

JANVIER
2010

**RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE**

À L'INTENTION DES
PERSONNES SALARIÉES
MEMBRES DE L'



SSQ Groupe
financier

Veuillez conserver cette brochure pour consultation ultérieure.

Aux personnes salariées qui sont visées par la convention collective APTS.

La présente brochure contient les principales dispositions et conditions de votre régime d'assurance collective.

Les garanties du régime d'assurance ont été déterminées en considérant vos principaux besoins tout en tenant compte des prestations prévues par les différents régimes gouvernementaux.

L'APTS et SSQ vous invitent à lire cette brochure afin de connaître les garanties ainsi que les modalités administratives régissant votre participation au régime.

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.

This booklet is available in English

TABLE DES MATIÈRES

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'OEIL	i
1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	1
1.1 Définitions	1
1.2 Admissibilité.....	5
1.3 Participation.....	6
1.4 Adhésion.....	14
1.5 Entrée en vigueur de l'assurance.....	14
1.6 Droit de renonciation à l'assurance vie de base de la personne adhérente	18
1.7 Modification du statut de protection.....	19
1.8 Modification du choix du Régime d'assurance maladie.....	19
1.9 Exonération des primes en cas d'invalidité totale	20
1.10 Absences temporaires du travail	22
1.11 Fin de l'assurance.....	24
1.12 Droit de transformation.....	27
1.13 Demande de prestations.....	28
2. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE	29
2.1 Assurance	29
2.2 Conditions d'admissibilité des frais	29
2.3 Description des frais admissibles	30
2.4 Exclusions, limitations et restrictions.....	37
2.5 Assurance voyage et assistance voyage	38
2.6 Assurance annulation de voyage	44
2.7 Coordination des prestations d'assurance voyage et d'assurance annulation de voyage	50

3.	RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES	51
3.1	Assurance	51
3.2	Conditions d'admissibilité des frais	51
3.3	Description des frais admissibles	51
3.4	Remboursement maximal	58
3.5	Durée minimale de participation et statut de protection	59
3.6	Exclusions, limitations et restrictions	59
3.7	Évaluation préalable	60
4.	RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I	62
4.1	Assurance vie	62
4.2	Assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente	65
4.3	Assurance salaire de longue durée	66
5.	COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS	70
5.1	Frais hospitaliers et médicaux.....	70
5.2	Frais hospitaliers ou médicaux attribuables à un accident du travail ou d'automobile	72
5.3	Soins dentaires.....	72
5.4	Assurance vie de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge	72
5.5	Assurance salaire de longue durée	72
5.6	Dépôt direct et relevé électronique des prestations	72
5.7	Assurance voyage et assurance annulation de voyage	73
5.8	Changement d'adresse	74
5.9	Dossier et renseignements personnels	74
5.10	Services Internet de SSQ.....	75

VOTRE RÉGIME EN UN COUP D'OEIL

Le tableau ci-dessous détaille les modalités de remboursement pour chacune des garanties. Les montants de frais admissibles indiqués dans ce tableau sont des maximums. Consultez la section 2.2 pour connaître les conditions d'admissibilité de ces frais.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Médicaments Avec carte de paiement (différé) (2.3.1)	80 % des premiers 4 250 \$ de frais admissibles par certificat et 100 % des frais excédentaires / année civile Liste RAMQ	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles par certificat et 100 % des frais excédentaires / année civile Liste large	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles par certificat et 100 % des frais excédentaires / année civile Liste large	Oui
Transport par un service ambulancier (2.3.2)	80 % Aucun maximum	80 % Aucun maximum	80 % Aucun maximum	Non
Transport et hébergement au Québec (2.3.3)	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Appareils orthopédiques (corsets, pansements médicamenteux, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires, etc.) (2.3.4)	80 % Aucun maximum	80 % Aucun maximum	80 % Aucun maximum	Oui

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Appareils thérapeutiques, appareil respiratoire, pompe à insuline, accessoire pour pompe à insuline (2.3.5)	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie / personne assurée / personne assurée pour l'ensemble de ces appareils	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie / personne assurée pour l'ensemble de ces appareils	80 % Remboursement maximal de 10 000 \$ / 24 mois / personne assurée pour l'ensemble de ces appareils	Oui
Neurostimulateur transcutané (TENS) (2.3.6)	Non couvert	80 % Frais admissibles de 700 \$ / 60 mois / personne assurée		
Soutiens-gorges postopératoires (2.3.7)	80 % Remboursement maximal de 200 \$ à vie / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 200 \$ à vie / personne assurée	80 % Remboursement maximal de 200 \$ à vie / personne assurée	Oui
Assurance voyage avec assistance ¹ (2.3.8)	Non couvert	100 % 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	100 % 5 000 000 \$ / voyage / personne assurée	Selon les indications du service d'assistance
Assurance annulation de voyage (2.3.9)	Non couvert	100 % 5 000 \$ / voyage / personne assurée	100 % 5 000 \$ / voyage / personne assurée	Non

¹ Avant de partir en voyage, si vous savez que vous avez une maladie ou si votre état de santé n'est pas stable, vous devez communiquer avec le service d'assistance voyage de SSQ au 1 800 465-2928 pour vérifier votre couverture en assurance voyage.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Frais hospitaliers au Canada (2.3.10)	Non couvert	100 % du coût d'une chambre semi-privée sans limite de jours	100 % du coût d'une chambre semi-privée sans limite de jours	Non
Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles (2.3.11)	Non couvert	80 % Soins débutant dans les 12 mois suivant l'accident	80 % Soins débutant dans les 12 mois suivant l'accident	Non
Fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital (2.3.12)	Non couvert	80 % Usage temporaire seulement	80 % Usage temporaire seulement	Oui
Membres artificiels et prothèses externes (2.3.13)	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ à vie / personne assurée pour l'ensemble de ces articles	80 % Remboursement maximal de 5 000 \$ à vie / personne assurée pour l'ensemble de ces articles	Non
Bas de contention (2.3.14)	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 150 \$ / année civile / personne assurée / Compression de 20 mm d'Hg et plus	80 % Remboursement maximal de 150 \$ / année civile / personne assurée / Compression de 20 mm d'Hg et plus	Oui
Glucomètre (2.3.15)	Non couvert	80 % Frais admissibles de 300 \$ / 60 mois / personne assurée	80 % Frais admissibles de 300 \$ / 60 mois / personne assurée	Oui

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Chirurgie esthétique à la suite d'un accident (2.3.16)	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie / personne assurée Frais engagés dans les 36 mois suivant l'accident et traitements débutés dans les 12 mois suivant l'accident	75 % Remboursement maximal de 10 000 \$ à vie / personne assurée Frais engagés dans les 36 mois suivant l'accident et traitements débutés dans les 12 mois suivant l'accident	Oui
Injections sclérosantes (2.3.17)	Non couvert	75 % Frais admissibles / traitement : 20 \$ pour la substance injectée et 15 \$ pour les honoraires professionnels Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	75 % Frais admissibles / traitement : 20 \$ pour la substance injectée et 15 \$ pour les honoraires professionnels Remboursement maximal de 300 \$ / année civile / personne assurée	Oui
Infirmière et infirmière auxiliaire (au service exclusif et continu de la personne assurée et au domicile de celle-ci) (2.3.18)	Non couvert	75 % Frais admissibles de 300 \$ / jour / personne assurée Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles	75 % Frais admissibles de 300 \$ / jour / personne assurée Remboursement maximal de 10 000 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles	Oui

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Chaussures orthopédiques (2.3.19)	Non couvert	80 % Remboursement maximal de 250 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces articles	80 % Remboursement maximal de 2 pairs / année civile / personne assurée	Oui
Orthèses podiatriques (2.3.20)			80 % Remboursement maximal de 250 \$ / année civile / personne assurée	
Audiologiste, ergothérapeute et orthophoniste (2.3.21)	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 500 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	75 % Aucun maximum	Non
Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique (2.3.22)			75 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	
Ostéopathe (2.3.23)			Non couvert	

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)			
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)
Chiropraticien, acupuncteur et podiatre (2.3.24)	Non couvert	75 % Remboursement maximal de 400 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels Radiographie par une ou un chiropraticien : 35 \$ / année civile / personne assurée	75 % Remboursement maximal de 750 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels Radiographie par une ou un chiropraticien : 35 \$ / année civile / personne assurée
		75 % Remboursement maximal de 500 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	75 % Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels
Diététiste (2.3.25)	Non couvert	Non couvert	Non
Psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social (2.3.26)		Non couvert	Non
Psychiatre, psychanalyste, conseillère ou conseiller en orientation et infirmière spécialisée en psychothérapie (2.3.27)	Non couvert	Non couvert	Non

