



Votre régime d'assurance **collective**

À L'INTENTION DES PHARMACIENS
MEMBRES DE L'ASSOCIATION DES PHARMACIENS
DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

Contrat numéro P9999

1^{ER} juin 2011

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

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

Dans cette brochure, le genre masculin désigne tant les femmes que les hommes et est utilisé sans aucune discrimination, dans le seul but d'alléger le texte.

Table des matières

EN UN COUP D'ŒIL.....	1
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	5
1.1 Définitions.....	5
1.2 Admissibilité et participation à l'assurance	9
1.3 Statut de protection (individuel, monoparental ou familial)	12
1.4 Droit d'exemption et fin du droit d'exemption.....	13
1.5 Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité.....	14
1.6 Entrée en vigueur de l'assurance.....	16
1.7 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	19
1.8 Droit de transformation	20
1.9 Absence temporaire du travail.....	21
1.10 Régime de congé à traitement différé	23
1.11 Retraite progressive.....	23
1.12 Adhérent qui prend sa retraite.....	24
1.13 Retraité qui retourne au travail	25
1.14 Adhérent invalide depuis 3 ans	25
1.15 Fin de l'assurance	26
2. ASSURANCE MÉDICAMENTS DU RÉGIME DE BASE, ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET ASSURANCE FRAIS DENTAIRES DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I....	28
2.1 Assurance médicaments (Régime de base – Obligatoire).....	28
2.2 Assurance maladie complémentaire (Complémentaire I – Obligatoire).....	29
2.3 Assurance frais dentaires (Complémentaire I – Obligatoire)	34
3. ASSURANCE VIE DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES I ET II.....	49
3.1 Assurance vie de l'adhérent (Complémentaire I – Obligatoire).....	49
3.2 Assurance vie des personnes à charge (Complémentaire II – Facultatif)	49
3.3 Assurance vie additionnelle de l'adhérent (Complémentaire II – Facultatif)	49
3.4 Assurance vie additionnelle du conjoint (Complémentaire II – Facultatif)	50
3.5 Exclusion.....	50
3.6 Paiement anticipé	51
3.7 Bénéficiaire	51

4.	ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I - OBLIGATOIRE	52
4.1	Montant de la rente.....	52
4.2	Délai de carence	52
4.3	Durée de la rente.....	52
4.4	Réduction de la rente	52
4.5	Indexation.....	53
4.6	Réadaptation	53
4.7	Exclusions.....	54
5.	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS	55
5.1	Assurance maladie et assurance frais dentaires.....	55
5.2	Assurance vie de l'adhérent et des personnes à charge	56
5.3	Assurance salaire de longue durée	56
5.4	Changement d'adresse	56
5.5	Où présenter une demande de prestations?	57
5.6	Dossier et renseignements personnels.....	57
5.7	Services Internet de SSQ.....	58
6.	ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE	60
6.1	Définitions	60
6.2	Assurance voyage avec assistance.....	61
6.3	Assurance annulation de voyage	66
6.4	Exclusions, limitations et coordination applicables aux garanties d'assurance voyage avec assistance ou d'assurance annulation de voyage	71
6.5	Comment faire une demande de prestations.....	74
	TABLEAU DES PRIMES PAR PÉRIODE DE 14 JOURS.....	76

EN UN COUP D'ŒIL

ASSURANCE MÉDICAMENTS, ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET ASSURANCE FRAIS DENTAIRES

GARANTIE	REMBOURSEMENT MAXIMAL OU AUTRE PAR ASSURÉ	% DE REMBOURSEMENT	PRESCRIPTION REQUISE
1- ASSURANCE MÉDICAMENTS (RÉGIME DE BASE – OBLIGATOIRE)			
Médicaments	Liste RAMQ	80 % sur les premiers 3 750 \$ de frais admissibles par certificat et 100 % par la suite	OUI
2- ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (COMPLÉMENTAIRE I – OBLIGATOIRE)			
Chambre d'hôpital	semi-privée	100 %	OUI
Ambulance	S/O*	100 %	NON
Transport (aller et retour) par avion ou par train d'un malade alité	S/O*	100 %	OUI
Assurance voyage avec assistance	5 000 000 \$/ séjour	100 %	OUI
Assurance annulation de voyage	5 000 \$/voyage	100 %	S/O*
Prothèse externe et membre artificiel	30 000 \$ / année civile	80 %	OUI
Appareil orthopédique	S/O*	80 %	OUI
Sang et plasma sanguin	S/O*	80 %	OUI
Appareil d'assistance respiratoire	S/O*	80 %	OUI
Fauteuil roulant ou lit d'hôpital	Besoin temporaire seulement	80 %	OUI
Injections sclérosantes	Frais admissibles de 20 \$/traitement	80 %	OUI
Chaussures orthopédiques	S/O*	80 %	OUI
Chirurgie dentaire ou esthétique en cas d'accident	5 000 \$/accident	80 %	NON

* Sans objet

GARANTIE	REMBOURSEMENT MAXIMAL OU AUTRE PAR ASSURÉ	% DE REMBOURSEMENT	PRESCRIPTION REQUISE
Infirmière et infirmière auxiliaire	Frais admissibles de 200 \$/jour et 4 000 \$/année civile	80 %	OUI
Physiothérapie	Frais admissibles de 30 \$/traitement	80 %	NON
Radiographie, analyse de laboratoire et électrocardiogramme	S/O*	80 %	OUI
Appareils thérapeutiques	10 000 \$ à vie	80 %	OUI
Pompe à insuline	Frais admissibles de 7 500 \$/60 mois	80 %	OUI
Frais d'entretien de la pompe à insuline	S/O*	80 %	OUI
Réfectomètre	Frais admissibles de 300 \$/60 mois	80 %	OUI
Appareil auditif	Frais admissibles de 500 \$/48 mois	80 %	OUI
Ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste	Frais admissibles de 20 \$/traitement et 20 traitements/année civile	80 %	NON
Bas de contention	3 paires/année civile (compression moyenne ou forte – 21 mm de Hg et plus)	80 %	OUI

* Sans objet

3- ASSURANCE FRAIS DENTAIRES (COMPLÉMENTAIRE I – OBLIGATOIRE)		
GARANTIE	% DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENT MAXIMAL OU AUTRE PAR ASSURÉ
Frais dentaires préventifs : - Diagnostic - Prévention et appareil de maintien	100 %	Remboursement maximal pour les soins dentaires préventifs, de base et de restauration majeure : 1 000 \$/année civile
Frais dentaires de base : - Restauration mineure - Endodontie - Traitements parodontaux - Chirurgie buccale et autres soins	60 %	
Frais dentaires de restauration majeure : - Restauration majeure et prothèse fixe - Prothèse amovible - Pont fixe	50 %	
Frais dentaires d'orthodontie	50 %	Remboursement maximal : 1 000 \$/à vie

ASSURANCE VIE	
GARANTIE	MONTANT D'ASSURANCE ET DESCRIPTION
A) Régime complémentaire I <ul style="list-style-type: none"> Assurance vie de l'adhérent (Obligatoire) 	1 fois le salaire annuel brut
B) Régime complémentaire II <ul style="list-style-type: none"> Assurance vie des personnes à charge (facultatif) Assurance vie additionnelle de l'adhérent (facultatif) Assurance vie additionnelle du conjoint (facultatif) 	<ul style="list-style-type: none"> Conjoint : 5 000 \$ Enfant : 2 500 \$ 1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut 25 000 \$ à 100 000 \$ par tranche de 5 000 \$
ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (COMPLÉMENTAIRE I – OBLIGATOIRE)	
<ul style="list-style-type: none"> Rente mensuelle Délai de carence Durée maximale du paiement de la rente Réduction Indexation 	100 % de la prestation nette reçue de l'employeur à la 105 ^e semaine d'invalidité a) temps complet dans un emploi permanent : 5 jours ouvrables + 104 semaines b) Autres : 7 jours de calendrier à compter de la date de rappel au travail + 104 semaines Jusqu'à l'âge de 65 ans Autres prestations payables Indice RRQ, maximum 3 % (maximum 5 % pour les invalidités ayant débuté avant le 1 ^{er} juin 2007)

Voir le texte de la brochure pour tous les détails relatifs à chacune des garanties et pour les EXCLUSIONS.

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 Définitions

a) Accident

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

b) Adhérent

Tout pharmacien assuré en vertu du présent régime.

c) Assuré

L'adhérent ou l'une de ses personnes à charge admis à l'assurance.

d) Employeur

Tout établissement visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* ou tout employeur ou catégorie d'employeur accepté par l'APES.

e) Hôpital

Un centre hospitalier, au sens des lois et des règlements sur les services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q., C.S-5 et C. S-4.2). Par centre hospitalier, on entend une installation ou un département où l'on reçoit des personnes pour 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.

f) Invalidité totale

Au cours d'une période initiale de 36 mois d'une période d'invalidité, un état d'incapacité 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, faisant l'objet d'un suivi médical et qui rend l'adhérent totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue et comportant une rémunération similaire qui lui est offert par l'employeur.

Par la suite, une « invalidité totale » est un état d'incapacité 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 rend l'adhérent totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice ou de faire un travail pouvant lui rapporter un profit ou un salaire et pour lesquels son éducation, sa formation et son expérience l'ont raisonnablement préparé.

g) Maladie

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.

h) Période d'invalidité totale

Au cours d'une période initiale de 36 mois, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 15 jours de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet à moins que l'adhérent n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente.

Par la suite, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de 6 mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet.

Toute période d'invalidité résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité précédente est reconnue être une nouvelle période d'invalidité totale, sauf si cette nouvelle invalidité survient au cours d'une période d'invalidité totale.

Toute période de réadaptation durant le délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité totale.

Restrictions

Une période d'invalidité résultant d'une maladie, d'une blessure ou d'une mutilation qui a été volontairement causée par l'adhérent lui-même, qu'il soit alors sain d'esprit ou non, d'alcoolisme ou de toxicomanie, d'une participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels, d'une guerre déclarée ou non

ou de service dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale aux fins des présentes.

Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité totale.

La période au cours de laquelle une adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CSST n'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale.

i) Personne à charge

Le conjoint ou un enfant à charge d'un adhérent tel que défini ci-après :

i) *Conjoint*

Une personne liée à l'adhérent par un mariage ou une union civile légalement reconnu ou, si l'adhérent la désigne par écrit à SSQ, une personne qu'il présente publiquement comme son conjoint, avec qui il fait régulièrement vie commune et parent d'un enfant issu de leur union ou, en l'absence d'un tel enfant, avec qui il fait régulièrement vie commune depuis au moins 1 an étant précisé que la dissolution du mariage par divorce ou annulation, ou la dissolution ou l'annulation de l'union civile, fait perdre ce statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait. La désignation de cette personne prend effet au moment de sa notification et annule la couverture de la personne désignée antérieurement comme conjoint.

ii) *Enfant à charge*

1. Tout enfant célibataire de l'adhérent, de son conjoint ou des deux ou à l'égard duquel l'adhérent ou son conjoint exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur, résidant ou domicilié au Canada et dont l'adhérent ou le conjoint assume le soutien;
 - âgé de moins de 18 ans;
 - âgé de 18 ans ou plus, mais de moins de 26 ans, étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, moyennant présentation d'une preuve à la satisfaction de SSQ;

- quel que soit son âge, atteint d'une invalidité totale alors qu'il répondait aux dispositions précédentes d'« enfant à charge » et est demeuré continuellement invalide depuis cette date.

Le terme « enfant à charge » comprend également l'enfant légalement adopté ou pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises ou une ordonnance de placement, conformément au régime d'adoption, a été délivrée.

Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux fins du régime d'assurance collective, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

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

2. Une personne majeure, sans conjoint, atteinte d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (RGAM) survenue avant qu'elle n'ait atteint l'âge de 18 ans, ne recevant aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur la sécurité du revenu*, domiciliée chez l'adhérent et sur laquelle l'adhérent ou son conjoint exercerait l'autorité parentale si elle était mineure.

Cependant, un enfant satisfaisant à la définition de « déficience fonctionnelle » tout en ne satisfaisant pas à la définition d'« invalidité totale » n'est pas admissible aux prestations de la garantie d'assurance vie des personnes à charge du Régime complémentaire II.

j) Pharmacien

Un pharmacien assujéti aux ententes entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'APES, certains pharmaciens participant au contrat d'assurance des cadres du secteur public et parapublic en vertu d'un droit acquis et désirant être intégrés au présent contrat, de même que tout pharmacien oeuvrant chez un employeur comme défini précédemment.

k) Salaires

Le salaire suivant le taux de l'échelle applicable à l'adhérent incluant, s'il y a lieu, toutes primes pour disparité régionale et pour les postes de coordonnateur et d'adjoint au chef du département ou du service de pharmacie, tel que prévu aux ententes régissant les conditions de travail.

