l'étude de la demande du salarié est reportée au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant, selon le cas.

- 7) Pour les situations énumérées aux paragraphes 3), 4) et 5) ci-dessus, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur.
- 8) Suite à une terminaison du droit d'exemption, l'assurance de tout salarié en vertu de l'assurance médicaments, de l'assurance maladie complémentaire et de l'assurance frais dentaires prend effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption si la demande est faite dans les 31 jours de cette date et, dans le cas de l'assurance frais dentaires, si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié à cette date.

Si le salarié présente sa demande plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption, son assurance en vertu de l'assurance médicaments, de l'assurance maladie complémentaire et de l'assurance frais dentaires prend effet à la date de réception de la demande par l'assureur, à la condition, dans le cas de l'assurance frais dentaires, que cette garantie soit en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié à cette date.

Personne à charge

- 1) L'assurance d'une **personne à charge nouvellement admissible** dont la demande d'adhésion est présentée à l'assureur **avant ou au cours des 31 jours** qui suivent la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance pour la première fois entre en vigueur à la date d'admissibilité à l'assurance de la personne à charge.
- 2) L'assurance d'une **personne à charge nouvellement admissible** dont la demande d'adhésion est présentée à l'assureur **plus de 31 jours** suivant la date à laquelle elle devient admissible à l'assurance pour la première fois entre en vigueur aux dates suivantes :
 - a) pour l'assurance médicaments : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur;
 - b) pour l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur. Cependant, les frais engagés pour les personnes à charge au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes selon le statut de protection demandé (familial ou monoparental) sont exigibles;
 - c) pour l'assurance vie des personnes à charge : à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité des personnes à charge par l'assureur.

- 3) À la suite d'un vote favorable à la mise en vigueur de l'assurance frais dentaires dans l'unité d'accréditation du salarié, l'assurance frais dentaires d'une personne à charge entre en vigueur à la même date que celle du salarié si cette personne à charge est déjà assurée en vertu de la garantie d'assurance maladie complémentaire ou si elle en est exemptée.
- 4) L'assurance d'une **personne à charge d'un salarié à temps partiel** qui devient **salarié à temps complet** à la suite de la révision de la participation au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet entre en vigueur aux dates suivantes :
- a) pour l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur. Cependant, si la demande est transmise plus de 31 jours après la date où le salarié à temps partiel est devenu un salarié à temps complet, les frais engagés pour les personnes à charge au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes selon le statut de protection demandé (familial ou monoparental) sont exigibles ;
- b) pour l'assurance vie des personnes à charge : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur. Cependant, si la demande est transmise plus de 31 jours après la date où le salarié à temps partiel est devenu un salarié à temps complet, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité des personnes à charge par l'assureur.

- 5) L'assurance d'une **personne à charge d'un salarié à temps partiel** qui devient **salarié à temps complet** à la suite de l'obtention d'un poste à temps complet entre en vigueur aux dates suivantes :
- a) pour l'assurance maladie complémentaire et pour l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié : à la date d'obtention du poste à temps complet. Cependant, si la demande est transmise plus de 31 jours après la date où le salarié à temps partiel est devenu un salarié à temps complet, les frais engagés pour les personnes à charge au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes selon le statut de protection demandé (familial ou monoparental) sont exigibles ;
 - b) pour l'assurance vie des personnes à charge : à la date d'obtention du poste à temps complet. Cependant, si la demande est transmise plus de 31 jours après la date où le salarié à temps partiel est devenu un salarié à temps complet, l'assurance entre en vigueur à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité des personnes à charge par l'assureur.
- 6) L'assurance d'une **personne à charge d'un salarié à temps partiel** qui demande pour la première fois de participer à l'assurance en vertu des garanties offertes sur base facultative entre en vigueur à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur si celle-ci est transmise dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet d'une année. Si la demande d'adhésion est transmise après le délai précité de 31 jours, les dispositions prévues au paragraphe 2) ci-dessus s'appliquent ou, au choix du salarié, l'étude de la demande est reportée au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant, selon le cas.