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE (participation obligatoire)				
GARANTIES	MALADIE DE BASE	MALADIE INTERMÉDIAIRE (Participation minimale de 48 mois)	MALADIE SUPÉRIEUR (Participation minimale de 48 mois)	PRESCRIPTION MÉDICALE
Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute (2.3.28)	Non couvert		Remboursement maximal de 400 \$ / année civile / personne assurée pour l'ensemble de ces professionnelles ou professionnels	75 %
Soins oculaires : examen de la vue, lunettes, lentilles cornéennes et chirurgie au laser (2.3.29)	Non couvert	Non couvert	Remboursement maximal de 200 \$ / 24 mois / personne assurée pour l'ensemble de ces soins et articles	80 %
Appareil auditif (2.3.30)			Frais admissibles de 600 \$ / 48 mois / personne assurée	80 %
				Non

RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES (participation facultative)			
Participation minimale de 48 mois			
GARANTIES	BALISES DE REMBOURSEMENT	POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT	PRESCRIPTION MÉDICALE
Soins dentaires préventifs <ul style="list-style-type: none"> • Examen buccal clinique • Radiographie • Test, examen de laboratoire • Biopsie, modèle de diagnostic • Polissage, détartrage • Appareil de maintien 	Remboursement maximal de 1 000 \$ / année civile / personne assurée, pour l'ensemble des garanties (sous réserve des dispositions de la section 3.4).	80 %	
Soins dentaires de base <ul style="list-style-type: none"> • Restauration en amalgame ou en composite • Traitement de canal (endodontie) • Soins des infections, chirurgie, jumelage (parodontie) • Ablation de dents, autres chirurgies 			
Soins de restauration majeure et prothèses <ul style="list-style-type: none"> • Couronne, corps coulé, pivot préfabriqué • Prothèse amovible (complète et partielle) • Pont fixe² • Implant dentaire³ 		50 %	

² Les frais pour pont fixe sont admissibles jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une prothèse amovible équivalente.

³ Les frais pour implant (incluant les frais engagés pour une prothèse sur implant) sont admissibles jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une couronne équivalente lors de la mise en bouche finale de la couronne sur implant seulement. Les frais engagés pour les actes ou traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.) ne sont pas admissibles.

RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I : ASSURANCE VIE ET ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (participation obligatoire)	
GARANTIES	DESCRIPTION
Assurance vie de base de la personne adhérente	1 fois le salaire annuel brut.
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente (facultative)	1, 2 ou 3 fois le salaire annuel brut.
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	5 000 \$ au décès de la personne conjointe; 2 000 \$ au décès d'un enfant à charge de 24 heures ou plus.
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe (facultative)	1 à 10 unités de 10 000 \$.
Assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente	De 15 000 \$ à 60 000 \$, selon la perte.
Assurance salaire de longue durée de la personne adhérente	72 % du salaire net. Tant que dure l'invalidité totale, sans excéder l'âge de 60 ans. À compter de la 105 ^e semaine d'invalidité totale. Après 12 mois de prestations de SSQ, le 1 ^{er} janvier de chaque année selon l'indice utilisé par la RRQ (maximum annuel: 3 %).
<ul style="list-style-type: none"> • Prestations • Durée • Début des prestations • Indexation 	

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 DÉFINITIONS

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

Activité à caractère commercial : assemblée, congrès, colloque, exposition, foire ou séminaire, à caractère professionnel ou commercial. Cette activité doit être publique, se dérouler sous la responsabilité d'un organisme officiel et être conforme aux lois, règlements et politiques de la région où elle doit se tenir. L'activité à caractère commercial doit être la principale raison du voyage.

Personne associée en affaires : personne avec qui la personne assurée est associée en affaires pour l'exploitation d'une société par actions composée de 4 actionnaires ou moins ou d'une société commerciale ou civile composée de 4 personnes associées ou moins.

Compagne ou compagnon de voyage : personne avec qui la personne assurée partage la chambre ou l'appartement à destination ou dont les frais de transport ont été payés avec ceux de la personne assurée.

Dent saine : dent qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Se dit aussi d'une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale.

Employeur : tout établissement représenté par une association patronale du secteur de la Santé et des Services sociaux et régi par la convention collective ou tout employeur ou catégorie d'employeur accepté par l'APTS.

Frais de voyage payés d'avance : se dit des sommes suivantes déboursées par la personne assurée :

- a) pour l'achat d'un voyage à forfait, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés auprès de commerces accrédités ou la réservation de chambres d'hôtel;
- b) pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait;
- c) pour s'inscrire à une activité à caractère commercial.

Hôpital : centre hospitalier, au sens des lois et des règlements sur les services de Santé et les Services sociaux (L.R.Q. ch. S-4.2 et ch. S-5) à l'exclusion de toute partie de ce centre qui est réservée aux soins de longue durée. Le terme désigne aussi tout établissement situé à l'extérieur du Québec et qui répond aux mêmes normes.

Hôte à destination : personne dont il est prévu qu'elle hébergera la personne assurée à sa résidence principale pendant au moins une partie du voyage.

Invalidité totale :

Pendant les 48 premiers mois d'une période d'invalidité totale, état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires liés à la planification familiale, ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état d'incapacité fasse l'objet d'un suivi médical et rende la personne adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue 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 de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires liés à la planification familiale, ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état rende la personne adhérente 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 ou son expérience l'ont raisonnablement préparée, et cela, sans égard à la disponibilité d'emploi.

Maladie : détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constaté par une ou un médecin, ainsi que toute intervention chirurgicale liée à la planification familiale. La grossesse n'est pas considérée comme une maladie, sauf en cas de complications pathologiques.

Membre de la famille : personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, conjointe, fils, fille, père, mère, beau-père, belle-mère, frère, sœur, demi-frère, demi-sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, bru, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille.

Période d'invalidité totale :

Au cours des 104 premières semaines d'invalidité totale, 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 la personne adhérente 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 étrangers à la cause de l'invalidité totale précédente.

Au cours des 52 semaines suivantes, toute période continue d'invalidité totale ou une suite de périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de **90 jours** de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que la personne adhérente 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 étrangers 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 totale résultant d'une maladie ou d'un accident complètement étrangers à la cause de l'invalidité totale précédente est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale, sauf si cette nouvelle invalidité survient lorsqu'une période d'invalidité totale est déjà en cours.

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

Restrictions : Les périodes suivantes ne sont pas considérées comme des périodes d'invalidité totale aux fins du régime :

- a) une période d'invalidité résultant de maladie, blessure ou mutilation qui a été volontairement causée par la personne adhérente elle-même, que celle-ci ait alors été saine d'esprit ou non. La tentative de suicide n'est toutefois pas visée par cette restriction;
- b) une période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie et pendant laquelle la personne adhérente ne reçoit pas des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation;
- c) une période d'invalidité résultant de participation active à une émeute, à une insurrection, ou à des actes criminels;
- d) une période d'invalidité résultant d'une guerre déclarée ou non;
- e) une période au cours de laquelle la personne adhérente bénéficie d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement et qui est approuvé par la CSST.

Personne à charge : personne conjointe d'une personne adhérente ou enfant à charge, tels que définis ci-après :

- a) Personne conjointe :
 - i) personne liée à la personne adhérente par un mariage ou une union civile qui est légalement reconnu au Québec; ou
 - ii) personne que la personne adhérente a désignée comme telle par écrit à SSQ, qu'elle présente publiquement comme sa personne conjointe et avec qui elle fait régulièrement vie commune :
 - si un enfant est né de leur union; ou
 - depuis au moins 1 an, s'il n'est pas né d'enfant de leur union.

La personne perd son statut de personne conjointe dans les cas suivants :

- dissolution de mariage par divorce ou annulation;
- révocation d'union civile;
- séparation de fait depuis plus de 3 mois dans le cas d'une union de fait;
- désignation écrite d'une autre personne conjointe par la personne adhérente.

En présence de deux personnes conjointes, une seule est reconnue comme telle pour toutes les garanties d'un même régime, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- la personne conjointe admissible qui a été la dernière à être désignée comme telle par un avis écrit de la personne adhérente à SSQ, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible;
 - la personne conjointe à qui la personne adhérente est unie par les liens du mariage ou de l'union civile.
- b) **Enfant à charge** : tout enfant célibataire de la personne adhérente, de la personne conjointe ou des deux, ou à l'égard duquel la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur, y compris tout enfant légalement adopté ou pour lequel des procédures légales d'adoption sont entreprises ou une ordonnance de placement a été délivrée, conformément au régime d'adoption. Il doit aussi résider au Canada ou y être domicilié et la personne adhérente ou la personne conjointe doit assumer son soutien. De plus, pour que l'enfant soit considéré comme enfant à charge aux fins du régime, il doit être :
- i) âgé de moins de 18 ans; ou
 - ii) âgé de 18 ans ou plus, mais moins de 26 ans, et la personne adhérente doit prouver à la satisfaction de SSQ qu'il fréquente à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit une maison d'enseignement reconnue; ou
 - iii) âgé de 18 ans ou plus, atteint d'une invalidité totale ou d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le Régime général d'assurance médicaments (L.R.Q. ch. A-29.01, r.2) lorsqu'il était considéré comme enfant à charge selon les conditions précédentes, et être demeuré totalement invalide de façon ininterrompue depuis lors.