1.2 Admissibilité et participation à l'assurance

a) Admissibilité

Les ententes de travail et le contrat d'assurance déterminent l'admissibilité des pharmaciens à l'assurance.

b) Participation à l'assurance

Les règles de participation à l'assurance sont les suivantes :

i) *Pharmacien*

1. Régime de base - assurance médicaments

La participation est obligatoire pour tout pharmacien admissible sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Pharmacien âgé de 65 ans ou plus

Un pharmacien ou un conjoint qui atteint l'âge de 65 ans est automatiquement assuré en vertu du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cependant, il a le choix de maintenir son assurance médicaments avec la RAMQ ou de s'assurer en vertu du régime de base - assurance médicaments. Pour ce faire, il doit mettre fin à sa participation au RGAM et se réinscrire au régime de base - assurance médicaments. La personne qui maintient son assurance médicaments auprès de la RAMQ peut se prévaloir du droit d'exemption au régime de base - assurance médicaments, mais ne peut plus par la suite réintégrer ce régime.

2. Régime complémentaire I - assurance maladie complémentaire, assurance frais dentaires, assurance vie de l'adhérent et assurance salaire de longue durée

La participation est obligatoire pour tout pharmacien admissible qui participe au régime de base ou en est exempté sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Toutefois, le pharmacien qui avait pris sa retraite et qui redevient admissible au présent régime en raison de son retour au travail peut renoncer de participer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. Pour ce faire, le pharmacien doit joindre à sa demande d'adhésion une lettre confirmant son désir de renoncer à la garantie d'assurance salaire de longue durée. À défaut de communiquer sa décision par écrit à SSQ au moment de l'adhésion, la garantie d'assurance salaire de longue durée est automatiquement accordée au pharmacien et le prélèvement des primes est effectué de la manière habituelle.

3. Régime complémentaire II - assurance vie additionnelle et assurance vie des personnes à charge

La participation est facultative pour tout pharmacien admissible sous réserve de ce qui est prévu ci-après :

- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle de l'adhérent, le pharmacien doit participer à l'assurance vie de l'adhérent du régime complémentaire I;
- pour pouvoir participer à l'assurance vie des personnes à charge, le pharmacien doit s'assurer selon un statut de protection monoparental ou familial aux régimes de base et complémentaire I ou s'être exempté;
- pour pouvoir participer à l'assurance vie additionnelle du conjoint, le pharmacien doit participer à l'assurance vie des personnes à charge.

4. Dispositions particulières pour le pharmacien travaillant 25 % ou moins du temps complet

La participation au régime complémentaire I est facultative pour tout pharmacien admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet. Pour pouvoir participer au régime ci-haut mentionné, le pharmacien doit participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues aux ententes.

Le pharmacien est exclu d'office à moins qu'il ne manifeste son désir de participer à l'assurance en le signifiant par écrit à l'employeur dans les 10 jours suivant l'avis de ce dernier l'informant de son pourcentage de temps travaillé par rapport au temps complet au cours de ses trois premiers mois d'emploi.

- S'il décide de participer à l'assurance au moment où il devient admissible, il doit maintenir sa participation à l'assurance tant qu'il travaille 25 % ou moins du temps complet;
- S'il décide de ne pas participer à l'assurance au moment où il devient admissible, il peut modifier son choix au 1^{er} janvier de chaque année.

Au 1^{er} janvier de chaque année, le pharmacien dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet peut cesser de participer à l'assurance.

- S'il conserve son assurance, il doit maintenir sa participation à l'assurance tant qu'il travaille 25 % ou moins du temps complet.
- S'il désire terminer son assurance, il doit en informer l'employeur en transmettant un avis écrit dans les 10 jours suivant l'avis de l'employeur l'informant de son pourcentage de temps travaillé. Si le pharmacien omet d'informer l'employeur dans le délai prévu de 10 jours, la participation au régime d'assurance se poursuit tant que le pourcentage du temps travaillé demeure à 25 % ou moins du temps complet.

Seul le pharmacien travaillant 25 % ou moins du temps complet qui a refusé ou demandé de ne plus être assuré peut modifier son choix le 1^{er} janvier de chaque année en le signifiant par écrit à l'employeur avant le 31 janvier de l'année concernée. S'il décide de s'assurer, il doit maintenir sa participation à l'assurance tant qu'il travaille 25 % ou moins du temps complet.

Nonobstant ce qui précède, le pharmacien déjà admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet qui ne participait pas à l'assurance en vertu des présentes et qui obtient un poste à plus de 25 % du temps complet doit adhérer au régime complémentaire I à ce moment, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

ii) Personnes à charge

1. Régime de base - assurance médicaments

La participation des personnes à charge est obligatoire, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

2. Régimes complémentaires I et II - assurance maladie complémentaire, assurance frais dentaires et assurance vie des personnes à charge.

La participation des personnes à charge est laissée au choix du pharmacien. Cependant, le statut de protection pour les régimes complémentaires I et II doit respecter certains critères. Les combinaisons permises sont présentées ci-après.

1.3 Statut de protection (individuel, monoparental ou familial)

Le pharmacien doit, pour les régimes de base - assurance médicaments et complémentaire I - assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires, choisir un statut de protection.

a) Statut de protection

- Statut de protection individuel : protège le pharmacien seulement
- Statut de protection monoparental : protège le pharmacien et son (ses) enfant (s) à charge
- Statut de protection familial : protège le pharmacien, son conjoint et leur(s) enfant(s) à charge

b) Régime de base – assurance médicaments

Tout pharmacien admissible est d'office assuré selon un statut de protection individuel. En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, il lui incombe d'assurer son conjoint et ses enfants à charge, le cas échéant.

c) Régime complémentaire I - Assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires

Le statut de protection du régime complémentaire I – assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires peut être individuel même si le statut de protection est monoparental ou familial dans le régime de base.

Les combinaisons suivantes sont permises :

Régimes	Scénarios			
	1	2	3	4
Base (assurance médicaments)	I	M	F	E
Complémentaire I – Assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires	I	I ou M	I, M ou F	I, M, F ou E
I = Statut de protection individuel M = Statut de protection monoparental F = Statut de protection familial E = Exempté				

N.B. Le statut de protection en assurance vie des personnes à charge doit être le même que celui choisi au régime complémentaire I.

1.4 Droit d'exemption et fin du droit d'exemption

a) Droit d'exemption

Un pharmacien admissible ou un adhérent peut refuser ou cesser de participer au régime de base ou à l'assurance maladie complémentaire et l'assurance frais dentaires du régime complémentaire I, en faisant parvenir une demande à cet effet à SSQ par l'intermédiaire de l'employeur. Pour ce faire, il doit établir que lui et ses personnes à charge, s'il y a lieu, sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires ou auprès de la RAMQ en regard du régime de base. L'exemption s'applique à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance frais dentaires de façon indissociable. Ce droit d'exemption prend alors effet le premier jour de la période de paie suivant l'acceptation de la demande par l'employeur.

N.B. : Pour bénéficier du droit d'exemption, le pharmacien doit fournir à l'employeur une copie du certificat d'assurance comportant le numéro de contrat ainsi que la brochure descriptive des garanties de cet autre régime d'assurance collective justifiant sa demande.

b) Fin du droit d'exemption

L'adhérent qui s'exempte de participer au régime de base - assurance médicaments ou au régime complémentaire I - assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires peut adhérer à nouveau au

régime dont il s'est exempté à condition qu'il établisse à la satisfaction de SSQ :

- qu'antérieurement, l'adhérent et ses personnes à charge, s'il y a lieu, étaient assurés en vertu du régime concerné ou de tout autre régime accordant des garanties similaires;
- qu'il est devenu impossible que l'adhérent et ses personnes à charge, s'il y a lieu, continuent d'être assurés par le régime ayant permis l'exemption;

et il doit présenter sa demande dans les 30 jours suivant la cessation de son assurance en vertu dudit régime. Son assurance prend alors effet à la date de la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si l'adhérent présente sa demande plus de 30 jours suivant la cessation de son assurance :

- son assurance prend effet le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ;
- l'assurance des personnes à charge prend effet le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ. Les primes du nouveau statut de protection sont exigibles à cette date. Cependant, aucune prestation n'est payable pour des frais d'assurance maladie complémentaire et d'assurance frais dentaires engagés par les personnes à charge au cours des 3 mois qui suivent la prise d'effet de leur assurance en vertu du régime complémentaire I.

Une justification de la cessation de l'assurance doit accompagner la demande de terminaison d'exemption.

1.5 Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité

a) Demande d'adhésion (Formulaire FV3135F)

L'adhésion à l'assurance est signifiée à SSQ par le biais d'une demande d'adhésion remplie par le pharmacien et transmise par l'employeur à SSQ dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité.

La demande d'adhésion doit indiquer le statut de protection que le pharmacien désire (individuel, monoparental ou familial), sous réserve des règles de participation pour les personnes à charge.

Un pharmacien admissible qui refuse ou omet de remplir sa demande d'adhésion est d'office et uniquement assuré en vertu du régime de base et du régime complémentaire I selon le statut de protection

individuel. La même règle s'applique dans le cas d'un pharmacien qui ne peut remplir sa demande d'adhésion, sauf que le statut de protection dans lequel il est inscrit est déterminé en fonction de l'état civil déclaré à l'employeur. Dans ce dernier cas, le pharmacien peut ultérieurement réviser ce choix de statut de protection, et ce, sans preuves d'assurabilité, à la condition que sa demande à cet effet soit présentée dans les 30 jours suivant la date à compter de laquelle il est en mesure de le faire.

b) Modification du statut de protection (Formulaire FV3135F)

Un adhérent assuré selon un statut de protection individuel ou monoparental peut choisir d'assurer ses personnes à charge, sans soumettre de preuves d'assurabilité pour ces personnes, dès qu'elles deviennent admissibles ou dès que ses personnes à charge cessent d'être assurées par un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires si la demande d'adhésion est présentée dans les 30 jours de la date d'admissibilité des personnes à charge ou de la cessation de ladite assurance.

Un adhérent assuré selon un statut de protection familial ou monoparental demeure assuré selon ce statut tant qu'il a des personnes à charge admissibles, étant précisé qu'un tel adhérent peut réduire son statut de protection en un statut de protection monoparental ou individuel seulement à compter du premier jour de la période de paie qui suit la réception par l'employeur d'un avis écrit à cet effet.

c) Preuves d'assurabilité et limitations

Si la demande d'adhésion (FV3135F) est reçue par SSQ plus de 30 jours suivant la date d'admissibilité du pharmacien ou de ses personnes à charge, selon le cas ou de la date de cessation de l'assurance ayant permis l'exemption :

- l'assurance du pharmacien prend effet le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ et pour autant, dans le cas du régime complémentaire I, que le pharmacien soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail.
- l'assurance des personnes à charge prend effet le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ pour les régimes de base et complémentaire I. Les primes du nouveau statut de protection sont exigibles à cette date. Cependant, aucune prestation n'est payable pour des frais d'assurance maladie complémentaire et d'assurance frais

dentaires engagés par les personnes à charge au cours des 3 mois qui suivent la prise d'effet de leur assurance en vertu du régime complémentaire I. De plus, les personnes à charge doivent fournir des preuves d'assurabilité pour la garantie d'assurance vie des personnes à charge. L'assurance vie des personnes à charge prend alors effet le premier jour de la période de paie qui suit la réception par l'employeur de l'acceptation de la demande d'adhésion par SSQ.

L'assurance vie additionnelle de l'adhérent, sauf pour les montants d'assurance accordés sans preuves, et l'assurance vie additionnelle du conjoint du régime complémentaire II sont assujetties à des preuves d'assurabilité en tout temps.

1.6 Entrée en vigueur de l'assurance

a) Pharmacien

i) Régime de base - assurance médicaments

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

1. la date du début de son admissibilité dans le cas d'un pharmacien nouvellement admissible;
2. la date de la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite dans les 30 jours de la cessation;
3. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception par SSQ de la demande d'adhésion si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite plus de 30 jours après la cessation.

ii) Régime complémentaire I - assurance maladie complémentaire, assurance frais dentaires, assurance vie de l'adhérent et assurance salaire de longue durée

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

1. la date du début de son admissibilité, pour autant qu'il soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail, dans le cas d'un pharmacien nouvellement admissible;
2. la date de la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite dans les 30 jours de la cessation relativement à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance frais dentaires;

3. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception par SSQ de la demande d'adhésion si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite plus de 30 jours après la cessation relativement à l'assurance maladie complémentaire et à l'assurance frais dentaires et pour autant que l'adhérent soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail;
4. le 1^{er} janvier de l'année, pour autant qu'il soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail, dans le cas d'un pharmacien dont le pourcentage de temps travaillé augmente à plus de 25 % du temps complet;
5. le 1^{er} janvier de l'année si la demande d'adhésion est remplie dans le délai prévu, pour autant qu'il soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail, dans le cas d'un retour à la participation pour un adhérent travaillant 25 % ou moins du temps complet.

iii) Régime complémentaire II - assurance vie additionnelle de l'adhérent

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

1. la date du début de son admissibilité, pour autant qu'il soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail dans le cas d'un pharmacien nouvellement admissible si la demande d'adhésion est transmise à SSQ dans le délai de 30 jours et s'il satisfait aux preuves d'assurabilité lorsque requises par SSQ;
2. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation de la demande d'adhésion par SSQ pour autant qu'il soit au travail ou apte au travail à cette date, sinon à la date de son retour effectif au travail lorsque la demande d'adhésion est transmise à SSQ au-delà du délai de 30 jours.

b) Personnes à charge

i) Régime de base - assurance médicaments

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

1. la date du début de son admissibilité s'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible et que la demande est faite dans les 30 jours de son admissibilité;

2. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ s'il s'agit d'une personne à charge admissible et que la demande est faite plus de 30 jours après son admissibilité;
3. la date de la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite dans les 30 jours de la cessation;
4. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite plus de 30 jours après la cessation.