- 7) L'assurance d'une **personne à charge d'un salarié à temps partiel** qui a cessé antérieurement de participer à l'assurance en vertu des garanties offertes sur base facultative et qui demande d'y participer à nouveau entre en vigueur aux dates suivantes, pour autant que la demande d'adhésion soit transmise à l'assureur dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet d'une année :
- a) pour l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié : à la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur. Cependant, les frais engagés pour les personnes à charge au cours de la période de 90 jours suivant la date de réception de la demande d'adhésion par l'assureur ne donnent lieu à aucun remboursement. Durant cette période de 90 jours, les primes selon le statut de protection demandé (familial ou monoparental) sont exigibles ;
 - b) pour l'assurance vie des personnes à charge : à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité des personnes à charge par l'assureur.

Si la demande d'adhésion est transmise après le délai précité de 31 jours, l'étude de la demande d'adhésion est reportée au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant, selon le cas.

- 8) Suite à une terminaison du droit d'exemption, l'assurance d'une personne à charge prend effet à la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption si la demande est faite dans les 31 jours de cette date, sinon à la date de réception de la demande par l'assureur. Toutefois, la période d'attente de 90 jours s'applique à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance frais dentaires si cette garantie est en vigueur dans l'unité d'accréditation du salarié.

- 9) L'assurance d'une personne à charge en vertu de l'assurance vie des personnes à charge prend effet à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité des personnes à charge par l'assureur dans le cas d'un retour à la participation à la suite d'une terminaison de l'assurance de cette garantie lors de l'exercice du droit d'exemption.
- 10) L'assurance de toute nouvelle personne à charge d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées entre en vigueur automatiquement à sa date d'admissibilité sans avoir à produire une demande d'adhésion.
- 11) En aucun temps l'assurance des personnes à charge du salarié ne peut prendre effet avant celle du salarié lui-même.

ABSENCE DU TRAVAIL

Lors d'une absence du travail pour une des raisons énumérées ci-dessous, des arrangements administratifs doivent être convenus avant le début de l'absence du travail pour qu'il n'y ait pas d'interruption d'assurance pour non-paiement des primes.

Si l'adhérent a maintenu sa participation aux garanties d'assurance salaire pendant une période d'absence du travail et qu'une invalidité totale débute durant cette absence, la période d'invalidité totale est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail de l'adhérent.

La date prévue de retour au travail à la suite d'un congé sans solde peut être avancée uniquement dans le cas d'un retour effectif au travail de l'adhérent.

Dans le cas où l'adhérent a décidé de ne pas maintenir sa participation aux garanties autres que l'assurance médicaments, sa participation reprend automatiquement dès son retour effectif au travail. Si une invalidité survient lors de l'absence, aucune prestation d'assurance salaire n'est payable.

Congé avec solde et congé sans solde de quatre semaines ou moins

La participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Congé sans solde de plus de quatre semaines

La participation à l'assurance médicaments est maintenue.

La participation de l'adhérent aux autres garanties est suspendue et il cesse d'être assuré pendant ce congé de même que ses personnes à charge, le cas échéant.

Toutefois, l'adhérent peut maintenir sa participation aux autres garanties et continuer d'être assuré de même que ses personnes à charge, le cas échéant, en payant la prime totale prévue au contrat par l'intermédiaire de son employeur. Cependant, durant la période de congé parental ou de congé pour raisons familiales, l'employeur doit continuer à verser sa part de la prime, conformément à la Loi sur les normes du travail.

Lors d'un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes, les mêmes règles s'appliquent. Si l'adhérent maintient sa participation aux autres garanties, il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge. Les montants versés par un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes viendront réduire les prestations payables par le présent régime.

Congé partiel sans solde

La participation au régime d'assurance est maintenue durant cette période, le salaire assuré étant alors basé sur le salaire à temps complet.

Congédiement contesté

Un adhérent congédié dont le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail doit maintenir en vigueur sa participation à l'assurance médicaments à son égard, et à l'égard de ses personnes à charge s'il y a lieu, en payant directement à l'assureur la prime totale (adhérent/employeur) prévue.

Relativement à l'assurance maladie complémentaire, à l'assurance frais dentaires, à l'assurance vie de base de l'adhérent, à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, à l'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent et à l'assurance vie des personnes à charge, l'adhérent peut, s'il le désire, continuer d'être assuré en vertu de celles-ci, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, en payant directement à l'assureur la prime totale (adhérent/employeur) prévue. L'assurance est maintenue jusqu'à ce que la décision finale, incluant les procédures d'appel le cas échéant, soit rendue.