Congé sabbatique scolaire

Malgré ce qui précède, un enfant qui prend un congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge. Une demande écrite précisant la date prévue du début du congé doit alors être soumise à SSQ et avoir été acceptée avant le début du congé. Ce maintien du statut d'enfant à charge ne peut durer plus de 12 mois et doit se terminer au début d'une année scolaire (septembre) ou de la session d'hiver (janvier), mais il ne peut pas se poursuivre si l'enfant cesse d'être admissible au Régime d'assurance maladie du Québec. Les frais admissibles à l'égard d'un tel congé ne peuvent excéder 1 000 000 \$. Ce congé peut lui être accordé une seule fois, sa vie durant.

Personne adhérente : toute personne salariée assurée en vertu du régime.

Personne assurée : toute personne admise à l'assurance, que ce soit à titre de personne adhérente ou de personne à charge.

Personne salariée : toute personne salariée assujettie à la convention collective. Le terme sert aussi à désigner les personnes salariées libérées pour activités syndicales aux termes de la convention collective et les personnes salariées de l'APTS.

Proche parent : personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, conjointe, fils, fille, père, mère, frère, sœur. Selon le contexte, peut aussi désigner une ou un ami dans le cas où la personne assurée n'a aucun proche parent.

Salaire : salaire de base auquel la personne adhérente a droit, majoré des primes et suppléments s'il y a lieu.

Salaire net : salaire, diminué des impôts fédéral et provincial, des cotisations à l'assurance emploi (AE), au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), au Régime de rentes du Québec (RRQ) et au Régime de pensions du Canada (RPC).

Voyage : aux fins de l'assurance annulation de voyage, se dit du déplacement d'une personne assurée partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un lieu qui en est éloigné d'au moins 200 kilomètres. De plus, pour être reconnu comme un voyage, le déplacement doit être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial et doit nécessiter une période d'absence incluant au moins 2 nuits consécutives. Pour être considérée comme un voyage, une croisière doit avoir une durée incluant au moins 2 nuits consécutives et être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

1.2 ADMISSIBILITÉ

1) **Personne salariée**

- a) Toute personne salariée est admissible à l'assurance après avoir complété l'une des périodes de service indiquées ci-dessous, qu'elle ait ou non terminé sa période de probation :
 - i) après 1 mois de service continu si elle est une personne salariée détentrice de poste, engagée à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet;
 - ii) après 3 mois de service continu si elle est une personne salariée non détentrice de poste, engagée à temps partiel ou non détentrice de poste qui travaille moins de 70 % du temps complet.

- b) Si une personne salariée est replacée dans un autre emploi en vertu du régime de sécurité d'emploi de la convention collective, son admissibilité à l'assurance chez son nouvel employeur est déterminée en tenant compte de sa durée d'emploi chez l'employeur précédent. La période de 1 mois ou de 3 mois prévue ci-dessus ne s'applique pas dans les cas où, après avoir quitté son employeur depuis 30 jours ou moins d'une façon qui se voulait définitive, la personne salariée revient chez le même employeur ou commence à travailler pour un nouvel employeur, pourvu que le présent régime existe chez ce nouvel employeur. La durée de l'emploi de la personne salariée tant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'unité de négociation est également utilisée aux fins du présent paragraphe.
- 2) **Personnes à charge**
Toute personne à charge d'une personne salariée est admissible à l'assurance à la plus tardive des dates suivantes :
- la date d'admissibilité de la personne salariée;
 - la date à laquelle elle devient une personne à charge.
- 3) **Personne retraitée réembauchée**
Aucune personne retraitée réembauchée n'est admissible au présent régime d'assurance collective.

1.3 PARTICIPATION

- 1) **Personne salariée**
- Régime d'assurance maladie
La participation au Régime d'assurance maladie est obligatoire pour toute personne salariée admissible, sous réserve du droit d'exemption décrit à la section 1.3.4). La personne doit toutefois choisir entre les 3 régimes suivants :
 - Régime maladie de base
 - Régime maladie intermédiaire
 - Régime maladie supérieur

La personne salariée doit avoir participé pendant au moins 48 mois au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur avant de pouvoir modifier son choix à la baisse.

Personne salariée de 65 ans ou plus
Malgré la durée minimale de participation prévue au régime choisi, une personne de 65 ans ou plus peut choisir de s'assurer en vertu du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Une personne salariée qui choisit de s'assurer auprès de la RAMQ peut se prévaloir du droit d'exemption mais elle ne peut plus, par la suite, être admise dans le Régime

d'assurance maladie. Ce choix de devenir assurée auprès de la RAMQ peut aussi être exercé par une personne conjointe de 65 ans ou plus.

b) Régime d'assurance soins dentaires

La participation au Régime d'assurance soins dentaires est facultative pour toute personne salariée admissible qui participe au Régime d'assurance maladie ou qui en est exemptée. Toutefois, la durée minimale de participation à ce régime est de 48 mois consécutifs. Lors d'un transfert d'un autre contrat d'assurance, cette période de 48 mois consécutifs est comptabilisée à partir de la date initiale d'adhésion à un régime d'assurance soins dentaires auquel participait la personne salariée œuvrant dans le secteur de la Santé et des Services sociaux.

c) Régime complémentaire I

La participation au Régime complémentaire I est obligatoire pour toute personne salariée admissible qui participe au Régime d'assurance maladie ou qui en est exemptée, sous réserve de ce qui suit :

- i) la personne salariée peut se prévaloir du droit de renonciation à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente (voir section 1.6); si elle le fait, toutefois, elle ne peut pas participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;
- ii) la participation à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est facultative.
- iii) la personne salariée peut se prévaloir du droit de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée si elle répond à l'un ou l'autre des critères suivants :
 - participer au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et détenir 33 années ou plus de service;
 - être âgée de 53 ans ou plus;
 - avoir signé une entente de départ à la retraite (sans possibilité de retour) dans la mesure où il y a 2 ans ou moins à courir entre la date de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée et la date de départ à la retraite.

L'exercice du droit de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée est irrévocable.

d) Dispositions particulières pour les personnes salariées travaillant 25 % ou moins du temps complet

i) Nouvelle personne salariée admissible

La nouvelle personne salariée admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet doit manifester son

désir de participer à l'assurance au moyen d'un avis écrit à l'employeur dans les 10 jours suivant la date à laquelle elle a reçu l'avis de ce dernier l'informant du pourcentage du temps qu'elle a travaillé par rapport au temps complet au cours de ses trois premiers mois d'emploi. Elle doit choisir entre ces 2 options, sous réserve de ce qui est prévu au droit d'exemption :

- participer uniquement à un régime maladie du Régime d'assurance maladie (choisir entre le régime maladie de base, intermédiaire ou supérieur); ou
- participer au Régime d'assurance maladie, au Régime complémentaire I et au Régime d'assurance soins dentaires (facultatif) à la condition de participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective.

Les règles de participation au Régime d'assurance soins dentaires des personnes salariées travaillant plus de 25 % du temps complet demeurent applicables.

La nouvelle personne salariée admissible qui ne soumet pas de demande écrite à l'employeur dans le délai de 10 jours prévu ci-dessus se voit octroyer uniquement le régime maladie de base du Régime d'assurance maladie avec un statut de protection individuel.

Si la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet participe uniquement au Régime d'assurance maladie ou en est exemptée, elle peut choisir de participer aux autres garanties du régime le 1^{er} janvier de chaque année en le demandant par écrit à l'employeur avant le 30 novembre précédent, à la condition qu'elle participe aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective.

ii) Révision du pourcentage de temps travaillé

À 25 % ou moins du temps complet

La personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet au cours de la période de référence (période de 12 mois complets se terminant le 31 octobre de l'année précédente) doit soumettre une demande écrite à l'employeur dans les 10 jours suivant la date à laquelle elle a reçu l'avis de l'employeur l'informant du temps qu'elle a travaillé au cours de la période de référence. Elle doit choisir entre ces 3 options, sous réserve de ce qui est prévu au droit d'exemption :

- participer uniquement au régime maladie de base; ou
- maintenir uniquement sa participation au régime maladie détenu avant la révision de son temps travaillé; ou
- maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait avant la révision de son temps travaillé, à condition de participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective.

Si la personne adhérente ne soumet pas de demande écrite à l'employeur dans le délai de 10 jours prévu ci-dessus, elle maintient sa participation uniquement au régime maladie détenu avant la révision de son temps travaillé et sa participation aux autres garanties cesse.