En aucun cas, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant celle du pharmacien.

ii) Régime complémentaire I - assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires

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

1. la date du début de son admissibilité s'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible et que la demande est faite dans les 30 jours suivant la date de son admissibilité;
2. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ s'il s'agit d'une personne à charge admissible et que la demande est faite plus de 30 jours après son admissibilité;

Cependant, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés par les personnes à charge au cours des 3 mois qui suivent.

3. la date de la cessation de l'assurance ayant permis l'exemption si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite dans les 30 jours de la cessation;
4. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception de la demande d'adhésion par SSQ si une exemption de participation prend fin et que la demande est faite plus de 30 jours après la cessation.

Cependant, aucune prestation n'est payable pour des frais engagés par les personnes à charge au cours des 3 mois qui suivent.

En aucun cas, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant celle du pharmacien.

iii) Régime complémentaire II - assurance vie additionnelle du conjoint et assurance vie des personnes à charge

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

1. la date du début de son admissibilité s'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible et que la demande est faite dans les 30 jours de son admissibilité relativement à l'assurance vie des personnes à charge;
2. le premier jour de la période de paie qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation de la demande d'adhésion par SSQ.

En aucun cas, l'assurance des personnes à charge ne peut prendre effet avant celle du pharmacien.

1.7 Exonération des primes en cas d'invalidité totale

a) Assurance médicaments du régime de base, assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires du régime complémentaire I, assurance vie des personnes à charge et assurance vie additionnelle du conjoint du régime complémentaire II

Les primes d'un pharmacien engagé à temps complet dans un emploi permanent sont exonérées à compter du 6^e jour ouvrable suivant le début de l'invalidité pour une période d'invalidité ne dépassant pas 3 ans, sans toutefois excéder l'âge de 71 ans, pour autant que le contrat soit en vigueur.

Si l'adhérent reçoit des pleines prestations en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* et que l'invalidité ouvrant droit à ces prestations s'est produite avant le 62^e anniversaire de naissance de l'adhérent, l'exonération des primes se termine à 65 ans. Si l'invalidité se poursuit au-delà de cet âge, les primes de l'adhérent sont exonérées pour une période maximale de 3 ans sans excéder l'âge de 71 ans, pour autant qu'il continue à avoir droit aux pleines prestations.

b) Assurance vie de l'adhérent du régime complémentaire I et assurance vie additionnelle de l'adhérent du régime complémentaire II

Les primes d'un pharmacien engagé à temps complet dans un emploi permanent sont exonérées à compter du 6^e jour ouvrable suivant le début de l'invalidité, pour la durée de son invalidité sans toutefois

excéder le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent s'il est devenu invalide avant l'âge de 62 ans, ou pour une période maximale de 3 ans s'il est devenu invalide à l'âge de 62 ans ou après, mais sans dépasser l'âge de 71 ans, que le contrat demeure en vigueur ou non.

c) Assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I

Les primes d'un pharmacien engagé à temps complet dans un emploi permanent sont exonérées à compter du 6^e jour ouvrable suivant le début de l'invalidité, pour la durée de son invalidité, sans toutefois excéder l'âge de 65 ans, que le contrat demeure en vigueur ou non.

Dans le cas d'un adhérent qui n'est pas un pharmacien engagé à temps complet dans un emploi permanent, l'expression « 6^e jour ouvrable » mentionnée précédemment doit être remplacée par « 8^e jour civil à compter du premier jour auquel l'adhérent était requis de se présenter au travail ».

L'adhérent exonéré de primes doit effectuer, après l'expiration des 104 premières semaines d'invalidité, une demande d'exonération des primes à SSQ et soumettre, s'il y a lieu, dans les 31 jours de la demande de SSQ, des preuves satisfaisantes de la continuation de son invalidité totale, faute de quoi l'exonération prend fin à cette date.

Les primes relatives à une adhérente qui bénéficie d'un retrait préventif relié à une grossesse ou à l'allaitement approuvé par la CSST ne sont pas exonérées aux fins des présentes.

L'exonération des primes ne s'applique pas lorsqu'un pharmacien invalide est en assignation temporaire ou en affectation temporaire de travail et reçoit l'équivalent de 100 % de son salaire gagné avant l'invalidité.

1.8 Droit de transformation

a) Assurance vie (complémentaires I et II)

L'adhérent ainsi que ses personnes à charge assurées qui cessent d'être admissibles à la présente assurance avant la terminaison du contrat ont le droit de transformer, aux taux et conditions fixés par SSQ et sans déclaration de santé, la totalité ou une partie des montants d'assurance vie qu'ils détenaient, à la condition d'en faire la demande par écrit au siège social de SSQ dans les 31 jours suivant la cessation de leur admissibilité.

L'adhérent qui quitte le groupe pour s'engager dans les forces actives de l'armée de n'importe quel pays ne peut exercer le droit de transformation.

b) Assurance maladie (complémentaire I)

L'assuré peut obtenir sans déclaration de santé, par un contrat distinct, une protection d'assurance maladie aux taux et conditions fixés par SSQ et alors en vigueur pour ce genre de protection, à condition d'en faire la demande écrite au siège social de SSQ dans les 31 jours de l'un des événements suivants :

- i) L'adhérent cesse d'être admissible à la présente assurance avant la terminaison du contrat. Ce droit de transformation peut alors être exercé par l'adhérent pour lui-même et pour ses personnes à charge, s'il les protégeait.
- ii) Une personne à charge cesse d'être une personne à charge au sens du contrat.
- iii) L'adhérent décède.

1.9 Absence temporaire du travail

L'adhérent qui ne se prévaut pas des présentes dispositions permettant le maintien de son assurance dès le début des périodes concernées décrites ci-après ne peut le faire par la suite au cours de ces mêmes périodes.

a) Congé avec solde et congé sans solde de 28 jours ou moins

La participation est maintenue à tous les régimes. L'employeur et l'adhérent paient leur prime respective.

b) Congé sans solde de plus de 28 jours

La participation à tous les régimes est suspendue sauf pour l'assurance médicaments du régime de base pour la durée de l'absence et reprend automatiquement dès le retour au travail effectif avec rémunération. Le pharmacien peut toutefois maintenir en vigueur sa participation aux régimes complémentaires auxquels il participe en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue, conformément à la situation prévalant avant le début de cette absence, pour autant qu'il en avise l'employeur, par écrit, avant le début de l'absence.

Toutefois, la *Loi sur les normes du travail* prévoit que l'employeur doit maintenir le paiement de sa part de la prime dans le cas d'un pharmacien ayant maintenu sa participation à l'assurance lors d'un congé pour des raisons familiales ou parentales, selon les dispositions prévues par la loi.

Pour le pharmacien autre que celui engagé à temps complet dans un emploi permanent qui maintient sa participation aux régimes complémentaires, la prime est basée sur son salaire établi au prorata du temps complet, à partir du temps travaillé au cours des 12 semaines précédant le début de l'absence temporaire. Les prestations, advenant une invalidité débutant ou un décès survenant au cours de cette période, sont basées sur ce même salaire. Cependant la période de référence de 12 semaines utilisée pour déterminer le salaire à partir duquel sont établies la prime et les prestations de cet adhérent exclut toute période d'invalidité, de congé de maternité, d'adoption, de retrait préventif ou de congé sans solde de même que les vacances.

Si une invalidité survient alors que le pharmacien a maintenu en vigueur sa participation au régime complémentaire I, le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée est alors réputé avoir débuté à la date à laquelle le pharmacien doit normalement être de retour au travail.

Lorsque l'invalidité débute dans les 12 semaines qui suivent la date de la fin de sa période d'absence temporaire, les semaines de la période de référence où le pharmacien était en absence temporaire sont réputées avoir été rémunérées sur la même base que celle qui a permis d'établir la prime payable lors de l'absence temporaire.

c) Congédiement contesté

Dans le cas où un adhérent est congédié et que ce congédiement est contesté devant le Tribunal administratif du Québec, section des affaires sociales, la participation au régime de base est maintenue. L'adhérent peut, s'il le désire, maintenir sa participation aux régimes complémentaires auxquels il participait (à l'exception de la garantie d'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I) en payant lui-même, par l'intermédiaire de l'employeur, la prime totale prévue jusqu'à ce que la décision finale soit rendue.

Relativement à la garantie d'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I, l'assurance en vertu de cette garantie ne peut être maintenue jusqu'à ce que la décision finale portant sur ce congédiement soit connue. Si la décision est favorable au pharmacien, la protection en vertu de cette garantie est alors remise en vigueur à la date du congédiement et toute invalidité survenue durant cette période est reconnue, le délai de carence courant à compter de la date du début de l'invalidité. Les primes sont alors payables rétroactivement à la date du congédiement pour la période se terminant à la date de la décision ou la date de retour au travail si postérieure.

d) Suspension

Dans le cas où un pharmacien est suspendu pour une période de 28 jours ou moins, sa participation est maintenue durant la suspension 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.

Dans le cas où un pharmacien est suspendu pour une période supérieure à 28 jours, les règles applicables sont les mêmes que lors d'un congé sans solde de plus de 28 jours.

1.10 Régime de congé à traitement différé

a) Pendant la période de contribution du pharmacien

Le pharmacien qui participe au régime de congé à traitement différé maintient son assurance en vertu de tous les régimes auxquels il participait immédiatement avant le début du régime de congé à traitement différé. La prime des garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée ainsi que les prestations sont déterminées sur la base du salaire réduit ou, à la condition qu'il effectue son choix avant le début de sa participation au régime de congé à traitement différé, sur la base du salaire qu'il recevrait s'il ne participait pas au régime de congé à traitement différé.

b) Pendant la période de congé

Pendant le congé, les dispositions prévues lors d'un congé sans solde de plus de 28 jours s'appliquent au pharmacien. Toutefois, relativement aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée, si le pharmacien maintient sa participation à l'assurance, la prime ainsi que les prestations sont déterminées sur la base du salaire que le pharmacien a choisi au début de sa participation au régime de congé à traitement différé.

1.11 Retraite progressive

L'assurance d'un adhérent qui participe au programme de retraite progressive est maintenue en vigueur.

Relativement à la garantie d'assurance vie de l'adhérent et à la garantie d'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I et à la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent du régime complémentaire II, les prestations et la prime afférente sont établies sur la base du salaire versé par l'employeur à l'adhérent pour le temps

effectivement travaillé, en excluant tout congé de maladie ou rémunération reçue de l'employeur pour des journées non travaillées. De plus, pour la garantie d'assurance salaire de longue durée, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si l'entente concernant le programme de retraite progressive a une durée égale ou inférieure à 24 mois, la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée cesse lors de l'entrée en vigueur de l'entente;
- si l'entente concernant le programme de retraite progressive a une durée supérieure à 24 mois, la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée cesse au plus tard 24 mois avant la fin initialement prévue de l'entente. L'adhérent devenu invalide alors que l'assurance était toujours en vigueur continue toutefois de faire l'objet de prestations jusqu'à la fin initialement prévue de l'entente en vertu du programme de retraite progressive.

Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe précédent, la participation à l'assurance et le droit aux bénéficiaires se terminent à la fin de l'entente concernant le programme de retraite progressive.

1.12 Adhérent qui prend sa retraite

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

- a) son assurance en vertu du régime d'assurance collective se termine à la date de la retraite (l'assurance salaire de longue durée se termine au plus tard à 63 ans);
- b) s'il est âgé de moins de 65 ans, il 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;
- c) il peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, pour lui et ses personnes à charge s'il les protégeait, un contrat individuel d'assurance maladie sans garantie d'assurance médicaments, à la condition d'en faire la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours suivant la date de la retraite;
- d) il peut obtenir, sans preuves d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie sans garantie d'assurance en cas d'accident, à la condition d'en faire la demande par écrit à SSQ dans les 31 jours suivant la date de la retraite. Il en est de même pour toute personne à charge dont l'assurance vie prend fin.

1.13 Retraité qui retourne au travail

Lorsqu'un pharmacien qui a pris sa retraite retourne au travail, les dispositions suivantes s'appliquent :

- a) le pharmacien est soumis aux mêmes règles de participation au régime d'assurance collective qu'avant sa retraite. Il peut toutefois renoncer à participer à l'assurance salaire de longue durée;
- b) si le pharmacien est âgé de moins de 65 ans, il doit s'assurer en vertu du régime d'assurance collective pour son assurance médicaments et mettre fin à sa participation au RGAM administré par la RAMQ, s'il y a lieu;
- c) si le pharmacien est âgé de 65 ans ou plus, il peut s'exempter de l'assurance médicaments du régime d'assurance collective et maintenir sa participation au RGAM administré par la RAMQ. Il peut également s'assurer en vertu du régime d'assurance collective pour son assurance médicaments et mettre fin à sa participation au RGAM administré par la RAMQ.