Relativement aux garanties d'assurance salaire de courte et de longue durée, celles-ci sont suspendues à compter de la date du congédiement et jusqu'à la date où la décision finale est prononcée. Dans l'éventualité où la décision finale est favorable à l'adhérent, les garanties d'assurance salaire sont remises en vigueur rétroactivement à la date du congédiement et les primes sont alors payables pour la durée où les garanties ont été suspendues. Dans un tel cas, l'invalidité ouvrant droit à des prestations et survenant durant la période de contestation par voie de grief est reconnue. Le délai de carence court à compter de la date du début de l'invalidité totale. Si le congédiement est maintenu par la décision finale, les garanties d'assurance salaire sont réputées s'être terminées à la date où l'adhérent a été congédié.

Suspension

Pour une suspension de quatre semaines ou moins, la participation de l'adhérent est maintenue et il continue d'être assuré, de même que ses personnes à charge, le cas échéant. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

Pour une suspension de plus de quatre semaines, les modalités du congé sans solde de plus de quatre semaines s'appliquent.

Mise à pied temporaire, grève, lock-out

L'assurance est maintenue en vigueur conformément aux conventions de travail pertinentes, pourvu que les primes continuent d'être versées à l'assureur. Il est par ailleurs entendu que ce maintien d'assurance ne peut excéder 12 mois dans le cas d'une mise à pied temporaire.

Régime de congé à traitement différé

- Durant la période de contribution de l'adhérent :

La participation au régime d'assurance collective est maintenue durant cette période, le salaire assuré étant alors basé sur le salaire réduit. Cependant, l'adhérent peut, en payant l'excédent des primes applicables, maintenir un salaire assuré équivalent au salaire qui serait payé s'il ne bénéficiait pas du régime de congé à traitement différé. Ce choix doit être fait au début du régime de congé à traitement différé.

- Durant la période de congé :

Les modalités du congé sans solde de plus de quatre semaines s'appliquent. L'adhérent doit aviser son employeur de son choix avant la période de congé.

Retraite progressive

La participation de l'adhérent au régime d'assurance collective est maintenue durant cette période. Pour l'assurance salaire de courte et de longue durée, le salaire assurable est le salaire réduit. Le versement des prestations d'assurance salaire ne peut aller au-delà de la fin de l'entente de retraite progressive.

Toutefois, pour l'adhérent invalide dont la date de fin de l'entente de retraite progressive est la date de son 70^e anniversaire, s'il n'a pas encore reçu 15 semaines de prestations à cette date en assurance salaire de courte durée, le versement de la rente se poursuit jusqu'à la date à laquelle il en a reçu 15 au total, pour cette même période d'invalidité, pourvu que celle-ci subsiste au cours de cette prolongation.

Pour l'assurance vie de base et l'assurance décès ou mutilation par accident, le salaire assurable est le salaire avant la réduction du temps travaillé suite à la retraite progressive.

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE

Ouverture du droit à l'exonération

- 1) Assurance médicaments, assurance maladie complémentaire, assurance frais dentaires et assurance vie des personnes à charge

Aucune prime n'est payable à l'égard de l'assurance pour tout adhérent qui devient totalement invalide, à compter du premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou suit la date prévue pour le versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée (ou la date qui serait prévue pour ledit versement si l'assurance salaire de longue durée ne prenait pas fin à 65 ans) et aussi longtemps que l'invalidité totale persiste.

- 2) Assurance vie de base de l'adhérent, assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, assurance vie additionnelle de l'adhérent et assurance salaire de longue durée

Aucune prime n'est payable à l'égard de l'assurance pour tout adhérent qui devient totalement invalide avant l'âge de 65 ans, à compter du premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou suit la date prévue pour le versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée et aussi longtemps que l'invalidité totale persiste.

- 3) Assurance salaire de courte durée

Aucune prime n'est payable à l'égard de l'assurance pour tout adhérent qui devient totalement invalide avant l'âge de 70 ans, à compter du premier jour de la période de prime qui coïncide avec ou suit la date prévue pour le versement de la prestation d'assurance salaire de longue durée (ou la date qui serait prévue pour ledit versement si l'assurance salaire de longue durée ne prenait pas fin à 65 ans) et aussi longtemps que l'invalidité totale persiste.