Si la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet participe uniquement au Régime d'assurance maladie ou en est exemptée, elle peut choisir de participer aux autres garanties du régime le 1^{er} janvier de chaque année en le demandant par écrit à l'employeur avant le 30 novembre précédent, à la condition qu'elle participe aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues à la convention collective. Advenant que la personne adhérente ait choisi de participer uniquement au régime maladie de base et qu'elle participait, avant la révision de son temps travaillé, au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur ou au Régime d'assurance soins dentaires, elle doit reprendre sa participation à ces régimes lorsqu'elle demande de participer à nouveau aux autres garanties si la période minimale de participation de 48 mois n'est pas complétée. La durée de sa participation au régime maladie de base est alors comptabilisée dans la période de 48 mois.

À plus de 25 % du temps complet

La personne adhérente qui participe uniquement au Régime d'assurance maladie ou qui en est exemptée et dont le pourcentage de temps travaillé passe à plus de 25 % du temps complet est soumise dès le 1^{er} janvier suivant à l'ensemble des règles de participation des personnes adhérentes travaillant plus de 25 % du temps complet.

Advenant que la personne adhérente ait choisi de participer uniquement au régime maladie de base et qu'elle participait, avant la révision de son temps travaillé, au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie

supérieur ou au Régime d'assurance soins dentaires, elle doit reprendre sa participation à ces régimes si la période minimale de participation de 48 mois n'est pas complétée. La durée de sa participation au régime maladie de base est comptabilisée dans la période de 48 mois.

iii) Règle générale

Si la personne adhérente travaillant 25 % ou moins du temps complet participe au Régime d'assurance maladie, au Régime complémentaire I et au Régime d'assurance soins dentaires (facultatif), elle est soumise aux mêmes règles de participation, selon le régime concerné, qu'une personne qui travaille plus de 25 % du temps complet et elle doit maintenir sa participation à ces régimes tant qu'elle travaille 25 % ou moins du temps complet.

2) **Personnes à charge**

a) Régime d'assurance maladie

Toute personne adhérente doit assurer ses personnes à charge en vertu du Régime d'assurance maladie, sous réserve de ce qui est prévu au droit d'exemption et des dispositions s'appliquant aux personnes conjointes de 65 ans ou plus. Le choix que fait la personne adhérente entre le régime maladie de base, le régime maladie intermédiaire et le régime maladie supérieur s'applique aussi à ses personnes à charge.

b) Régime d'assurance soins dentaires

La participation des personnes à charge au Régime d'assurance soins dentaires est facultative, selon les règles prévues au point 1.3.3).

c) Régime complémentaire I

La participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est obligatoire pour les personnes à charge assurées en vertu du Régime d'assurance maladie. Toutefois, la personne adhérente qui s'exempte de participer au Régime d'assurance maladie ou qui choisit un statut de protection individuel ne peut pas participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

Une personne adhérente qui participe uniquement au Régime d'assurance maladie parce qu'elle travaille 25 % ou moins du temps complet ou parce qu'elle est en période d'absence temporaire du travail ne peut pas participer à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge, peu importe son statut de protection.

La participation à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est facultative. Toutefois, la personne salariée doit être au travail ou apte au travail à la date où elle en fait la demande.

3) Statut de protection

Les régimes pour lesquels un statut de protection doit être déterminé sont le Régime d'assurance maladie et le Régime d'assurance soins dentaires. Les statuts de protection possibles sont les suivants :

Statut de protection	Personnes assurées
Individuel - I	La personne adhérente.
Monoparental - M	La personne adhérente et ses enfants à charge.
Familial - F	La personne adhérente et ses personnes à charge.

Le statut de protection d'une personne adhérente en vertu du Régime d'assurance maladie détermine ses possibilités de statut de protection en vertu du Régime d'assurance soins dentaires. Les combinaisons possibles sont les suivantes :

Régime	Combinaisons					
	1	2	3	4	5	6
Assurance maladie	I	M	M	F	F	F
Assurance soins dentaires	I	M	I	F	M	I

La personne adhérente qui obtient une exemption de participation au Régime d'assurance maladie peut s'assurer selon le statut de protection individuel, monoparental ou familial pour le Régime d'assurance soins dentaires.

4) Droit d'exemption

Une personne salariée admissible ou une personne adhérente peut refuser ou cesser de participer au Régime d'assurance maladie. Pour se prévaloir de ce droit, elle doit en faire la demande à SSQ par l'entremise de son employeur et démontrer à ce dernier qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, sont assurées en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments. De plus, toute personne de 65 ans ou plus qui est assurée en vertu du RGAM administré par la RAMQ peut s'exempter de participer au Régime d'assurance maladie. Le droit d'exemption permet aussi de cesser de participer au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur même si la période minimale de 48 mois de participation n'est pas terminée.

Pour être exemptée de participer au Régime d'assurance soins dentaires, la personne salariée admissible ou la personne adhérente doit en faire la demande à SSQ par l'entremise de son employeur et démontrer à SSQ qu'elle, et ses personnes à

charge le cas échéant, sont couvertes par un régime d'assurance soins dentaires à participation obligatoire du secteur public et qu'il leur est impossible d'obtenir une exemption spécifique de participation au régime en question. Le droit d'exemption permet aussi de cesser de participer au Régime d'assurance soins dentaires même si la période minimale de 48 mois de participation n'est pas terminée.

a) Début d'exemption

- i) L'exemption d'une nouvelle personne salariée débute à sa date d'admissibilité si, au plus tard 30 jours après cette date, SSQ reçoit la demande écrite dûment remplie. Sinon, elle débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle SSQ reçoit la demande.
- ii) L'exemption d'une personne adhérente débute à la date de l'événement ouvrant droit à l'exemption si, au plus tard 30 jours après cette date, SSQ reçoit la demande écrite dûment remplie. Sinon, elle débute le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

b) Fin d'exemption

La personne adhérente qui est exemptée de participer au Régime d'assurance maladie ou au Régime d'assurance soins dentaires peut y adhérer plus tard, à la condition de démontrer de manière jugée satisfaisante par SSQ :

- i) qu'elle, et ses personnes à charge le cas échéant, étaient antérieurement assurées en vertu de l'assurance concernée ou de toute autre assurance collective similaire;
- ii) qu'il est devenu impossible pour elle, et ses personnes à charge le cas échéant, de continuer à être assurées par le régime ayant permis l'exemption.

Si la demande de fin d'exemption est reçue par SSQ dans les 30 jours suivant la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption :

Son assurance entre en vigueur à la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

Toute personne adhérente qui participait au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur ou au Régime d'assurance soins dentaires avant le début de l'exemption doit reprendre sa participation aux mêmes régimes si la durée minimale de 48 mois de participation n'est pas complétée. La période d'exemption est comptabilisée dans la période minimale de 48 mois.

Si une personne adhérente bénéficie de l'exonération des primes du Régime d'assurance maladie au moment où elle fait sa demande d'adhésion par suite de fin d'exemption, le régime maladie qui lui est octroyé ne peut être supérieur à celui qu'elle détenait avant le début de l'exemption. Si son exemption a débuté avant le 1^{er} janvier 2008 ou dès qu'elle est devenue admissible à l'assurance, elle doit choisir entre le régime maladie de base ou le régime maladie intermédiaire.

Si toutefois la demande de fin d'exemption est reçue par SSQ plus de 30 jours après la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption :

- *Régime d'assurance maladie*

Le régime **maladie de base** est octroyé selon le statut de protection désiré le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle la demande parvient à SSQ.

Si la personne adhérente choisit le régime maladie intermédiaire ou le régime maladie supérieur, le régime en question entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle la demande de fin d'exemption parvient à SSQ si la personne n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon il entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail.

Toute personne adhérente qui participait au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur avant le début de l'exemption doit reprendre sa participation à l'un de ces régimes si la durée minimale de 48 mois de participation n'est pas complétée. Le régime en question entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle la demande de fin d'exemption parvient à SSQ si la personne n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon il entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail. Toute période minimale de 48 mois de participation déjà commencée recommencera à courir à partir de la date de mise en vigueur.

- *Régime d'assurance soins dentaires*

L'assurance entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle la demande parvient à SSQ mais l'assurance d'une personne adhérente qui est invalide à cette date de mise en vigueur entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail. Les limites progressives de remboursement indiquées à la section 1.5.4) a) s'appliquent. Toute période minimale de 48 mois de participation déjà commencée recommencera à courir à partir de la date de mise en vigueur.

1.4 ADHÉSION

- 1) Les demandes d'adhésion doivent être remplies par les personnes salariées, puis les employeurs doivent les transmettre à SSQ dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité des personnes pour qui l'assurance est demandée. Le formulaire de demande d'adhésion est disponible au service des ressources humaines de l'employeur.
- 2) Toute demande d'adhésion doit indiquer le régime maladie choisi et la participation au Régime d'assurance soins dentaires s'il y a lieu, ainsi que les statuts de protection désirés par la personne salariée. Sous réserve des règles de participation relatives aux personnes à charge, l'assurance d'une personne adhérente entraîne celle de ses enfants à charge, ou celle de sa personne conjointe et de ses enfants à charge, selon qu'elle choisit un statut de protection monoparental ou familial.
- 3) Pour ce qui est du Régime d'assurance maladie, le régime **maladie de base** est octroyé à la personne salariée admissible qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion dans les délais accordés pour ce faire. De plus, la personne est alors assurée d'office selon le statut de protection individuel.