1.14 Adhérent invalide depuis 3 ans

Après 3 ans d'invalidité, il y a terminaison de l'exonération des primes du régime de base, de l'assurance maladie complémentaire et de l'assurance frais dentaires du régime complémentaire I ainsi que de l'assurance vie des personnes à charge et de l'assurance vie additionnelle du conjoint du régime complémentaire II. Ceci implique également la terminaison de la participation à ces garanties pour l'adhérent invalide et ses personnes à charge, le cas échéant. Toutefois, la période maximale d'exonération des primes peut être différente si l'adhérent reçoit des pleines prestations en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* comme indiqué au point 1.7 a) de la présente brochure.

Par conséquent, si l'adhérent est âgé de moins de 65 ans, il 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.

De plus, il peut souscrire un ou plusieurs des contrats individuels offerts par SSQ selon ce qui est prévu en vertu du droit de transformation.

Une lettre sera envoyée à l'adhérent par SSQ avant la terminaison de ces garanties pour l'en informer.

1.15 Fin de l'assurance

a) De l'adhérent

L'assurance de l'adhérent se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat; sous réserve de la clause d'exonération des primes;
- la date où il cesse de remplir les conditions d'admissibilité sous réserve du droit de transformation prévu à toute garantie d'assurance vie du présent régime;
- la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que l'adhérent demeure admissible à l'assurance et assume le paiement de sa prime;
- la date où l'adhérent prend sa retraite;
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée par l'adhérent;
- dans le cas des garanties d'assurance médicaments du régime de base, d'assurance maladie complémentaire et d'assurance frais dentaires (indissociables) du régime complémentaire I, la fin de la période de paie au cours de laquelle l'adhérent s'exempte;
- dans le cas de la garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent du régime complémentaire II, la fin de la période de paie au cours de laquelle l'adhérent signifie à l'employeur sa volonté de cesser de participer à cette garantie;
- dans le cas de la garantie d'assurance salaire de longue durée du régime complémentaire I, la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 63 ans;
- dans le cas des régimes complémentaires, le 1^{er} janvier de l'année où l'adhérent signifie à l'employeur sa volonté de cesser de participer à l'assurance parce que son pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet.

b) Des personnes à charge

Régimes de base - assurance médicaments, complémentaire I - assurance maladie complémentaire et assurance frais dentaires et complémentaire II - assurance vie additionnelle du conjoint et assurance vie des personnes à charge

L'assurance des personnes à charge se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison de l'assurance de l'adhérent;
- la date où elle cesse de répondre à la définition de personne à charge (voir la définition i) à la section 1.1, « Définitions »);
- la date où un adhérent assuré selon une protection familiale ou monoparentale choisit de s'assurer selon une protection individuelle ou la date où un adhérent assuré selon une protection familiale choisit de s'assurer selon une protection monoparentale;
- dans le cas des garanties d'assurance vie additionnelle du conjoint et d'assurance vie des personnes à charge du régime complémentaire II, la fin de la période de paie au cours de laquelle l'adhérent signifie à l'employeur sa volonté de cesser de participer à la garantie concernée.

2. ASSURANCE MÉDICAMENTS DU RÉGIME DE BASE, ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET ASSURANCE FRAIS DENTAIRES DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I

Lorsqu'un assuré engage les frais décrits ci-après, SSQ paie le pourcentage déterminé de ces frais.

Les frais couverts en vertu des garanties décrites ci-après sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services nécessaires à la suite d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse, d'une complication d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée à la planification familiale. Les frais admissibles doivent être prescrits par un médecin à moins d'indications contraires à cet effet.

Professionnels de la santé

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements rendus 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, d'une association professionnelle pertinente reconnue par SSQ. Les produits fournis par ce professionnel ne sont pas admissibles. Un seul traitement par jour par le même professionnel est admissible et le professionnel ne doit pas résider ordinairement dans la maison de l'assuré ou ni être parent avec lui.

Régimes publics d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation

Tous les assurés sont considérés comme étant couverts en vertu des lois sur l'assurance hospitalisation et sur l'assurance maladie de leur province de résidence. Les prestations payables par SSQ ne dépasseront celles qui l'auraient été si l'assuré avait été couvert en vertu de ces lois.

2.1 Assurance médicaments (Régime de base – Obligatoire)

a) Médicaments admissibles

Les frais de médicaments admissibles sont remboursables à 80 % pour les premiers 3 750 \$ de frais admissibles réellement engagés et à 100 % pour l'excédent. Le palier de 3 750 \$ s'applique par année civile et par certificat.

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

Les médicaments visés sont limités à ceux prévus sous le RGAM et selon les conditions qui y sont déterminées et non payables en vertu de tout autre régime public ou privé.

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 applicable au RGAM.

L'ensemble des produits antitabac autres que ceux dits « médicaments d'exception dans la liste RAMQ » sont sujets au même maximum annuel de frais admissibles que celui de la RAMQ.

La contribution du patient exigée pour un assuré couvert sous le RGAM de la RAMQ n'est pas couverte.

b) Carte à paiement direct

L'assuré peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations. La marche à suivre est décrite à la section « Comment faire une demande de prestations et autres renseignements ».

c) Réduction

Les prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé sont déduites de toute prestation payable en vertu du présent régime.

d) Coordination

Lorsqu'un assuré est assuré par plus d'un contrat d'assurance collective, le remboursement total des assureurs ne peut en aucun cas être supérieur au montant total des frais engagés.

2.2 Assurance maladie complémentaire (Complémentaire I – Obligatoire)

a) Frais admissibles remboursables à 100 %

- **Chambre d'hôpital** : coût quotidien de la chambre semi-privée en excédent des frais hospitaliers en salle ordinaire, lorsqu'un assuré est admis dans un hôpital au Canada dans une chambre privée ou semi-privée, sans limite quant au nombre de jours.

Exclusion

La contribution pour un adulte hébergé assuré exigée par un établissement pour l'hébergement ou les soins de longue durée

de même que les frais administratifs demandés par l'hôpital à l'assuré ne sont pas admissibles.

- **Ambulance (prescription médicale non requise)** : lorsque l'état de santé de l'assuré le requiert, transport en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près où les soins sont disponibles, par un ambulancier licencié, y compris le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus durant ou immédiatement avant le transport.
- **Transport (aller et retour) par avion ou par train d'un malade alité** : occupant l'équivalent de 2 sièges individuels lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport. La nécessité médicale doit être démontrée à la satisfaction de SSQ.
- **Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage** : l'assurance maladie complémentaire comprend une garantie complète d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage. Les frais admissibles sont remboursés à 100 %. Pour connaître le contenu détaillé de ces garanties, nous vous référons à la section 6 de la présente brochure, à la page 60.

b) Frais admissibles remboursables à 80 %

- **Prothèse externe et membre artificiel** : achat de prothèse externe ou de membre artificiel, à la condition que l'invalidité causant la perte du membre naturel survienne en cours d'assurance jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 000 \$ par assuré, par année civile.
- **Appareil orthopédique** : achat de pansements, corsets orthopédiques, béquilles, attelles, plâtre, bandages herniaires, orthèses podiatriques et autres appareils orthopédiques. Les frais couverts pour les orthèses du pied sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied. Ces orthèses doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*.
- **Sang et plasma sanguin** : achat.
- **Appareil d'assistance respiratoire** : location ou achat, lorsque plus économique, d'un appareil d'assistance respiratoire et l'oxygène.

- **Fauteuil roulant** : location, pour combler un besoin temporaire seulement, d'un fauteuil roulant non motorisé d'un genre habituellement en usage dans un centre hospitalier.
- **Lit d'hôpital** : location, pour combler un besoin temporaire seulement, d'un lit d'hôpital d'un genre habituellement en usage dans un centre hospitalier.
- **Médicament de l'injection sclérosante** : pour le traitement des varices, lorsqu'administré pour des raisons d'ordre uniquement médical, sur présentation de comptes convenablement détaillés et dûment acquittés, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 20 \$ pour chaque traitement.
- **Chaussures orthopédiques** : achat de chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour l'assuré à partir d'un moulage. Les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit, nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne, sont admissibles lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied. Ces chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Sont également couverts les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées.

Exclusion :

Les chaussures profondes ainsi que toute forme de sandales ne sont pas admissibles.

- **Honoraires professionnels de chirurgien dentiste (prescription médicale non requise)** : pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies du fait d'un accident, de même que les frais de chirurgie esthétique nécessaires à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident et engagés dans les 3 ans de la date de l'accident, à la condition que les services concernés aient commencé à être rendus dans les 12 mois de la date de l'accident, que la présente garantie demeure ou non en vigueur, et pourvu que dans tous les cas, l'accident soit survenu alors que l'assuré était protégé en vertu de la présente garantie. Le remboursement maximal total est de 5 000 \$ par assuré pour un même accident.
- **Honoraires d'une infirmière ou d'une infirmière auxiliaire** : au service continu et exclusif de l'assuré à son domicile, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 200 \$ par jour et d'un remboursement maximal de 4 000 \$ par assuré, par année civile.

- **Traitements de physiothérapie (prescription médicale non requise)** : rendus en clinique privée par un physiothérapeute ou par un thérapeute en réadaptation physique sous la supervision d'un physiothérapeute ou d'un physiatre, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement.
- **Radiographie, analyse de laboratoire et électrocardiogramme** : subis à l'extérieur d'un hôpital pour fins de prévention ou de diagnostic.
- **Appareils thérapeutiques** : location d'appareils thérapeutiques ou achat, lorsque ce dernier mode est plus économique, incluant l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable d'un organe ou d'un membre, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage. Le remboursement maximal à vie est de 10 000 \$ par assuré. Pour vous assurer de l'admissibilité de l'appareil, vérifiez auprès de SSQ.

La présente garantie ne couvre pas les appareils de contrôle tels que réflectomètre (l'appareil servant à mesurer le taux de glucose sanguin est couvert en vertu d'une garantie distincte), dextromètre, stéthoscope, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature ainsi que les accessoires domestiques tels que bain tourbillon, purificateur d'air, humidificateur, climatiseur ou autres appareils de même nature.

- **Pompe à insuline** : achat d'une pompe à insuline, jusqu'à concurrence de 7 500 \$ de frais admissibles par période de 60 mois, par assuré. Les frais d'entretien (tubulures et cathéters) sont également considérés comme des frais admissibles mais ne sont pas assujettis à un montant maximal de remboursement.
- Achat, ajustement, remplacement ou réparation d'un **appareil servant à mesurer le taux de glucose sanguin** (réflectomètre) jusqu'à concurrence de 300 \$ de frais admissibles par assuré par période de 60 mois.
- Achat, ajustement, remplacement ou réparation d'un **appareil auditif** jusqu'à concurrence de 500 \$ de frais admissibles par assuré pour toute période de 48 mois consécutifs.
- Honoraires professionnels d'un **ergothérapeute, orthophoniste et audiologiste (prescription médicale non requise)** jusqu'à concurrence de frais admissibles de 20 \$ par traitement et d'un nombre maximal de 20 traitements par assuré par année civile pour chacune des disciplines impliquées.

- **Bas de contention** : achat de bas de contention à compression moyenne ou forte (21 mm de Hg et plus), fournis dans une pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 paires par assuré, par année civile.

c) Exclusions

Aucune prestation n'est payable pour :

- les services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels l'assuré ne serait pas tenu de payer en l'absence du présent régime;
- les frais de médicaments, les frais médicaux ou les services couverts en vertu de tout régime public (sauf ceux expressément couverts par le présent régime) ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes;
- les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour voyages de santé;
- les produits, appareils ou services utilisés à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- les frais engagés pour des soins esthétiques sauf si spécifié autrement;
- les frais engagés du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit;
- les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou de service dans les forces armées;
- les prothèses dentaires, les lunettes et les lentilles cornéennes;

- les frais engagés pour une appréciation de la vision;
- les frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement.

d) Réduction

Les prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé, individuel ou collectif sont déduites de toutes prestations payables en vertu de la présente garantie.

e) Coordination

Lorsqu'un assuré est assuré par plus d'un contrat d'assurance collective, le remboursement total des assureurs ne peut en aucun cas être supérieur au montant total des frais engagés.

2.3 Assurance frais dentaires (Complémentaire I – Obligatoire)

Les frais couverts en vertu de la présente garantie sont ceux qui s'appliquent à des services rendus par un chirurgien dentiste légalement reconnu ou par un denturologiste légalement autorisé ou par un hygiéniste dentaire sous la supervision d'un dentiste, et correspondent aux frais réellement engagés par l'assuré jusqu'à concurrence des montants prévus au guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province où les soins ont été fournis et pour l'année au cours de laquelle les frais ont été engagés. Les frais admissibles de laboratoire sont cependant limités à 50 % des honoraires prévus par l'acte bucco-dentaire concerné. Les services doivent être reçus alors que le présent contrat est en vigueur.

Carte à paiement direct

L'assuré peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations. La marche à suivre est décrite à la section « Comment faire une demande de prestations et autres renseignements ».