Un adhérent totalement invalide en assignation temporaire qui reçoit son plein salaire ne bénéficie pas de l'exonération des primes pour la durée d'une telle assignation.

Terminaison du droit à l'exonération

- 1) Assurance médicaments, assurance maladie complémentaire, assurance frais dentaires et assurance vie des personnes à charge

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;

- b) la date à laquelle la durée de la période d'invalidité totale atteint 3 ans. Toutefois, l'exonération des primes peut être maintenue jusqu'au 65^e anniversaire de naissance ou jusqu'à la date à laquelle la durée de la période d'invalidité totale atteint 3 ans, selon la dernière de ces éventualités, pour les adhérents suivants:
 - i) les adhérents totalement invalides en raison d'une lésion professionnelle dont l'invalidité totale a débuté le 1^{er} janvier 2007 ou après; et
 - ii) les adhérents totalement invalides en raison d'une lésion professionnelle qui étaient auparavant assurés jusqu'à l'âge de 65 ans en vertu d'un contrat d'assurance collective couvrant des techniciens ambulanciers paramédics et qui ont été transférés au contrat entre le 14 février 2010 et le 3 juillet 2011, peu importe la date du début de leur invalidité totale;
 - c) pour l'assurance frais dentaires, la date de terminaison de cette garantie dans l'unité d'accréditation du salarié à la suite d'un vote en faveur de la terminaison;
 - d) la date de la fin du contrat.
- 2) Assurance vie de base de l'adhérent, assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent, assurance vie additionnelle de l'adhérent et assurance salaire de longue durée

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- b) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

3) Assurance salaire de courte durée

L'exonération des primes prend fin à la première des dates suivantes :

- a) la date à laquelle l'adhérent est incapable ou refuse de fournir à l'assureur des preuves satisfaisantes de son invalidité totale;
- b) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 70 ans.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE

Adhérent

L'assurance de tout adhérent prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions prévues en cas d'exonération des primes;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cet adhérent;
- 3) la date à laquelle il cesse d'être un salarié, sous réserve de ce qui est prévu au paragraphe 4);
- 4) le 31^e jour qui suit la date à laquelle il cesse d'être un salarié pour l'assurance vie de base et additionnelle de l'adhérent;
- 5) la date de sa retraite;
- 6) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de :
 - a) 65 ans pour ce qui est de l'assurance salaire de longue durée et de l'assurance décès ou mutilation par accident de l'adhérent;
 - a) 70 ans pour ce qui est de l'assurance salaire de courte durée;

- 7) le premier jour de la période de prime suivant la date du vote favorable à la terminaison de cette garantie dans l'unité d'accréditation de l'adhérent, pour ce qui est de l'assurance frais dentaires;
- 8) la fin de la période de prime au cours de laquelle l'adhérent s'exempte, pour ce qui est de l'assurance médicaments et de l'assurance maladie complémentaire ou de l'assurance frais dentaires;
- 9) relativement à une garantie exonérée du paiement des primes, à la date à laquelle se termine une telle exonération des primes, à moins que l'adhérent demeure admissible à l'assurance et que la prime soit versée;
- 10) relativement à un salarié à temps partiel et uniquement pour les garanties offertes sur base facultative, la date de réception par l'employeur de l'avis de l'adhérent de mettre fin à sa participation à ces garanties, pour autant que cet avis soit transmis dans les 31 jours qui suivent le 1^{er} janvier ou le 1^{er} juillet de l'année concernée ; autrement, la décision de l'adhérent est reportée au 1^{er} juillet ou au 1^{er} janvier suivant;
- 11) pour l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, la date de réception par l'assureur de l'avis de terminaison;
- 12) la date à laquelle un employeur de salariés non syndiqués met fin à la participation au présent régime, pourvu que la durée minimale de 36 mois de participation à l'assurance frais dentaires ait été complétée.

Personne à charge

L'assurance de toute personne à charge prend fin à 23 h 59 min 59 s, à la première des dates suivantes :

- 1) la date de la fin du contrat;
- 2) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour cette personne à charge;

- 3) la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- 4) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge;
- 5) relativement à l'assurance maladie complémentaire, à l'assurance frais dentaires et à l'assurance vie des personnes à charge, la date de réception par l'employeur de l'avis de l'adhérent de mettre fin à la participation de ses personnes à charge à ces garanties.