1.5 ENTRÉE EN VIGUEUR DE L'ASSURANCE

1) Personne salariée

a) Régime d'assurance maladie

L'assurance de la personne salariée, en vertu du Régime d'assurance maladie, entre en vigueur à :

- i) la date à laquelle la personne salariée devient admissible, s'il s'agit d'une personne salariée nouvellement admissible; ou
- ii) la date de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si toutefois la demande d'adhésion ou de fin d'exemption est reçue par SSQ plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, le régime **maladie de base** est octroyé à la date d'admissibilité lorsqu'il s'agit de la demande d'adhésion, ou le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle SSQ reçoit la demande dans le cas d'une fin d'exemption. Les règles de modification à la hausse prévues à la section 1.8.1) s'appliquent.

b) Régime d'assurance soins dentaires

L'assurance de la personne salariée en vertu du Régime d'assurance soins dentaires entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- i) la date à laquelle la personne salariée devient admissible, s'il s'agit d'une personne salariée nouvellement admissible et qui est au travail ou apte au travail à cette date, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail;
- ii) la date de l'ajout d'une personne conjointe ou d'un enfant à charge d'une personne adhérente, si la demande d'adhésion selon un statut de protection monoparental ou familial est remise à SSQ au plus tard 30 jours après le début de l'admissibilité des personnes à charge concernées et que la personne adhérente est au travail ou apte au travail à cette date, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail;
- iii) la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, si la demande est remise à SSQ au plus tard 30 jours après cette date;
- iv) le 1^{er} janvier, dans le cas d'une personne salariée dont le pourcentage de temps travaillé a augmenté à plus de 25 % du temps complet au cours de la période de référence (période de 12 mois complets se terminant le 31 octobre de l'année précédente) et qui désire participer à ce régime ou qui doit compléter sa période minimale de participation de 48 mois, pourvu qu'elle soit au travail ou apte au travail audit 1^{er} janvier, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail. Les règles prévues à la section 1.5.4) a) s'appliquent;
- v) le 1^{er} janvier, si la demande d'adhésion est remise à SSQ dans le délai prévu, dans le cas d'une personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet et qui désire participer à ce régime ou qui doit compléter sa période minimale de participation de 48 mois, pourvu qu'elle soit au travail ou apte au travail audit 1^{er} janvier, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail. Les règles prévues à la section 1.5.4) a) s'appliquent.

Si toutefois la demande d'adhésion ou de fin d'exemption est reçue par SSQ plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle SSQ reçoit la demande si la personne n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon l'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail. Les règles prévues à la section 1.5.4) a) s'appliquent.

c) **Régime complémentaire I**

L'assurance de la personne salariée en vertu du Régime complémentaire I entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- i) la date à laquelle la personne salariée devient admissible, s'il s'agit d'une personne salariée nouvellement admissible et qui est au travail ou apte au travail à cette date, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail;
- ii) le 1^{er} janvier, dans le cas d'une personne salariée dont le pourcentage de temps travaillé a augmenté à plus de 25 % du temps complet au cours de la période de référence (période de 12 mois complets se terminant le 31 octobre de l'année précédente) et qui est au travail ou apte au travail audit 1^{er} janvier, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail;
- iii) le 1^{er} janvier, si la demande d'adhésion est remise à SSQ dans le délai prévu, dans le cas d'une personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet et qui est au travail ou apte au travail audit 1^{er} janvier, sinon l'assurance entre en vigueur à la date de son retour effectif au travail;
- iv) le premier jour de la période de paie qui suit la date à laquelle l'employeur reçoit de SSQ l'acceptation des preuves d'assurabilité, dans le cas de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.

2) Personnes à charge

a) Régime d'assurance maladie

Sous réserve du fait qu'elle ne peut pas débiter avant celle de la personne salariée, l'assurance des personnes à charge en vertu du Régime d'assurance maladie entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- i) la date à laquelle la personne à charge devient admissible;
- ii) la date de la fin de l'assurance ayant permis l'exemption.

Si toutefois la demande d'adhésion ou de fin d'exemption est reçue par SSQ plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

b) Régime d'assurance soins dentaires

Sous réserve du fait qu'elle ne peut pas débiter avant celle de la personne salariée, l'assurance des personnes à charge en vertu du Régime d'assurance soins dentaires entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes :

- i) la date à laquelle la personne à charge devient admissible;
- ii) la date de l'ajout d'une personne conjointe ou d'un enfant à charge d'une personne adhérente non assurée en vertu du Régime d'assurance soins dentaires;
- iii) la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption;
- iv) le 1^{er} janvier, dans le cas d'une personne salariée dont le pourcentage de temps travaillé a augmenté à plus de 25 % du temps complet au cours de la période de référence (période de 12 mois complets se terminant le 31 octobre de l'année précédente) et qui désire faire participer ses personnes à charge à ce régime;
- v) le 1^{er} janvier, dans le cas d'une personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet et qui désire faire participer ses personnes à charge à ce régime.

Si toutefois la demande d'adhésion ou de fin d'exemption est reçue par SSQ plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle SSQ reçoit la demande si la personne salariée n'est pas invalide audit 1^{er} janvier, sinon l'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail.

c) Régime complémentaire I

Sous réserve du fait qu'elle ne peut pas débiter avant celle de la personne salariée, l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe en vertu du Régime complémentaire I entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui suit la date à laquelle l'employeur reçoit l'acceptation par SSQ de la demande d'adhésion à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

L'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge débute à la date d'entrée en vigueur du statut de protection monoparental ou familial pour le Régime d'assurance maladie, et ce, que la personne salariée admissible ou la personne adhérente soit apte ou non au travail à cette date.

3) Preuves d'assurabilité en assurance vie

Les garanties d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe sont dans tous les cas assujetties à la présentation de preuves d'assurabilité à la satisfaction de SSQ, autant au moment de l'adhésion que lors d'une demande d'augmentation du montant d'assurance.

Si la personne adhérente a utilisé le droit de renonciation à son assurance vie de base et désire par la suite participer à cette assurance, elle doit le demander par écrit à SSQ et lui fournir les preuves d'assurabilité requises.

4) **Particularités concernant le Régime d'assurance soins dentaires**

a) **Adhésion tardive**

Si une personne salariée ou une personne adhérente présente une demande d'adhésion ou de fin d'exemption plus de 30 jours après la date d'admissibilité ou la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption, l'assurance soins dentaires entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle SSQ reçoit la demande si la personne n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon l'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail. Les limites de remboursement suivantes s'appliquent alors à l'ensemble des frais de soins dentaires :

- i) 600 \$ par personne assurée pour les frais engagés au cours de la première année civile d'assurance de la personne adhérente;
- ii) 800 \$ par personne assurée pour les frais engagés au cours de la deuxième année civile d'assurance de la personne adhérente;
- iii) 1 000 \$ par personne assurée pour les frais engagés au cours d'une même année civile par la suite.

b) **Personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet**

Les limites progressives de remboursement indiquées en a) ci-dessus s'appliquent également à la personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet et qui commence à participer au Régime d'assurance soins dentaires un 1^{er} janvier.

1.6 **DROIT DE RENONCIATION À L'ASSURANCE VIE DE BASE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE**

Toute personne salariée admissible ou personne adhérente qui est protégée par une police **individuelle** d'assurance vie d'un montant minimal de 25 000 \$ peut renoncer à l'assurance vie de base de la personne adhérente du Régime complémentaire I. Pour ce faire, elle doit remplir le formulaire « Demande de renonciation au régime d'assurance vie de base de la personne adhérente » disponible auprès du service des ressources humaines de son employeur et joindre la preuve de sa couverture. La renonciation s'applique à compter du premier jour de la première période de paie qui suit l'acceptation de la demande par SSQ. À partir de cette date, la personne salariée admissible ou la personne adhérente ne peut plus participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente.

1.7 MODIFICATION DU STATUT DE PROTECTION

1) **Modification à la hausse**

Une personne adhérente assurée selon un statut de protection individuel ou monoparental peut choisir d'assurer sa personne conjointe ou ses enfants à charge, selon le cas, sans soumettre de preuves d'assurabilité pour ces personnes, et cela, dès que ces personnes deviennent admissibles à l'assurance ou dès qu'elles cessent d'être assurées par un régime collectif d'assurance médicaments ou d'assurance soins dentaires, à la condition que la demande d'adhésion soit soumise à SSQ au plus tard 30 jours après la date d'admissibilité des personnes concernées ou de la fin dudit régime collectif.