1) Remboursement maximal :

- a) Frais dentaires préventifs, de base et de restauration majeure
1 000 \$ par année civile, par assuré
- b) Frais dentaires d'orthodontie
1 000 \$ à vie, par assuré

2) Frais couverts :

(Les codes de frais dentaires présentés ci-après sont ceux de la nomenclature du guide ACDQ - 2011).

a) Frais dentaires préventifs

Les frais dentaires suivants sont remboursables à 100 % :

Diagnostic

- i) Examen buccal clinique
- examen pour les enfants de moins de 10 ans : 1 fois par période de 12 mois (01250)
 - examen de rappel ou périodique : 1 examen par période de 9 mois (01200)
 - examen complet ou stomatognatique : un examen par période de 36 mois (01110, 01120, 01130, 01600)
 - 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)

Les frais admissibles maximums pour les enfants à charge assurés sont établis selon l'âge de l'enfant.

- de 0 à 5 ans : les frais admissibles maximums sont ceux prévus à l'acte numéro 01110.
- de 6 à 11 ans : les frais admissibles maximums sont ceux prévus à l'acte numéro 01120.
- de 12 ans et plus : les frais admissibles maximums sont ceux prévus à l'acte numéro 01130.

ii) Radiographies

film intra-oral

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

film extra-oral

- pellicule extra-orale (02201, 02202)
 - examen des sinus (02304)
 - sialographie (02400)
 - utilisation d'une substance radio-opaque pour démontrer les lésions (02430)
 - articulation temporo-mandibulaire (02504)
 - pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois (02600)
 - film céphalométrique (02701, 02702)
 - duplicata de radiographie : 2 duplicatas par année civile (93211)
- iii) Test et examen de laboratoire
- culture bactériologique pour la détermination d'agents pathologiques (04100)
 - test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois (03100)
- iv) Biopsie de tissu mou et de tissu dur (04302, 04311, 04312)
- v) Examen cytologique (04401 à 04403)
- vi) Modèle de diagnostic
- non monté (04501, 04502)
 - monté (04510, 04520)
 - cirage de diagnostic (04730)
(est exclu si associé à un traitement de restauration).

Prévention et appareil de maintien

- i) Prévention
- a) Polissage de la partie coronaire des dents : 1 fois par période de 9 mois
- dentition primaire (11100)
 - dentition mixte (11200)
 - dentition permanente (11300)

- b) Application topique de fluorure : 1 fois par période de 9 mois (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts) (12400)
- c) Analyse de la diète et recommandation : 1 fois à vie (13100)
- d) Instruction initiale d'hygiène buccale : 1 fois à vie (13200)
- e) Reprise des soins d'hygiène buccale : 1 fois à vie (13210)
- f) Programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile (13220)
- g) Finition des obturations (13300, 13301)
- h) Scellants de puits et fissures : seulement sur les dents postérieures permanentes des enfants âgés de moins de 14 ans et une fois par période de 36 mois pour une même dent (13401, 13404)
- i) Contrôle de la carie (13600)
- j) Meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts) (13700)
- k) Odontotomie prophylactique (est inclus dans les scellants de puits et fissures si fait lors de la même séance) (13710)

Les frais admissibles maximums pour les enfants à charge assurés sont établis selon l'âge de l'enfant.

- de 0 à 5 ans : les frais admissibles maximums sont ceux prévus à l'acte numéro 11100.
- de 6 à 11 ans : les frais admissibles maximums sont ceux prévus à l'acte numéro 11200.
- de 12 ans et plus : les frais admissibles maximums sont ceux prévus à l'acte numéro 11300.

ii) Appareil de maintien

- a) Arc lingual soudé (bilatéral) (15108 à 15110)
- b) Partiel fixe-pontiques attachés à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes (15111)
- c) Arc lingual amovible - arc d'Ellis (15120)

- d) Couronne en acier ou bague
 - avec attachement unilatéral (15200)
 - avec attachement intra-alvéolaire (15210)
- e) Appareil alvéolaire amovible en acrylique (15400, 15410, 15420)

(Une fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée - seuls les enfants de moins de 14 ans sont couverts).

- iii) Corrections des habitudes buccales
 - a) Évaluation myofonctionnelle : 1 fois par période de 24 mois (14045)
 - b) Motivation du patient : 1 fois à vie (14050)
 - c) Appareil amovible pour la correction des habitudes buccales : 1 fois par période de 24 mois (14100 à 14102, 14201, 14202)
 - d) Myothérapie : 5 fois à vie (14300)

b) Frais dentaires de base

Les frais dentaires suivants sont remboursables à 60 % :

Restauration mineure

- i) Restauration en amalgame (21101 à 21105, 21121 à 21125, 21211 à 21215, 21221 à 21225, 21231 à 21235, 21241 à 21245)
- ii) Restauration en composite sur les antérieures et les prémolaires (l'équivalent de l'amalgame est remboursé lorsqu'une restauration en composite est réclamée sur les molaires) (23111 à 23115, 23118, 23210 à 23215, 23220 à 23225, 23311 à 23315, 23411 à 23415)
- iii) Facette sur antérieures et prémolaires fabriquée au fauteuil comme simple obturation : 1 fois par période de 12 mois pour une même dent (23122)
- iv) Tenons pour restauration (21301 à 21304)

- v) Réparation d'une couronne ou d'une facette au fauteuil pour une même dent (27721, 27722, 27723)
- vi) Recimentation de pont, d'incrustation, de couronne, de facette ou de pivot : 2 fois par année civile pour une même dent (29100, 66620)
- vii) Supplément pour une obturation sous la structure d'un appareil ou d'une prothèse amovible existante (21601)
- viii) Supplément pour mordançage de la restauration : 2 fois par année civile (29200)
- ix) Enlèvement d'un pivot déjà cimenté (27712)

(Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par période de 12 mois).

Endodontie

- i) Urgence endodontique
 - a) Pulpotomie (32201, 32202, 32210)
 - ouverture de la dent (à travers une dent naturelle) (39201, 39202)
 - b) Pulpectomie d'urgence
 - dent primaire (y compris trépanation de la couronne) (39901 à 39904)
 - pansement sédatif et coiffage de pulpe (direct et indirect) (20111, 20121)
- ii) Traumatisme endodontique
 - meulage et polissage d'une dent traumatisée (20131)
 - recimentation d'un fragment de dent brisé (20161)
 - meulagesélectifpoursoulageruneocclusiontraumatique, acte distinct (39970)
 - réimplantation d'une dent avulsée (39981)
 - reposition d'une dent déplacée par traumatisme (39985)
 - réparation de perforation (34511)
- iii) Traitement endodontique général
 - préparation de la dent en vue d'un traitement (32101, 32102, 39100, 39110, 39120)

- traitement de canal (33100, 33200, 33300, 33400, 33475)
 - retraitement de canal (33110, 33210, 33310, 33410)
 - nettoyage et mise en forme (33101, 33111, 33201, 33211, 33301, 33311, 33401, 33411)
 - obturation canalaire (33102, 33112, 33202, 33212, 33302, 33312, 33402, 33412)
- iv) Apexification (33521 à 33524, 33531 à 33534, 33541 à 33544)
- v) Chirurgie endodontique
- apectomie (34101 à 34104, 34111, 34112, 34114, 34115)
 - apectomie et retraitement de canal conjoints (34171, 34172, 34174, 34175)
 - obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal) (34201 à 34203, 34212, 34215)
 - amputation de racine (34401, 34402)
 - hémisection (39230)
 - réimplantation intentionnelle (34451 à 34453)

Traitements parodontaux

- i) Soins des infections aiguës et autres lésions (41200)
- ii) Application d'agent désensibilisant (41300)
- iii) 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, 42001)
- iv) Chirurgie parodontale (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée) (42002, 42003, 42010, 42100, 42200, 42300, 42301, 42330, 42331, 42400, 42441, 42451, 42560, 42561, 42565, 42570, 42575, 42611, 42711, 42720)
- v) Jumelage (sauf jumelage avec treillis de type Maryland) (43200, 43211, 43212, 43260, 43295)
- vi) Services complémentaires
- équilibration mineure : 3 fois par année civile (43300)
 - équilibration majeure : 1 fois par année civile (43310)
 - appareil pour le bruxisme : 1 fois par période de 60 mois (43611, 43612, 43711, 43712)

- réparation de l'appareil pour le bruxisme :
1 fois par année civile (43622, 43732)
 - regarnissage de l'appareil pour le bruxisme
(43631, 43741)
 - irrigation parodontale (49211)
- vii) Détartrage : 1 fois par période de 9 mois
(43411 à 43414, 43417)

Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible

- i) Balancement d'une prothèse complète ou partielle
(54300 à 54302)
- ii) Ajustement d'une prothèse (54250, 54251)
- iii) Réparations avec ou sans empreinte
(55101 à 55104, 55201 à 55204)
- iv) Ajouts de structure à un partiel (55520, 55530)
- v) Nettoyage et polissage de prothèse (55700)
- vi) Duplicata d'une prothèse (56100, 56101)
- vii) Rebasage, regarnissage (56200, 56201, 56210, 56211, 56220 à 56222, 56230 à 56232, 56260 à 56263, 56280, 56290)
- viii) Garnissage temporaire thérapeutique (56270 à 56273)
- ix) Remplacement des dents d'une prothèse (56602)
- x) Récupération de hauteur verticale par l'ajout d'acrylique à une prothèse existante (56631)
- xi) Obturateur palatin (57202)

Réparation de pont fixe

- i) Réparations (sauf l'ablation d'un pont devant être remplacé, par unité de pilier) (63031, 66600, 66601, 66710, 66720, 66723)

Chirurgie buccale

- i) Ablation de dent ayant fait éruption sans complication
(71101, 71111, 71121)
- ii) Ablation complexe de dent ayant fait éruption, de dent incluse et de racine (72100, 72110, 72210, 72220, 72230, 72240, 72300, 72310, 72320, 72350)

- iii) Exposition chirurgicale d'une dent (72410 à 72412)
- iv) Transplantation d'une dent (72430)
- v) Reposition d'une dent par chirurgie (72440)
- vi) Énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule (72450)
- vii) Alvéolectomie (73020)
- viii) Alvéoloplastie et stomatoplastie (73110, 73123)
- ix) Ostéoplastie (73133 à 73135, 73140)
- x) Tubéroplastie (73150, 73151)
- xi) Ablation de tissu hyperplasique (73171 à 73176)
- xii) Ablation de surplus de muqueuse (73181 à 73186)
- xiii) Reconstruction du procès alvéolaire (73360, 73361)
- xiv) Extension des replis muqueux
(73381 à 73384, 73401 à 73404)
- xv) Ablation de tumeur ou kyste (74108, 74109, 74408 à 74410)
- xvi) Incision et drainage (75100, 75101, 75110, 75301, 75361)
- xvii) Réduction de fracture (76210, 76310, 76910 à 76913)
- xviii) Réparation d'une lacération de tissu mou (76950, 76951)
- xix) Lacération de part en part (76952, 76953)
- xx) Frénectomie (77801 à 77803)
- xxi) Dislocation de la mandibule (78110, 78111)
- xxii) Traitement des glandes salivaires
(79103 à 79106, 79113, 79144)
- xxiii) Récupération d'une racine dentaire ou d'un corps étranger
dans l'antrum (79301, 79303)
- xxiv) Lavage de l'antrum (79304, 79305)
- xxv) Fermeture d'une fistule oro-antrale (79306 à 79308)

xxvi) Contrôle d'hémorragie (79400, 79401)

xxvii) Traitement post-chirurgical (79601, 79602)

Services généraux

- i) Anesthésie locale (04470, 04471, 91110, 91200)
- ii) Sédation consciente par inhalation, par intraveineuse, hypnose ou par voie orale (92311 à 92318, 92331 à 92338, 92400, 92421 à 92428)
- iii) Injections thérapeutiques (79651, 79652)
- iv) Autre médicament, sur acceptation de SSQ (99666)

c) Frais dentaires de restauration majeure

Les frais dentaires suivants sont remboursables à 50 % :

Restauration majeure et prothèse fixe

- i) Aurification : 1 fois par période de 60 mois pour une même dent (24101, 24102)
- ii) Incrustation : 1 fois par période de 60 mois pour une même dent
 - métal (25100, 25200, 25300, 25500)
 - tenon de rétention dans l'incrustation (25601 à 25604)
 - porcelaine, résine ou céramique (25121 à 25123, 25521)
- iii) Pivot préfabriqué et reconstruction à travers une couronne ou un pilier de pont existant (25751 à 25753, 25771 à 25773)
- iv) Couronne : 1 fois par période de 12 mois pour une même dent
 - en acier inoxydable préfabriquée (22201, 22202, 22211, 22311)
 - en polycarbonate ou autre matériel similaire (22401, 22411, 22501, 22511)
- v) Couronne individuelle
 - acrylique cuit (27100)

- intermédiaire de transition, en acrylique (27130, 27140, 27150)
 - porcelaine, résine ou céramique (27200)
 - porcelaine métal (27210)
 - métal précieux ou non (couronne complète) (27300)
 - porcelaine, céramique, résine ou métal (précieux ou non) (couronne 3/4) (27310)
- vi) Corps coulé (27640, 27700, 27701, 27707, 27710 à 27711)
- vii) Facette sur antérieures et prémolaires fabriquée en laboratoire : 1 fois par période de 60 mois pour une même dent (23121)
- viii) Autres services
- supplément pour la fabrication d'une couronne (27401)
 - capuchon, métal précieux ou non (28211)
- ix) Pivot préfabriqué (29501 à 29503)
- x) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne (29600)
- xi) Jumelage avec appui métallique coulé, lié par mordantage à l'acide, par dent : 1 fois par période de 60 mois (43290)