LIMITATIONS GÉNÉRALES

Toutes les personnes assurées sont considérées comme étant assurées en vertu des Lois sur l'assurance hospitalisation et sur l'assurance maladie du Québec et les sommes versées par l'assureur ne peuvent en aucun temps excéder celles qui l'auraient été si la personne assurée avait été couverte en vertu de ces lois.

ADHÉRENT QUI PREND SA RETRAITE

Lorsqu'un adhérent prend sa retraite, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) le régime d'assurance collective se termine à la date de la retraite;
- 2) le salarié doit s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être couvert par le RGAM;
- 3) le salarié peut adhérer à un régime individuel d'assurance maladie offert aux retraités, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, en remplissant une demande d'adhésion à cet effet dans les 60 jours suivant la date de la retraite;
- 4) le salarié peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie sans garantie d'assurance en cas d'accident, à la condition d'en faire la demande dans les 31 jours qui suivent la fin de son assurance. Il en est de même pour toute personne à charge dont l'assurance prend fin.

Lorsqu'un adhérent atteint 65 ans, les dispositions suivantes s'appliquent :

- 1) l'assurance médicaments est automatiquement exemptée car l'adhérent devient assuré par le Régime général d'assurance médicaments. Trois options sont possibles. L'adhérent doit alors faire un choix et en aviser l'assureur par écrit, tel que décrit au paragraphe Assurance médicaments de la section PARTICIPATION À L'ASSURANCE;
- 2) l'assurance maladie complémentaire, l'assurance frais dentaires, l'assurance vie de base de l'adhérent, l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, l'assurance vie des personnes à charge et l'assurance salaire de courte durée se poursuivent;
- 3) l'assurance décès ou mutilation par accident et l'assurance salaire de longue durée se terminent.

TERMINAISON DE L'ASSURANCE MÉDICAMENTS, DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE, DE L'ASSURANCE FRAIS DENTAIRE ET DE L'ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE LORS DE LA FIN DE L'EXONÉRATION DES PRIMES

La terminaison de l'exonération des primes pour ces garanties après trois ans d'invalidité implique également la terminaison de l'assurance de l'adhérent invalide et de ses personnes à charge, le cas échéant, à ces garanties.

Conséquemment, l'adhérent doit adhérer au régime d'assurance collective de son conjoint afin d'être couvert par une assurance médicaments. Sinon, il doit s'inscrire auprès de la RAMQ afin de participer au RGAM.

L'adhérent peut également adhérer aux différents contrats individuels offerts par l'assureur selon ce qui est prévu au paragraphe **Droit de transformation** de chaque garantie.

Une communication sera transmise à l'adhérent par l'assureur deux mois avant la terminaison prévue de l'assurance pour l'en informer.

COORDINATION DES PRESTATIONS

Si une personne couverte par une garantie assujettie à la présente disposition relative à la coordination des prestations est également assurée en vertu d'un autre régime qui fournit des prestations semblables, le montant de ces prestations payables au cours d'une année quelconque fait l'objet d'une coordination.

La coordination des prestations en vertu du présent régime est effectuée selon les recommandations de l'association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc. de sorte que le total des paiements sous tous les régimes n'excède pas le total des frais admissibles engagés par la personne assurée.

DEMANDES DE PRESTATIONS

Le règlement des demandes repose sur l'analyse des renseignements transmis à l'aide des formulaires de demande de prestations. La rapidité du paiement des prestations dépend de la précision des renseignements qui y sont fournis. Ces formulaires sont disponibles auprès de l'employeur.

L'assureur n'est responsable d'aucune demande de prestation qui lui est soumise plus de 12 mois après la date de l'événement qui ouvre droit à la prestation.

Assurance vie, assurance décès ou mutilation par accident et assurance salaire

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

Assurance médicaments

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui offre le service de carte de paiement de médicaments, il suffit de présenter au pharmacien la carte sur laquelle est inscrit le numéro d'identification du salarié. Le mode de paiement prévu par le présent régime est « direct » et permet au salarié de déboursier uniquement la partie non assurée des frais de médicaments qu'il a engagés.