Au-delà de ce délai de 30 jours, le nouveau statut de protection entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle SSQ reçoit la demande en ce qui concerne le Régime d'assurance maladie. Pour le Régime d'assurance soins dentaires, le nouveau statut de protection entre en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle la demande parvient à SSQ si la personne adhérente n'est pas invalide à cette date de mise en vigueur, sinon il entrera en vigueur le 1^{er} janvier suivant la date de son retour effectif au travail. Le remboursement maximal applicable aux personnes à charge est le même que celui applicable à la personne adhérente.

2) **Modification à la baisse**

Une personne adhérente assurée selon un statut de protection familial ou monoparental demeure assurée selon ce statut tant qu'elle a une ou des personnes à charge admissibles. Il est cependant précisé à cet égard que cette personne adhérente peut réduire sa protection en faveur d'un statut de protection individuel ou monoparental, selon le cas, seulement à compter du premier jour de la période de paie qui suit la date à laquelle l'employeur reçoit un avis écrit à cet effet.

1.8 MODIFICATION DU CHOIX DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

1) **Modification à la hausse**

Une personne salariée qui choisit le régime maladie de base ou le régime maladie intermédiaire peut faire modifier son assurance en faveur d'un régime plus avantageux au 1^{er} janvier de chaque année. Pour ce faire, elle doit le demander à l'aide du formulaire « Demande d'adhésion ou de changement », qu'elle doit remettre dûment rempli à la personne responsable des assurances chez son employeur. La date d'entrée en vigueur d'une telle modification est le 1^{er} janvier suivant la date à laquelle SSQ reçoit le formulaire.

Malgré ce qui précède, le choix d'un régime d'assurance maladie ne peut pas être modifié à la hausse pendant que la personne salariée est en invalidité.

2) **Modification à la baisse**

Une personne salariée qui choisit le régime maladie intermédiaire ou le régime maladie supérieur peut faire modifier son assurance en faveur d'un régime moins avantageux, **à la condition d'avoir participé pendant au moins 48 mois au régime qu'elle veut remplacer**. Pour ce faire, elle doit le demander à l'aide du formulaire « Demande d'adhésion ou de changement », qu'elle doit remettre dûment rempli à la personne responsable des assurances chez son employeur. La date d'entrée en vigueur d'une telle modification est le premier jour de la période de paie suivant la date à laquelle l'employeur reçoit le formulaire.

Si la personne adhérente a bénéficié d'une période d'exemption ou d'une période pour laquelle elle a maintenu le régime maladie de base en raison d'une absence temporaire du travail ou d'une diminution de son temps travaillé à 25 % ou moins du temps complet, la durée de ces périodes est comptabilisée dans le calcul de la durée minimale de participation de 48 mois prévue au régime maladie intermédiaire et au régime maladie supérieur.

1.9 **EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ TOTALE**

1) **Personne adhérente**

a) Régime d'assurance maladie et Régime d'assurance soins dentaires

La participation au Régime d'assurance maladie, et au Régime d'assurance soins dentaires le cas échéant, est maintenue sans paiement de primes à compter du 6^e jour ouvrable suivant le début de l'invalidité totale pour ce qui est de la personne adhérente qui y participait à titre de personne salariée détentriche de poste à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet (8^e jour d'invalidité totale à compter du premier jour d'invalidité totale où la personne devait normalement se présenter au travail pour ce qui est de toute autre personne adhérente), et cela, pour une période d'invalidité totale ne dépassant pas 3 ans et ne pouvant en aucun cas se poursuivre après l'âge de 71 ans, ni après la fin du contrat.

Si la personne adhérente reçoit de 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 ait débuté avant son 62^e anniversaire de naissance, l'exonération des primes se termine au plus tard le jour où elle atteint l'âge de 65 ans. Si la personne adhérente reçoit les pleines prestations

prévues par la loi et que son invalidité totale a débuté à l'âge de 62 ans ou après, la période d'exonération des primes ne peut être supérieure à 3 ans et ne peut en aucun cas se poursuivre après le jour où elle atteint l'âge de 71 ans, ni après la fin du contrat.

b) Régime complémentaire I

La participation au Régime complémentaire I est maintenue sans paiement de primes, à compter du 6^e jour ouvrable suivant le début de l'invalidité totale pour ce qui est de la personne adhérente qui y participait à titre de personne salariée détentrice d'un poste à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet (8^e jour d'invalidité totale à compter du premier jour d'invalidité totale où la personne devait normalement se présenter au travail, pour ce qui est de toute autre personne adhérente). Cette exonération des primes prend cependant fin dès que la personne atteint l'âge de 60 ans en ce qui concerne l'assurance salaire de longue durée et dès qu'elle atteint l'âge de 65 ans pour ce qui est des autres garanties. Toutefois, pour les garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente, d'assurance en cas de mutilation accidentelle, d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe, si la personne adhérente est devenue totalement invalide à l'âge de 62 ans ou après, la période d'exonération des primes ne peut être supérieure à 3 ans et ne peut en aucun cas se poursuivre après le jour où elle atteint l'âge de 71 ans.

Ces dispositions sont applicables tant que la personne adhérente demeure totalement invalide et pour autant que le contrat demeure en vigueur pour la garantie d'assurance en cas de mutilation accidentelle ou pour autant que le contrat demeure en vigueur ou non pour toutes les autres garanties du Régime complémentaire I.

2) **Contribution de l'employeur**

La contribution payée par l'employeur est exonérée après les 104 semaines de prestations d'assurance salaire prévues à la convention collective.

3) **Absence d'exonération**

Malgré toute autre disposition relative à l'exonération des primes, celle-ci ne s'applique pas à une personne adhérente qui bénéficie d'un retrait préventif lié à une grossesse ou à l'allaitement et approuvé par la CSST; elle ne s'applique pas non plus lors d'une assignation temporaire d'une personne adhérente qui reçoit le salaire qu'elle touchait avant le début de son invalidité totale. Pour la personne salariée autre qu'à temps complet, le salaire considéré est celui qui a été utilisé pour établir la prestation d'assurance salaire.

1.10 ABSENCES TEMPORAIRES DU TRAVAIL

La personne adhérente qui ne se prévaut pas d'une possibilité de maintien de son assurance dès le début d'une période d'absence temporaire du travail ne peut le faire par la suite au cours de cette même période.

1) **Pendant un congé sans rémunération de 28 jours ou moins ou un congé avec rémunération**

La participation à tous les régimes est maintenue; la personne adhérente et l'employeur doivent payer leur prime respective.

2) **Pendant un congé sans rémunération de plus de 28 jours**

La personne adhérente doit soumettre une demande écrite à l'employeur avant le début de son absence. Elle doit choisir entre ces 3 options :

- participer uniquement au régime maladie de base; ou
- maintenir uniquement sa participation au régime maladie détenu avant le début du congé; ou
- maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait avant le début du congé. Dans un tel cas, la personne adhérente doit payer elle-même la prime totale par l'entremise de l'employeur.

Si la personne adhérente ne soumet pas de demande écrite à l'employeur avant le début de l'absence, elle maintient uniquement sa participation au régime maladie détenu avant le début du congé.

La personne adhérente et l'employeur doivent maintenir le paiement de leur part respective de la prime à l'égard du maintien de participation au Régime d'assurance maladie lors d'un congé pour des raisons familiales ou parentales prévu par la loi. Tout montant supplémentaire de primes requis à l'égard du maintien de participation au régime maladie intermédiaire ou au régime maladie supérieur doit être payé par la personne adhérente.

De plus, lors d'un congé sans solde pour soutien aux Forces canadiennes, les mêmes règles s'appliquent. Les montants versés par un régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes viendront réduire les prestations payables par le présent régime.

3) **Pendant une période d'absence en raison de congédiement**

- a) Pendant une période où une personne adhérente congédiée conteste son congédiement par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail, elle peut maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait, sauf à l'égard de l'assurance salaire de longue durée du Régime complémentaire I, en payant elle-même la totalité de la prime requise à SSQ, jusqu'à ce que la décision finale soit rendue. Si la personne adhérente ne maintient pas sa participation à l'ensemble des régimes, elle doit participer au régime maladie

de base du Régime d'assurance maladie et payer la totalité de la prime requise à cet égard directement à SSQ.