Prothèse amovible

- i) Prothèse complète
- prothèse complète (51100, 51110, 51120, 51201 à 51203)
 - prothèse immédiate (51300, 51310, 51320)
 - prothèse immédiate de transition (51600, 51610, 51620)
 - prothèse hybride (51701 à 51703, 51711 à 51713)
- ii) Prothèse partielle amovible
- prothèse partielle immédiate ou de transition (52101 à 52103, 52120 à 52124, 52129, 52230 à 52232)

- prothèse partielle avec base coulée (52400, 52410, 52420, 52500, 52510, 52520, 52530, 52541)
- prothèse partielle avec attaches de semi-précision ou de précision (52600, 52610, 52620)
- prothèse partielle coulée de type semi-précision (52601, 52611, 52630)
- prothèse partielle hybride (52701, 52702)
- prothèse partielle coulée (chrome, cobalt) avec appuis et crochets, avec ou sans selle libre (53131 à 53133, 53150, 53221 à 53223)
- prothèse partielle, réfection (56411 à 56413)
- analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle : 1 fois par période de 60 mois (59101, 59102)

Pont fixe

- i) Pontique (62000, 62100, 62502, 62510)
- ii) Pontique de transition, s'il ne fait pas partie du traitement de pontique principal (62700 à 62702, 62801)
- iii) Pont Papillon (Maryland, Rochette ou autres) (65500, 65510)
- iv) Pilier (sauf acrylique fabriqué durant la guérison (de transition) et barre de rétention par des vis aux implants pour recevoir la prothèse) (67100, 67200, 67210, 67410, 67501, 67600, 67711 à 67713, 67721 à 67723)
- v) Attache de précision (69300)

d) Frais dentaires d'orthodontie

Les frais d'orthodontie suivants sont remboursables à 50 % :

Orthodontie

- i) Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie : 1 fois par année civile (01902)
- ii) Radiographie (main et poignet) (02915)
- iii) Ancrage osseux (79701, 79702, 79709)

- iv) Examen complet en orthodontie (80000)
- v) Orthodontie corrective :
 - appareil amovible (81102, 81103, 81105, 81106, 81110, 81111, 81115, 81116, 81125, 81126, 81130, 81131, 81161, 81162)
 - appareils orthopédiques et myofonctionnels (81171 à 81175)
 - appareil fixe bilatéral (81201 à 81214)
 - appareil fixe unilatéral (81261, 81271, 81291 à 81294)
- vi) Réparations, modifications, recimentations (80630, 80640, 80650, 80671 à 80673)
- vii) Urgence orthodontique (80801)
- viii) Appareil de rétention (83100, 83111, 83112, 83200, 83210)
- ix) Traitement d'orthodontie compréhensif majeur (84000, 84500, 84600)
- x) Versement sur traitement d'orthodontie (89600)

2) Restrictions

Lorsque dans le guide des tarifs des actes bucco-dentaires destiné au praticien généraliste approuvé par l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'assuré, le mot sextant ou quadrant est employé dans la description d'un traitement, le ou les codes correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants ou 4 quadrants, selon le cas, par année civile, par assuré.

Lorsqu'une prothèse (couronne individuelle, corps coulé, pivot préfabriqué, capuchon, prothèse amovible et pont fixe) a fait l'objet de prestations, aucune prothèse de remplacement n'ouvre droit à des prestations si elle est posée à l'intérieur des 60 mois de l'installation de la précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente, partielle ou complète est remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition, (partielle [52120-52121] ou complète [51600-51610]) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.

3) Évaluation préalable

Si l'assuré est sujet à un traitement dont le coût excède 800 \$, il peut faire remplir un formulaire d'évaluation préalable par son dentiste pour être transmis à SSQ pour fins d'analyse. L'évaluation du traitement doit inclure les résultats de l'examen bucco-dentaire et les soins requis pour le traitement de l'affection, ainsi que les honoraires demandés par le dentiste pour ses soins.

4) Limitations

- a) Les prestations de frais dentaires sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre régime public ou privé.
- b) Les frais engagés pour des frais dentaires qui sont admissibles sous une autre garantie du présent régime ne sont pas admissibles à la présente garantie de frais dentaires.
- c) Si, en cours de traitement, un assuré change, ou doit être transféré à un autre dentiste ou denturologiste, ou s'il y a plus d'un dentiste ou denturologiste qui participe à un même traitement dentaire, SSQ ne verse que des prestations égales à celles qui auraient été payées si les soins et les traitements avaient été rendus par un seul dentiste ou denturologiste.
- d) Si le plan de traitement choisi est considéré par le dentiste consultant de SSQ comme étant plus que nécessaire pour les soins requis, les prestations sont basées sur le coût du traitement alternatif recommandé par le dentiste consultant.

5) Exclusions

Sont exclus des garanties :

- a) Les services, fournitures, examens ou soins qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
- b) Les frais que l'assuré n'aurait pas eu à assumer s'il n'avait pas été assuré, qu'il n'est pas tenu de payer ou qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public d'assurance ou de sécurité sociale ou programme gouvernemental auquel il pouvait être admissible;
- c) Les frais effectivement payés en vertu d'un régime public d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté en regard de ces lois,

régimes ou programmes y compris les frais qui auraient été payés si le fournisseur des fournitures, soins ou services avait choisi de participer au régime ou au programme concerné;

- d) Les frais engagés pour des fins esthétiques;
- e) Les produits, appareils ou services utilisés à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- f) Les frais engagés du fait de mutilation volontaire en quelque état que ce soit;
- g) Les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou de service dans les forces armées;
- h) Les actes, traitements, prothèses de quelque nature que ce soit, reliés à un implant;
- i) Les frais engagés à l'intention d'une tierce personne.

6) Coordination

Lorsqu'un assuré est assuré par plus d'un contrat d'assurance collective, le remboursement total des assureurs ne peut en aucun cas être supérieur au montant total des frais engagés.

3. ASSURANCE VIE DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES I ET II

3.1 Assurance vie de l'adhérent (Complémentaire I – Obligatoire)

Lors du décès d'un adhérent assuré par la présente garantie, SSQ s'engage à verser au dernier bénéficiaire désigné un montant d'assurance vie égal à 100 % de son salaire annuel brut (salaire hebdomadaire de l'adhérent multiplié par 52 semaines).

Dans le cas d'un pharmacien, autre que celui engagé à temps complet dans un emploi permanent, qui participe au présent régime, la même règle s'applique étant précisé que le montant est établi au prorata du temps travaillé par rapport au temps travaillé sur la base du temps complet au cours des 12 semaines précédant le décès ou la date du début de l'exonération. La période de référence de 12 semaines utilisée pour déterminer le salaire à partir duquel sont établies la prime et les prestations de ce pharmacien exclut toute période d'invalidité, de congés de maternité, d'adoption, de retrait préventif ou de congé sans solde ayant été autorisée de même que les vacances.

3.2 Assurance vie des personnes à charge (Complémentaire II – Facultatif)

Lors du décès du conjoint ou d'un enfant à charge de l'adhérent assuré par la présente garantie, SSQ s'engage à verser à ce dernier les montants d'assurance suivants :

- Conjoint : 5 000 \$
- Enfant à charge
âgé de 24 heures ou plus : 2 500 \$

3.3 Assurance vie additionnelle de l'adhérent (Complémentaire II – Facultatif)

Lors du décès d'un adhérent assuré par la présente garantie, SSQ s'engage à verser au dernier bénéficiaire désigné un montant d'assurance vie égal à 1, 2 ou 3 fois, selon le choix préalablement effectué par l'adhérent, son salaire annuel brut (salaire hebdomadaire de l'adhérent multiplié par 52 semaines).

Le salaire du pharmacien autre que celui engagé à temps complet dans un emploi permanent est défini précédemment à la section 3.1 « Assurance vie de l'adhérent ».

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ sont toujours requises si l'adhérent désire adhérer à cette garantie.

Toutefois, pour l'adhérent nouvellement admissible, certains montants d'assurance sont disponibles sans preuves d'assurabilité, pour autant que la demande soit complétée à l'intérieur des 30 jours suivant la date de son admissibilité selon les paramètres mentionnés dans le tableau ci-après.

Âge de l'adhérent au moment de la demande	Montants d'assurance accordés sans preuves d'assurabilité (X salaire annuel)		
	1 fois	2 fois	3 fois
Moins de 30 ans	SP	SP	AP
30 à 39 ans	SP	AP	AP
40 ans ou plus	AP	AP	AP
SP : sans preuves d'assurabilité AP : avec preuves d'assurabilité			

3.4 Assurance vie additionnelle du conjoint (Complémentaire II – Facultatif)

Lors du décès du conjoint de l'adhérent assuré par la présente garantie, SSQ s'engage à verser à ce dernier un montant d'assurance vie variant de 5 à 20 unités de 5 000 \$, selon le choix préalablement effectué par l'adhérent.

Preuves d'assurabilité

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ sont toujours requises.

3.5 Exclusion

Aucune prestation n'est payable en cas de suicide de l'adhérent ou de son conjoint en vertu des garanties d'assurance vie additionnelle de l'adhérent ou du conjoint pour les montants d'assurance demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de l'adhérent ou du conjoint si cet adhérent ou conjoint décède dans les 12 mois suivant la mise en vigueur des montants d'assurance.

3.6 Paiement anticipé

Lorsque l'assurance vie de l'adhérent est prolongée sans paiement des primes suivant les dispositions prévues à la section 1.7 « Exonération des primes en cas d'invalidité totale » de la présente brochure et que son espérance de vie est alors d'au plus 12 mois, il a le droit, s'il en fait la demande par écrit au siège social de SSQ, de recevoir des prestations d'invalidité égales au moindre de 25 000 \$ et de 50 % du montant d'assurance vie total (garantie d'assurance vie de l'adhérent du régime complémentaire I et, s'il y a lieu, garantie d'assurance vie additionnelle de l'adhérent du régime complémentaire II) pour lequel il est assuré. Dans ce dernier cas, le montant d'assurance vie est établi en considérant immédiatement toute réduction éventuelle de protection devant survenir au cours de la période de 24 mois suivant la date de la demande de l'adhérent.

L'adhérent qui désire exercer ce droit doit fournir à SSQ les preuves démontrant

1. que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande; et, s'il y a lieu,
2. l'acceptation de son bénéficiaire si celui-ci est un bénéficiaire autre que « les exécuteurs ou administrateurs de la succession de l'adhérent ou ses ayants droit ».

Lors du décès de l'adhérent, le montant autrement payable par SSQ au bénéficiaire est réduit du montant payé à titre de prestations d'invalidité à l'adhérent en vertu du présent droit, accumulé avec intérêts selon un taux annuel prévu au contrat.

3.7 Bénéficiaire

Pour tout montant d'assurance payable à son décès, l'adhérent peut, conformément aux dispositions de la loi, désigner un bénéficiaire ou changer en tout temps un bénéficiaire déjà désigné, par une déclaration écrite déposée au siège social de SSQ. Toute désignation ou tout changement de bénéficiaire entre en vigueur à compter de la date de réception, au siège social de SSQ, de la déclaration écrite de l'adhérent. La déclaration écrite est produite sous forme d'une lettre signée par l'adhérent ou d'un formulaire qu'il peut se procurer auprès de son employeur ou de SSQ en communiquant avec le Service à la clientèle à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

Une modification de désignation de bénéficiaire peut également être faite par l'entremise du site Internet de SSQ au www.ssq.ca. Pour plus de détails concernant les services Internet de SSQ, l'adhérent peut consulter la section 5.7 de la présente brochure.

4. ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE DU RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I - OBLIGATOIRE

La garantie d'assurance salaire de longue durée complète le régime d'assurance salaire prévu aux ententes de travail et procure à l'adhérent atteint d'invalidité totale, pourvu qu'il ait été assuré par la présente garantie au début de l'invalidité, un revenu selon les dispositions décrites ci-après.

4.1 Montant de la rente

Le montant de la rente est égal à 100 % de la « prestation nette » reçue de l'employeur à la 105^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire prévu aux ententes de travail. Cette rente d'invalidité est non imposable.

Par « prestation nette », on entend 80 % du salaire payable par l'employeur à la 105^e semaine d'invalidité moins les impôts fédéral et provincial et les cotisations à l'assurance-emploi, au Régime québécois d'assurance parentale et au Régime de rentes du Québec.

4.2 Délai de carence

Pour l'adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent, le délai de carence est de 5 jours ouvrables plus 104 semaines. Pour tout autre adhérent, le délai de carence est de 7 jours civils, à compter du premier jour où l'adhérent était requis de se présenter au travail plus 104 semaines.

4.3 Durée de la rente

Après l'expiration du délai de carence, la rente est versée mensuellement tant que subsiste l'invalidité totale jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint l'âge de 65 ans.

4.4 Réduction de la rente

La rente payable par SSQ est réduite des prestations d'invalidité payables en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile*, de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, du Régime de rentes du Québec, d'un régime de retraite de l'employeur, d'un Régime de retraite concernant les salariés des secteurs public et parapublic ou en vertu de toute loi sociale.