Pour l'achat de médicaments couverts par l'assurance dans une pharmacie qui n'offre pas le service de paiement par carte, l'adhérent doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées.

Dans le cas de la perte ou du vol de la carte de paiement de médicaments, le salarié doit communiquer sans délai avec l'assureur aux numéros indiqués à la fin de la présente section.

Assurance maladie complémentaire

L'assureur recommande au salarié assuré de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé.

Toutefois, dans le cas d'un accident entraînant un remboursement de frais, le salarié devrait expédier un avis écrit à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent la date de l'accident.

Pour toute demande de prestations, le salarié assuré doit remplir le formulaire de demande de remboursement prévu à cette fin et y attacher l'original des factures acquittées ou utiliser les services électroniques offerts par l'assureur.

Assurance frais dentaires

Pour le remboursement des frais dentaires, la personne assurée doit présenter la carte de paiement dentaire au dentiste participant. Cette carte permet au salarié de déboursier uniquement la partie non assurée des frais dentaires engagés.

Dans le cas d'un dentiste non participant, la personne assurée doit déboursier la totalité des honoraires pour les traitements reçus. L'adhérent doit alors soumettre une demande de prestations à l'assureur accompagnée des pièces justificatives à chaque période de 6 mois, ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie.

Les demandes de prestations dûment remplies doivent être adressées à :

**DESJARDINS SÉCURITÉ FINANCIÈRE,
COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE
200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec)
G6V 6R2**

Pour toute information supplémentaire concernant une demande de prestations, la personne assurée peut communiquer directement avec le service à la clientèle de l'assureur aux numéros de téléphone ci-dessous :

- Prestations d'assurance maladie, de frais dentaires et d'assurance voyage ou pour demander une nouvelle carte de paiement de médicaments :
 - 418 838-7843 (Région de Québec)
 - 1 800 463-7843 (autres régions, numéro sans frais)
- Prestations d'assurance salaire
 - 418 838-7750 (Région de Québec)
 - 1 877 838-7750 (autres régions, numéro sans frais)
- Vous pouvez également nous rejoindre par courrier électronique à l'adresse suivante :
 - servicecollectif@dsf.ca

Site internet pour les adhérents

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 la section Services en ligne, choisissez « Particuliers », puis cliquez sur « Assurance collective ».
- 2) S'il s'agit de votre première visite, cliquez sur « Inscrivez-vous maintenant » et suivez les instructions.
- 3) Si vous êtes déjà inscrit, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur « Confirmer ».
- 4) Dans la section Je me renseigne, cliquez sur « Information sur votre régime ».
- 5) Cliquez sur l'hyperlien « Salariés affiliés aux FTPQ, section locale 592 (FTQ), TASBI et non syndiqués ».

Une fois inscrit, vous pouvez également

- 1) adhérer au service de dépôt direct et d'avis électronique;
- 2) consulter l'historique et le stade de traitement de vos demandes de prestations d'assurance maladie et d'assurance frais dentaires;
- 3) imprimer des formulaires préremplis pour soumettre vos demandes de prestations;
- 4) visualiser l'évolution de l'analyse d'un plan de traitement soumis en assurance frais dentaires.

Pour accéder à ces informations, cliquez sur l'hyperlien correspondant de la section « Je veux ».

Demandes de modifications :

L'adhérent doit se procurer le ou les formulaires requis auprès de son employeur et les lui retourner dûment remplis.

N.B. La répartition des primes entre l'employeur et le technicien ambulancier paramédic est effectuée selon les dispositions prévues à cet effet dans la convention collective. Les primes des garanties d'assurance frais dentaires et d'assurance vie additionnelle de l'adhérent sont assumées en totalité par le technicien ambulancier paramédic.

Définitions du statut de salarié pour fins d'assurance :

- temps complet : un salarié ayant travaillé en moyenne 50 % ou plus de l'équivalent du temps complet au cours des six mois précédant la date de révision du pourcentage de temps travaillé (les 1^{er} janvier et 1^{er} juillet de chaque année).
- temps partiel : un salarié ayant travaillé en moyenne moins de 50 % de l'équivalent du temps complet au cours des six mois précédant la date de révision du pourcentage de temps travaillé (les 1^{er} janvier et 1^{er} juillet de chaque année).

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.

MC Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Ce document est imprimé sur du papier Cascades Rolland Enviro100.