- b) La participation à l'assurance salaire de longue durée du Régime complémentaire I ne peut être maintenue tant que la décision finale sur le grief ou le recours à l'arbitrage n'est pas connue. Si la décision est favorable à la personne salariée, la garantie est alors remise en vigueur à la date du congédiement, et toute invalidité totale ayant débuté durant cette période est reconnue. Le délai de carence débute à compter de la date du début de l'invalidité totale en question. Les primes doivent alors être payées 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.
- 4) **Pendant une période d'absence en raison de suspension**
- a) Dans le cas où une personne adhérente est suspendue pour une période de 28 jours ou moins, sa participation à tous les régimes est maintenue durant la suspension. L'employeur et la personne adhérente doivent continuer à payer leur prime respective.
 - b) Dans le cas où une personne adhérente est suspendue pour une période supérieure à 28 jours, les règles applicables sont les mêmes que lors d'un congé sans rémunération de plus de 28 jours.
- 5) **Pendant une grève, un lock-out ou une cessation concertée de travail**
- La participation à l'assurance est maintenue pendant une période minimale de 30 jours uniquement à l'égard du régime maladie détenu. La personne adhérente et l'employeur doivent payer leur prime respective.
- 6) **Pendant un régime de congé à traitement différé**
- a) Pendant la période de contribution de la personne adhérente qui participe à un régime de congé à traitement différé, celle-ci doit maintenir sa participation aux régimes auxquels elle participait déjà avant le début de ladite période de contribution. Les primes et prestations du Régime complémentaire I pour l'assurance vie de la personne adhérente et l'assurance salaire de longue durée sont déterminées sur la base du salaire réduit, sauf si la personne adhérente choisit de maintenir sa participation sur la base du salaire qu'elle recevrait si elle ne participait pas au régime de congé à traitement différé, auquel cas cette information doit être fournie à SSQ avant même le début de la période de contribution du régime de congé.
 - b) Pendant la période de congé, les dispositions prévues pour un congé sans rémunération de plus de 28 jours s'appliquent. Toutefois, pour ce qui est du Régime complémentaire I, si la

personne adhérente maintient sa participation à l'assurance, les primes et prestations pour l'assurance vie de la personne adhérente et l'assurance salaire de longue durée sont déterminées sur la même base de salaire que celle qui s'est appliquée à la période de contribution.

- 7) **Pendant une participation au programme de retraite progressive**
- a) La participation à tous les régimes est maintenue; la personne adhérente et l'employeur doivent payer leur prime respective.
 - b) Pour le Régime complémentaire I, les primes et prestations de l'assurance vie de la personne adhérente et de l'assurance salaire de longue durée sont basées sur le salaire que l'employeur verse à la personne adhérente pour le temps effectivement travaillé et qui doit être communiqué à SSQ avant le début du programme. Une personne adhérente qui désire cesser sa participation à l'assurance salaire de longue durée doit soumettre une demande à SSQ avant le début du programme de retraite progressive et les dispositions suivantes s'appliquent :
 - i) Si l'entente concernant le programme a une durée égale ou inférieure à 24 mois, la participation à l'assurance salaire de longue durée cesse dès l'entrée en vigueur de l'entente.
 - ii) Si l'entente concernant le programme a une durée supérieure à 24 mois, la participation à l'assurance salaire de longue durée cesse au plus tard 24 mois avant la fin initialement prévue de l'entente. Si la personne adhérente est alors totalement invalide et qu'elle le soit devenue lorsque son assurance était toujours en vigueur, la fin de sa participation ne la prive pas du droit de toucher les prestations que prévoit la garantie, et cela, jusqu'à la date à laquelle elle atteint l'âge de 60 ans.
 - c) Sous réserve de ce qui est prévu ci-dessus, la participation à l'assurance et le droit aux prestations cessent au plus tard à la fin de l'entente concernant le programme de retraite progressive.

1.11 FIN DE L'ASSURANCE

- 1) **Personne adhérente**
 - a) **Régime d'assurance maladie**

L'assurance de toute personne adhérente en vertu du Régime d'assurance maladie prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin du contrat;
- ii) la date à laquelle elle cesse d'être admissible;
- iii) la date de l'événement ouvrant droit à l'exemption si la demande est transmise dans les 30 jours de cette date sinon, la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- iv) la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance et assume le paiement de sa prime;
- v) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée à son égard;
- vi) la date à laquelle elle prend sa retraite, sous réserve des dispositions d'exonération des primes.

b) Régime d'assurance soins dentaires

L'assurance de toute personne adhérente en vertu du Régime d'assurance soins dentaires prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin du contrat;
- ii) la fin de la période de paie au cours de laquelle elle met fin à sa participation au régime, pourvu que la période minimale de participation de 48 mois soit complétée;
- iii) la date à laquelle elle cesse d'être admissible;
- iv) la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- v) la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance, qu'elle choisisse d'y participer et assume le paiement de sa prime;
- vi) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée à son égard;
- vii) la date à laquelle elle prend sa retraite, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;
- viii) le 31 décembre suivant la période de référence pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet et qui n'a pas maintenu sa participation à ce régime.

c) Régime complémentaire I

L'assurance de toute personne adhérente en vertu du Régime complémentaire I prend fin à 23 h, 59 m 59 s, à la plus hâtive des dates suivantes :

- i) la date de la fin du contrat, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;

- ii) la date à laquelle elle cesse d'être admissible, sous réserve des dispositions de prolongation contenues au droit de transformation des garanties d'assurance vie;
- iii) la date à laquelle elle atteint l'âge de 58 ans, pour ce qui est de l'assurance salaire de longue durée, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;
- iv) la date à laquelle elle atteint l'âge de 65 ans, pour ce qui est de l'assurance en cas de mutilation accidentelle, sous réserve des dispositions d'exonération de primes;
- v) la fin de la période de paie au cours de laquelle elle informe l'employeur de sa volonté de cesser de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente;
- vi) le premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation par SSQ de la renonciation à l'assurance vie de base de la personne adhérente; toute assurance vie additionnelle de la personne adhérente se termine au plus tard à cette même date;
- vii) le premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation par SSQ de l'exercice du droit de retrait de la garantie d'assurance salaire de longue durée;
- viii) la date où cesse la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée selon les dispositions prévues pendant une participation au programme de retraite progressive;
- ix) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée à son égard;
- x) la date à laquelle elle prend sa retraite, sous réserve des dispositions d'exonération des primes;
- xi) le 31 décembre suivant la période de référence pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet et qui n'a pas maintenu sa participation à ce régime.

2) **Personnes à charge**

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

- a) la date de la fin de l'assurance de la personne adhérente;
- b) la date à laquelle elle cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- c) pour le Régime d'assurance maladie, la date de l'événement ouvrant droit à l'exemption si la demande est transmise dans les 30 jours de cette date sinon, la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;

- d) pour le Régime d'assurance soins dentaires, la fin de la période de paie au cours de laquelle elle obtient une exemption de participation;
- e) pour la catégorie de personnes à charge et le régime concernés, la date à laquelle une personne adhérente dont le statut de protection est monoparental ou familial modifie ce statut en faveur d'une protection individuelle ou monoparentale, selon le cas;
- f) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour la personne à charge concernée;
- g) la fin de la période de paie au cours de laquelle la personne adhérente informe l'employeur de sa volonté de cesser de participer à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- h) la date de début de la période de paie au cours de laquelle la personne adhérente en période d'absence temporaire du travail participe uniquement au Régime d'assurance maladie, pour ce qui est de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge;
- i) le 31 décembre suivant la période de référence pour la personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet et qui participe uniquement au Régime d'assurance maladie, pour ce qui est de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

1.12 DROIT DE TRANSFORMATION

1) Assurance vie

Si une personne adhérente cesse d'être admissible à l'assurance vie avant d'avoir atteint l'âge de 65 ans ou le jour où elle atteint l'âge de 65 ans, elle peut obtenir la transformation de son assurance vie collective en une assurance vie individuelle sans avoir à prouver son assurabilité, sur demande écrite transmise à SSQ **dans les 31 jours suivant la date où elle a cessé d'être admissible** à l'assurance collective. Ce droit de transformation est toujours assujéti aux taux et conditions alors en vigueur chez SSQ.

Les personnes à charge couvertes par l'assurance vie peuvent exercer un droit de transformation en même temps et aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'assurance vie de la personne adhérente si leur assurance vie prend fin en raison de l'un ou l'autre des événements suivants :

- a) elle cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- b) la personne adhérente décède.

2) Assurance maladie et assurance soins dentaires

La personne adhérente qui cesse d'être admissible à l'assurance maladie ou à l'assurance soins dentaires a le droit de la transformer en une assurance individuelle comparable offerte par SSQ, mais sans assurance médicaments, pour elle-même et pour ses personnes à charge s'il y a lieu, aux taux et conditions alors en vigueur chez SSQ et sans examen médical, à condition d'en faire la demande par écrit à SSQ **dans les 31 jours suivant la fin de son admissibilité.**

La personne conjointe et les enfants à charge de la personne adhérente peuvent exercer un droit de transformation en même temps et aux mêmes conditions que celles qui s'appliquent à la personne adhérente si leur assurance prend fin en raison de l'un ou l'autre des événements suivants :

- a) elle cesse de répondre à la définition de personne à charge;
- b) la personne adhérente décède.