La rente payable est également réduite de 70 % de toute rente de retraite payable par le régime de retraite de l'employeur (ou de 100 % de cette rente de retraite pour les invalidités ayant débuté avant le 1^{er} juin 2007) ainsi que de 100 % de toute rémunération reçue de l'employeur, à l'exception des sources de revenu suivantes :

1. Prestations payables en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* ou du Régime québécois d'assurance parentale;
2. Remboursement de jours de vacances;
3. Toute somme d'argent tirée de la banque de congés de maladie et utilisée à des fins spécifiques de rachat de service passé dans le régime de retraite si l'utilisation de cette banque à cette fin est permise par le régime de retraite.

Le calcul de la prestation d'invalidité payable en vertu de cette garantie ne tient pas compte de l'indexation des montants payables, en vertu des sources de revenu mentionnées précédemment et de la présente garantie, à la suite de l'augmentation du coût de la vie.

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

4.5 Indexation

Le montant de la rente mensuelle payée par SSQ est ajusté le 1^{er} janvier de chaque année selon les mêmes modalités que celles du « Régime de Rentes du Québec », jusqu'à concurrence d'un ajustement maximal de 5 % pour les invalidités ayant débuté avant le 1^{er} juin 2007 et d'un ajustement maximal de 3 % pour les invalidités ayant débuté le ou après le 1^{er} juin 2007.

4.6 Réadaptation

Un adhérent invalide peut, avec l'approbation de SSQ, s'engager dans un travail de réadaptation, tout en continuant à bénéficier de la présente garantie relativement à son invalidité en cours, aussi longtemps que le travail demeure un travail de réadaptation, selon l'opinion de SSQ. La rente payable par SSQ pendant la durée de tel travail de réadaptation est alors réduite d'une somme égale à 50 % de la rémunération totale nette provenant dudit travail et la somme de la rente payable en vertu de la présente garantie et de la rémunération reçue du travail de réadaptation ne doit pas excéder 100 % du salaire brut de l'adhérent au début de l'invalidité.

4.7 Exclusions

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité totale :

1. pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous traitement et sous les soins continus d'un médecin, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
2. pendant laquelle l'adhérent occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf pour un travail de réadaptation comme prévu au point 4.6, « Réadaptation » de la présente garantie;
3. résultant d'une maladie, d'une blessure ou d'une mutilation qui a été volontairement causée par l'adhérent lui-même, qu'il soit alors sain d'esprit ou non;
4. résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie. Toutefois, une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation, est reconnue;
5. résultant de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, d'une guerre déclarée ou non, ou de services dans les forces armées;
6. pendant la période au cours de laquelle l'adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CSST;
7. qui résulte de traitements esthétiques.

5. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

5.1 Assurance maladie et assurance frais dentaires

Frais hospitaliers

Dans le cas de frais hospitaliers au Québec, l'assuré présente sa carte d'assurance SSQ à l'hôpital.

Demande de remboursement par carte de paiement SSQ en mode direct

Médicaments

Sur présentation de la carte SSQ au pharmacien, celui-ci obtient directement de SSQ le paiement de la part des frais de médicaments qui est payable en vertu du régime. Ainsi, il suffit à l'adhérent de déboursier la part des frais qui n'est pas remboursable par SSQ.

Toutefois, dans le cas d'un « médicament d'exception dans la liste RAMQ », une autorisation préalable de SSQ est nécessaire. Pour obtenir cette autorisation, l'adhérent doit faire compléter le « Formulaire d'autorisation préalable » disponible sur le site Internet de SSQ au www.ssq.ca, auprès de son employeur ou par l'entremise du Service à la clientèle de SSQ.

Si le médicament acheté n'est pas admissible, le pharmacien remet à l'assuré un reçu sur lequel apparaît l'explication du refus.

Frais dentaires

L'assuré présente sa carte SSQ au dentiste participant et paie la portion non remboursable par SSQ des frais assurés.

Demande de remboursement par la poste

Dans le cas où l'assuré est dans l'impossibilité d'utiliser sa carte d'assurance SSQ, il doit acheminer directement à SSQ ses demandes de prestations pour des frais de médicaments ou des frais dentaires. Toute demande de prestations pour les autres frais d'assurance maladie doit être effectuée par la poste.

Les demandes de prestations doivent être transmises à SSQ accompagnées de l'original des reçus acquittés et du **coupon de demande de prestations**. Ce coupon est joint au relevé qui accompagne le dernier paiement de prestations. Il est également possible de l'imprimer par l'entremise du site Internet de SSQ au www.ssq.ca (voir la section 5.7 pour plus de détails). L'assuré doit conserver une copie des factures transmises à SSQ, l'original des reçus n'étant pas retourné. Pour toute demande de prestations pour un enfant à charge âgé de plus de 18 ans et toujours aux études, l'adhérent doit fournir les informations confirmant la fréquentation scolaire de l'étudiant dans la section prévue à cet effet du coupon de demande de prestations.

SSQ suggère de transmettre les demandes de prestations à tous les 3 mois. **Tous les reçus présentés plus de 12 mois après la date où les frais ont été engagés ne seront pas remboursés.**

Dépôt direct et relevé électronique des prestations

L'adhérent peut s'inscrire au service de dépôt direct des prestations en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Il est disponible chez SSQ ou sur son site Internet au www.ssq.ca.

Le relevé électronique permet quant à lui d'obtenir plus rapidement la même information que celle qui paraît sur les relevés en format papier envoyés par la poste.

Pour adhérer à ces deux services, l'adhérent peut consulter la section 5.7 « Services Internet de SSQ ».

5.2 Assurance vie de l'adhérent et des personnes à charge

Les formulaires de demande de prestations d'assurance vie s'obtiennent directement de SSQ.

5.3 Assurance salaire de longue durée

La demande de prestations d'assurance salaire de longue durée doit être présentée 3 mois avant le début des prestations de SSQ.

5.4 Changement d'adresse

L'adhérent doit aviser SSQ de tout changement d'adresse.

5.5 Où présenter une demande de prestations?

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

Veillez indiquer votre numéro de contrat sur vos demandes de prestations ou sur toute autre correspondance que vous faites parvenir chez SSQ.

SSQ n'est pas responsable du paiement des prestations qui pourraient être dues par un autre assureur.

Important :

Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) ou Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ)

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

5.6 Dossier et renseignements personnels

a) Avis de constitution d'un dossier

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

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

Toute personne a le droit de prendre connaissance des renseignements la concernant et, le cas échéant, de les faire rectifier sans frais, en adressant une demande écrite à SSQ, Société d'assurance-vie inc., 2525 boul. Laurier, Case postale 10500, Succursale Sainte-Foy, Québec (Québec), G1V 4H6, à l'attention du Responsable de la

protection des renseignements personnels. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et informera préalablement la personne concernée du montant approximatif exigible.

b) Mandataires et fournisseurs de services

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

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

Pour plus d'information, l'adhérent peut consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site www.ssq.ca.

5.7 Services Internet de SSQ

ACCÈS | assurés

Cet outil électronique permet à l'adhérent d'accéder en tout temps à son dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations qu'il peut y effectuer :

- adhérer au dépôt direct des prestations d'assurance maladie, d'assurance frais dentaires et d'assurance salaire de longue durée;
- consulter en ligne le relevé électronique de prestations;
- imprimer un coupon personnalisé de demande de prestations d'assurance maladie;
- imprimer un formulaire de demande de prestations d'assurance frais dentaires;

- commander un relevé de prestations d'assurance maladie pour fins d'impôt;
- imprimer une carte SSQ temporaire, si l'adhérent l'a perdue ou oubliée;
- effectuer un changement d'adresse;
- imprimer le formulaire pour les médicaments d'exception;
- effectuer une déclaration de fréquentation scolaire;
- vérifier ou modifier le nom du bénéficiaire de son assurance vie;
- visualiser les garanties figurant à son dossier d'assurance et les compteurs qui y sont associés;
- consulter les documents relatifs à son régime d'assurance collective.

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

Si vous avez besoin d'assistance, n'hésitez pas à communiquer avec le Service à la clientèle de SSQ, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

6. ASSURANCE VOYAGE AVEC ASSISTANCE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

6.1 Définitions

Dans les présentes garanties, on entend par :

Activité à caractère commercial

Assemblée, congrès, convention, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial, telle activité devant être publique, sous la responsabilité d'un organisme officiel et conforme aux lois, règlements et politiques de la région où est prévue se tenir l'activité et qui se veut la seule raison du voyage projeté.

Associé en affaires

La personne avec qui l'assuré est associé en affaires dans le cadre d'une compagnie composée de 4 coactionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 associés ou moins.

Compagnon de voyage

La personne avec qui l'assuré partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de l'assuré.

Frais de voyage payés d'avance

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

Hôte à destination

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

Membre de la famille

Conjoint, conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru.

Proche parent

Conjoint, conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur. La définition de proche parent inclut également un ami advenant le cas où l'assuré n'ait aucun proche parent dans le contexte précisé.

Voyage

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

6.2 Assurance voyage avec assistance

L'assurance voyage couvre l'adhérent et, si elles sont assurées, ses personnes à charge.

L'assuré doit être admissible à des prestations en vertu du programme gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et ce, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés par l'assuré à la suite d'un décès, d'un accident ou **d'une maladie subite et inattendue** survenu alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et que son état de santé nécessite des soins d'urgence.

Les frais engagés doivent être usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquent à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Les exclusions applicables à la garantie d'assurance voyage avec assistance sont décrites au point 6.4, page 71 de la présente section.

INFORMATION IMPORTANTE

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

En d'autres termes, pour qu'une personne soit couverte, la maladie ou l'affection connue avant le départ doit être sous contrôle et ne doit pas :

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

Si l'un ou l'autre des critères ci-haut mentionnés s'applique à votre état de santé actuel, il est recommandé de communiquer, quelques semaines avant votre départ, avec la firme d'assistance voyage qui pourra vous informer adéquatement. Les numéros de téléphone pour joindre la firme d'assistance voyage apparaissent à l'endos de la carte qui accompagne le certificat émis par SSQ et à la page 66 de cette brochure.

a) Frais couverts

- Les frais d'hospitalisation dans un hôpital où l'assuré reçoit effectivement un traitement curatif; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance hospitalisation de la province de résidence de l'assuré et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.
- Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d'anesthésies autres que des honoraires pour des soins dentaires; les frais engagés sont payables uniquement dans la mesure où ces frais sont admissibles à des prestations en vertu du régime d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par ce régime.

- Les frais de transport en ambulance, en direction de l'hôpital le plus proche du lieu de l'événement, par un ambulancier licencié.
- Les frais de médicaments ne pouvant être obtenus que sur prescription médicale.
- Les honoraires d'un infirmier pour des soins infirmiers privés, donnés exclusivement à l'hôpital, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. L'infirmier ne doit cependant avoir aucun lien de parenté avec l'assuré, ni être un compagnon de voyage.
- Les honoraires d'un chiropraticien, podiatre et physiothérapeute.
- Les frais de location de fauteuil roulant, de lit d'hôpital et d'appareil d'assistance respiratoire.
- Les frais d'analyses de laboratoire et de radiographies.
- Les frais d'achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres et autres appareils orthopédiques.
- Les honoraires professionnels de chirurgien dentiste pour des lésions accidentelles aux dents naturelles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par accident; les frais couverts doivent être engagés dans les 12 mois suivant l'accident et les soins peuvent être obtenus après le retour de l'assuré dans sa province de résidence. Seuls les frais engagés alors que la présente garantie est en vigueur sont couverts.
- Les frais de rapatriement de l'assuré en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire l'assuré jusqu'au lieu le plus près où les services médicaux appropriés sont disponibles; les frais de transport ou de rapatriement doivent être convenus au préalable avec SSQ (*) et les prestations sont limitées au coût le plus bas qui peut être obtenu, selon l'évaluation de SSQ, compte tenu de l'état du malade.
- Le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d'une escorte médicale lorsqu'elle est exigée par le transporteur aérien ou le médecin traitant de l'assuré; ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ (*); l'escorte médicale ne doit pas être un parent de l'assuré, ni un compagnon de voyage.
- Le coût du retour, par une agence commerciale, du véhicule personnel de l'assuré, ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicule la plus proche,

si une maladie ou un accident rend l'assuré incapable de s'en occuper, sous réserve d'un remboursement maximal de 1 000 \$. L'assuré doit présenter un certificat médical du médecin traitant à cet effet. Ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ (*).

- En cas du décès de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre au point de départ de l'assuré au Canada jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$. Ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ (*).
- Les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que l'assuré doit engager, parce qu'il a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de l'assuré lui-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 200 \$ par jour et d'un maximum payable de 1 600 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des assurés en vertu de la présente garantie.
- Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport selon le moyen le plus économique, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins 7 jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille; ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ (*) et l'assuré doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui attestent de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités à un maximum de 2 500 \$ pour le transport et de 200 \$ par jour pour l'hébergement et les repas, jusqu'à concurrence d'un maximum de 1 600 \$, par séjour à l'étranger pour l'ensemble des assurés.

(* Note : L'expression « ces frais doivent être convenus au préalable avec SSQ » utilisée dans ce texte, signifie SSQ elle-même ou le service d'assistance voyage.

b) Assistance voyage

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

En cas de besoin, lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, chaque assuré couvert par la garantie d'assurance voyage

a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée qui a conclu une entente à cet effet avec SSQ.

Si des soins médicaux ou hospitaliers d'urgence ou si des services prévus par l'assurance voyage deviennent nécessaires, le service d'assistance voyage peut intervenir pour vous aider à être admis dans un centre hospitalier ou pour avoir accès aux divers services prévus par votre régime.

Le service d'assistance voyage peut servir d'intermédiaire entre SSQ et l'assuré lorsque ce dernier est tenu d'obtenir une « autorisation préalable de SSQ » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

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

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

- faire les demandes de remboursement à la RAMQ au nom de l'assuré, si accepté par ce dernier.

INFORMATION

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

Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays. Les services fournis peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

Un certificat accompagné d'une carte est envoyé à l'adhérent couvert par la garantie d'assurance voyage. La carte fournit les numéros de téléphone à composer au besoin. Ces numéros sont les suivants :

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

B) AILLEURS DANS LE MONDE, à frais virés : 514 286-8412

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

c) Frais maximums admissibles

Les frais sont couverts jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 000 \$ par assuré, pour la durée du séjour à l'étranger.

6.3 Assurance annulation de voyage

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

a) Causes d'annulation

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

- une maladie ou un accident que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires de l'assuré ou un membre de

la famille de l'assuré. La maladie ou l'accident doit empêcher, lors de l'annulation ou de l'interruption du voyage de l'assuré, la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et doit être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré.

- le décès de l'adhérent, de son conjoint, d'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint, du compagnon de voyage de l'assuré ou d'un associé en affaires de l'assuré.
- le décès **d'un membre de la famille** de l'assuré autre que ceux énumérés au point précédent ou d'un membre de la famille du compagnon de voyage, si les funérailles ont lieu au cours de la période projetée du voyage ou dans les 14 jours qui la précèdent.
- le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte de l'assuré à destination.
- la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à agir comme membre d'un jury ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pour autant que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires afin d'obtenir un report de la cause à être entendue. Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage si l'assuré intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou si elle agit dans l'exercice de ses fonctions habituelles si ces dernières sont celles d'un policier.
- la mise en quarantaine de l'assuré, pour autant que la mise en quarantaine se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage.
- le détournement de l'avion à bord duquel l'assuré voyage.
- un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période du voyage.
- le transfert de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel pour autant que ce transfert soit exigé par son employeur, dans les 30 jours précédant la date fixée de départ.

- le terrorisme, la guerre déclarée ou non, ou l'épidémie dans le pays où l'assuré doit se rendre pour autant que le gouvernement du Canada émette une recommandation incitant les Canadiens à ne pas voyager dans ce pays, pour une période couvrant le voyage projeté de l'assuré et que la recommandation soit émise après que l'assuré ait pris les arrangements relatifs à son voyage.
- le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par les conditions atmosphériques, des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des 2 dernières causes devant être appuyée par un rapport de police.
- des conditions atmosphériques qui sont telles
 - que le départ du transporteur public utilisé par l'assuré, au point de départ du voyage projeté, soit retardé pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage; ou
 - que l'assuré ne puisse effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- un sinistre survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité.
- le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal.
- malgré l'exclusion décrite dans la partie « Exclusions applicables aux garanties d'assurance voyage avec assistance ou d'assurance annulation de voyage », le suicide ou la tentative de suicide d'un membre de la famille de l'assuré ou du compagnon de voyage de l'assuré.

- le décès d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire.
- le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle l'assuré a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial. Le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de 3 jours d'hébergement.

b) Frais couverts

- En cas d'annulation avant le départ :
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance;
 - les frais supplémentaires engagés par l'assuré dans le cas où le compagnon de voyage doit annuler pour une des raisons mentionnées à la section « Causes d'annulation » et que l'assuré décide d'effectuer le voyage tel que prévu initialement, jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où le compagnon de voyage doit annuler;
 - la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % desdits frais, si le départ de l'assuré est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'il décide de ne pas effectuer le voyage.
- En cas de départ manqué :
 - Si un départ est manqué à cause du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré ou si le voyage, après le départ, est interrompu temporairement à cause d'une maladie ou d'un accident subi par l'assuré ou son compagnon de voyage, le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe jusqu'à la destination initialement prévue.
- En cas de retour anticipé ou retardé :
 - le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ, par le moyen de transport prévu initialement.

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

directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ; ces frais doivent être, au préalable, convenus avec SSQ.

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

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

- la portion non utilisée et non remboursable de la partie terrestre des frais de voyage payés d'avance.
- En cas de nécessité d'un transport aller-retour, les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'approbation par SSQ ou la compagnie d'assistance voyage pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il est en voyage pour autant que la raison du retour découle de l'une ou l'autre des situations suivantes :
 - le décès ou l'hospitalisation d'un membre de la famille de l'assuré, d'une personne dont il est le tuteur légal ou d'une personne dont il est le liquidateur testamentaire;
 - si un sinistre a rendu la résidence principale de l'assuré inhabitable ou a causé des dommages importants à son établissement commercial.

c) Frais maximums admissibles

Les frais couverts ne comprennent que les frais qui sont effectivement à la charge de l'assuré et sont limités à un remboursement maximal de 5 000 \$ par assuré, pour le voyage projeté.

6.4 Exclusions, limitations et coordination applicables aux garanties d'assurance voyage avec assistance ou d'assurance annulation de voyage

a) Exclusions

i) Assurance voyage avec assistance

La présente garantie ne couvre pas :

- les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- les frais pour une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour la vie et la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des assurés qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- les pertes causées pour les raisons décrites dans la partie « Exclusions applicables aux garanties d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage ».

ii) Assurance annulation de voyage

La présente garantie ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- si le voyage est entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- si le voyage est entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et que la condition médicale, ou le décès subséquent, de cette personne résulte en une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé;
- les pertes causées pour les raisons décrites dans la partie « Exclusions applicables aux garanties d'assurance voyage avec assistance et d'assurance annulation de voyage ».

iii) Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage

Ces deux garanties ne couvrent pas les frais occasionnés par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :

- la guerre ou des actes de guerre, que la guerre soit déclarée ou non;
- la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré ou son compagnon de voyage d'un acte criminel;
- une blessure que l'assuré ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non;
- l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et leurs conséquences;
- une participation à des sports de contacts physiques, la pratique du vol plané, de l'alpinisme, du saut en parachute ou du parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute course ou épreuve de vitesse, quelle qu'en soit la nature, ou une participation à titre professionnel à des activités sportives ou sous-marines;
- la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement.

b) Limitations

i) *Assurance voyage avec assistance*

- dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après un diagnostic ou un traitement d'urgence de cette condition, l'assuré aurait pu retourner dans sa province de résidence, mais qu'il a choisi d'obtenir les services, traitements ou chirurgie à l'extérieur de sa province de résidence, SSQ n'assume pas le coût desdits services, traitements, chirurgie ou autres frais;
- SSQ se réserve le droit de rapatrier tout assuré dans sa province de résidence lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère SSQ de toute responsabilité relativement aux frais engagés par la suite.

ii) *Assurance annulation de voyage*

Advenant une cause d'annulation avant le départ, le voyage doit être annulé auprès de l'agence de voyages ou du transporteur concerné dans un délai maximal de 48 heures, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié, et SSQ doit en être avisé au même moment. La responsabilité de SSQ est limitée aux frais d'annulation stipulés au contrat de voyage 48 heures après la date de la cause d'annulation, ou le premier jour ouvrable suivant s'il s'agit d'un jour férié.

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

c) Coordination des prestations

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

6.5 Comment faire une demande de prestations

a) Assurance voyage avec assistance

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie d'assurance voyage ne sont remboursés qu'après que les organismes gouvernementaux aient terminé l'étude de la demande et versé des prestations, le cas échéant.

Tous les autres frais couverts en vertu de cette garantie peuvent être réclamés directement à SSQ sur présentation de pièces justificatives à la satisfaction de SSQ (factures, reçus, prescriptions, etc.).

b) Assurance annulation de voyage

Lors d'une demande de prestations, l'assuré doit fournir les preuves justificatives suivantes, selon la situation :

- titres de transport inutilisés;
- reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'un agent de voyages ou d'une compagnie accréditée dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à SSQ;
- document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical rempli par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité où survient la maladie ou l'accident. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- rapport de police lorsque le retard du moyen de transport utilisé par l'assuré est causé par un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route;
- rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;

- preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant l'annulation de l'événement;
- tout autre rapport exigé par SSQ permettant de justifier la demande de prestations de l'assuré.

Tableau des primes par période de 14 jours pour la période du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012 – Contrat P9999⁽¹⁾

Régimes	Individuel			Monoparental			Familial		
	Yé	Year ⁽²⁾	Total	Yé	Year ⁽²⁾	Total	Yé	Year ⁽²⁾	Total
Régime de base – assurance médicaments	26,02 \$	0,92 \$	26,94 \$	46,14 \$	2,30 \$	48,44 \$	64,85 \$	2,30 \$	67,15 \$
	Yé	Congé de primes	Total	Yé	Congé de primes	Total	Yé	Congé de primes	Total
Régime complémentaire I	4,17 \$	0,88 \$	5,05 \$	7,09 \$	1,50 \$	8,59 \$	9,89 \$	2,09 \$	11,98 \$
• Assurance maladie complémentaire									
• Assurance frais dentaires	10,93 \$	0,77 \$	11,70 \$	20,16 \$	1,41 \$	21,57 \$	30,06 \$	2,10 \$	32,16 \$
• Assurance vie de l'adhérent	0,141 % du salaire brut								
• Assurance salaire de longue durée	0,362 % du salaire brut								
Régime complémentaire II	Taux par 1 000 \$ d'assurance en fonction de l'âge, du sexe et des habitudes tabagiques de l'adhérent ⁽³⁾								
• Assurance vie additionnelle de l'adhérent	Groupe d'âge			Homme			Femme		
		Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur	Fumeur	Non fumeur
	Moins de 30 ans	0,026 \$	0,021 \$	0,026 \$	0,021 \$	0,013 \$	0,011 \$	0,013 \$	0,011 \$
	de 30 à 34 ans	0,034 \$	0,022 \$	0,034 \$	0,022 \$	0,018 \$	0,012 \$	0,018 \$	0,012 \$
	de 35 à 39 ans	0,048 \$	0,027 \$	0,048 \$	0,027 \$	0,038 \$	0,019 \$	0,038 \$	0,019 \$
	de 40 à 44 ans	0,082 \$	0,042 \$	0,082 \$	0,042 \$	0,070 \$	0,032 \$	0,070 \$	0,032 \$
	de 45 à 49 ans	0,178 \$	0,078 \$	0,178 \$	0,078 \$	0,126 \$	0,051 \$	0,126 \$	0,051 \$
	de 50 à 54 ans	0,351 \$	0,138 \$	0,351 \$	0,138 \$	0,219 \$	0,089 \$	0,219 \$	0,089 \$
	de 55 à 59 ans	0,657 \$	0,241 \$	0,657 \$	0,241 \$	0,379 \$	0,158 \$	0,379 \$	0,158 \$
	de 60 à 64 ans	0,933 \$	0,349 \$	0,933 \$	0,349 \$	0,468 \$	0,214 \$	0,468 \$	0,214 \$
65 ans et plus	1,343 \$	0,556 \$	1,343 \$	0,556 \$	0,658 \$	0,339 \$	0,658 \$	0,339 \$	

Régimes		Monoparental : 0,15 \$ Familial : 0,61 \$			
Assurance vie des personnes à charge		Taux par 1 000 \$ d'assurance en fonction de l'âge de l'adhérent, du sexe et des habitudes tabagiques du conjoint ⁽³⁾			
	Groupe d'âge	Homme		Femme	
		Fumeur	Non fumeur	Fumeuse	Non fumeuse
Yé = employé Yeur = employeur	Moins de 30 ans	0,026 \$	0,021 \$	0,013 \$	0,011 \$
	de 30 à 34 ans	0,034 \$	0,022 \$	0,018 \$	0,012 \$
	de 35 à 39 ans	0,048 \$	0,027 \$	0,038 \$	0,019 \$
	de 40 à 44 ans	0,082 \$	0,042 \$	0,070 \$	0,032 \$
	de 45 à 49 ans	0,178 \$	0,078 \$	0,126 \$	0,051 \$
	de 50 à 54 ans	0,351 \$	0,138 \$	0,219 \$	0,089 \$
	de 55 à 59 ans	0,657 \$	0,241 \$	0,379 \$	0,158 \$
	de 60 à 64 ans	0,933 \$	0,349 \$	0,468 \$	0,214 \$
	65 ans et plus	1,343 \$	0,556 \$	0,658 \$	0,339 \$

N.B. ⁽¹⁾ Ces primes ne tiennent pas compte de la taxe de vente provinciale de 9 %.

⁽²⁾ Dans le cas de l'adhérent à temps partiel engagé à moins de 70 % du temps plein, la contribution de l'employeur est réduite de 50 % et la prime de l'employé est augmentée d'autant.

⁽³⁾ Une modification de taux occasionnée par un changement de groupe d'âge prend effet à la période de paie correspondant ou suivant le 1^{er} juin qui suit l'anniversaire de naissance de l'adhérent.

Édifice SSQ

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

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

Veillez conserver cette brochure pour
consultation ultérieure.



www.ssq.ca

SSQ Groupe
financier