1.13 DEMANDE DE PRESTATIONS

- 1) Toute demande de prestations et toutes pièces justificatives doivent être soumises à SSQ par la personne adhérente, à ses frais et à la satisfaction de SSQ, à l'intérieur des délais suivants :
 - a) Pour le Régime d'assurance maladie et le Régime d'assurance frais dentaires : au plus tard 12 mois après la date de l'événement ouvrant droit à des prestations.
 - b) Pour la garantie d'assurance en cas de mutilation accidentelle et les garanties d'assurance vie : au plus tard 3 ans après la date de l'événement ouvrant droit à des prestations.
 - c) Pour la garantie d'assurance salaire de longue durée : au plus tard 6 mois après l'expiration du délai de carence.
- 2) La personne adhérente doit fournir les preuves nécessaires à l'établissement de son droit à des prestations et au montant de ces dernières, ou les faire fournir à ses frais. De plus, SSQ peut exiger que la personne dont l'accident ou la maladie fait l'objet d'une demande de prestations ou d'exonération de primes soit examinée par une ou un médecin choisi et rémunéré par SSQ, et cela, aussi souvent que SSQ peut raisonnablement l'exiger pendant toute période d'invalidité totale aussi bien que pendant qu'une demande de prestations est en voie de règlement.

2. RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

2.1 ASSURANCE

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

2.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS

- 1) **Nécessité médicale** - Les frais couverts en vertu du Régime d'assurance maladie sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services nécessaires au traitement de la personne assurée en raison d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse, d'une complication de grossesse, d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse et qui, sauf indication contraire, ont été prescrits par une ou un médecin. Les fournitures doivent être acquises et les soins ou services reçus lorsque l'assurance qui est en vigueur en prévoit le remboursement.
- 2) **Complément aux assurances d'État** - Aux fins d'application du Régime d'assurance maladie, toutes les personnes assurées sont considérées comme étant aussi couvertes par l'assurance hospitalisation et l'assurance maladie de leur province de résidence au Canada. En aucun temps, les sommes versées par SSQ ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne avait été couverte par ces assurances d'État.
- 3) **Date où les frais sont engagés** - Les frais doivent être engagés pendant que la personne est assurée en vertu du contrat. Ils sont considérés comme ayant été engagés à la date à laquelle les services sont rendus.
- 4) **Coûts usuels et raisonnables** - Les frais ne doivent pas excéder les frais usuels et raisonnables normalement payés pour les services dans la région où ils sont rendus. Ils doivent s'appliquer à des soins communément rendus pour une condition comparable.
- 5) **Services professionnels en santé** - Pour être admissibles, les frais se rapportant aux soins et traitements fournis par une ou un professionnel de la santé doivent être engagés pour des honoraires payables à une personne qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements assurés qu'elle a rendus, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente reconnue par SSQ. Les frais admissibles ne couvrent qu'un seul traitement par jour, par profession, pour une même personne assurée. La ou le professionnel de la santé et

la personne assurée doivent ne pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.

2.3 DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES

Lorsqu'une personne assurée engage des frais décrits ci-après comme admissibles en vertu du régime d'assurance maladie qui la couvre, SSQ rembourse ces frais, sous réserve des dispositions de la présente assurance et de toute limite indiquée à cet égard au tableau « Votre régime en un coup d'œil ».

1) Médicaments

Les frais de médicaments porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par une personne légalement autorisée à les prescrire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par une ou un pharmacien, ou par une ou un professionnel de la santé conformément à l'article 37 de la *Loi sur la pharmacie*, sur présentation de reçus convenablement détaillés.

- Liste large (Régime maladie intermédiaire et Régime maladie supérieur)

Les médicaments visés par cette liste sont ceux inscrits à l'édition courante du fichier de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) et dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.

- Liste RAMQ (Régime maladie de base)

Les médicaments visés par cette liste sont ceux couverts en vertu du Régime général d'assurance médicaments (RGAM) et selon les conditions qui y sont déterminées.

Certains de ces médicaments, communément appelés « **médicaments d'exception** » dans la liste RAMQ, ne sont couverts que dans les cas déterminés par le règlement applicable au RGAM, selon les conditions et les indications thérapeutiques qui y sont précisées. Ces médicaments d'exception requièrent une autorisation préalable de SSQ.

Les **produits antitabac** couverts par SSQ sont les mêmes que ceux qui sont couverts par le RGAM. Le montant des frais admissibles est mis à jour annuellement selon les directives de la RAMQ.

Les frais engagés pour ce qui suit sont également admissibles :

- Les **seringues**, les **aiguilles**, les **lancettes** et les **bandelettes** utilisées pour le contrôle du diabète;
- Les **stérilets**, jusqu'à concurrence d'un stérilet par période de 24 mois, par personne assurée;

- Les multivitamines clairement identifiées par le fabricant comme **vitamines prénatales**;
- Les médicaments utilisés dans le traitement de **l'infertilité**. Le remboursement maximal pour ce type de médicament est de 1 500 \$ par année civile, par personne assurée.

a) **Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance des médicaments**

Aux exclusions, limitations et restrictions énoncées à la section 2.4 et qui s'appliquent à l'ensemble du Régime d'assurance maladie, s'ajoute l'exclusion des produits suivants pour l'assurance des médicaments, et cela, peu importe que les produits en question soient considérés comme des médicaments ou non :

- i) produits utilisés à des fins esthétiques ou cosmétiques ou pour l'hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux;
- ii) substances ou médicaments utilisés ou administrés à titre préventif;
- iii) médicaments de nature expérimentale ou obtenus par l'entremise du programme fédéral de médicaments d'urgence;
- iv) produits homéopathiques et produits dits naturels;
- v) produits antitabac, à l'exception de ceux qui sont couverts par le RGAM;
- vi) suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et selon les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;
- vii) écrans solaires ou lotions auto-bronzantes; toutefois, les écrans solaires répondant aux conditions prévues à la présente garantie et nécessaires aux personnes atteintes d'une maladie requérant de tels produits peuvent être couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert;
- viii) médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;

- ix) hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas l'entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés;
- x) médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital;
- xi) médicaments servant à traiter la dysfonction érectile et administrés uniquement par voie orale.

Les présentes exclusions ne doivent pas avoir pour effet d'exclure une fourniture ou un service pharmaceutique autrement couvert par le RGAM.

La contribution du patient exigé pour une personne assurée couverte par le RGAM n'est pas admissible.

b) Paiement différé

La personne assurée peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations. La marche à suivre est décrite à la section 5.1.2.a).

2) Transport par un service ambulancier

Lorsque l'état de santé de la personne assurée le requiert, les frais de transport terrestre par un service ambulancier, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près où les soins sont disponibles, y compris le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus immédiatement avant et durant le transport.

Le transport par avion (ou par hélicoptère dans les cas où il n'est pas couvert par un tiers), par bateau ou par train est également couvert lorsqu'une partie ou la totalité du trajet doit s'effectuer par l'un de ces moyens si la personne assurée doit être alitée et occuper l'équivalent de deux sièges. La nécessité médicale doit être démontrée à la satisfaction de SSQ. Dans tous les cas, le transport doit être effectué par un ambulancier licencié.

3) Transport et hébergement au Québec

Les frais de transport et d'hébergement au Québec pour consultation d'une ou d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée. Un rapport signé par la ou le médecin traitant de la personne assurée doit être transmis à SSQ. Ce rapport doit démontrer la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipuler le lieu de la consultation ou du traitement par la ou le médecin spécialiste. Ce lieu doit être le plus rapproché possible de la région de résidence de la personne assurée.

- Les frais admissibles à ce titre sont ceux qui sont engagés pour ce qui suit :

- Au transport pour un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Ils ne peuvent excéder le coût moyen du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé. En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence doivent être joints à la demande de prestations;
- À l'hébergement dans un établissement public, jusqu'à concurrence de 60 \$ de frais admissibles par jour, à la suite d'un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée, par la route la plus directe. La nécessité de l'hébergement doit également être démontrée, à la satisfaction de SSQ. Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations.
- Pour un enfant assuré de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont aussi admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.
- Le remboursement maximal prévu par la présente garantie est de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée; il est entendu à cet égard que ce maximum englobe les frais s'appliquant à un parent accompagnateur.

4) **Appareils orthopédiques**

Les frais de réparation, de location ou d'achat lorsque ce dernier mode est plus économique et ce après entente avec SSQ, de corsets, pansements médicamenteux, béquilles, attelles, plâtres, bandages herniaires et autres appareils orthopédiques.

5) **Appareils thérapeutiques**

Les frais de réparation, de location ou d'achat lorsque ce dernier mode est le plus économique et ce après entente avec SSQ.

À titre d'exemples, sont admissibles :

- les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite aiguë, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébulisateur ou compresseur);
- les stimulateurs de consolidation de fractures (ex. : stimulateur osseux);
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique);
- la pompe à insuline et ses accessoires;
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);

- les frais d'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale.

Cette garantie ne couvre pas les neurostimulateurs transcutanés ni les appareils de contrôle (tels que stéthoscopes, sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature) ni les accessoires domestiques (tels que les bains tourbillon, purificateurs d'air, humidificateurs, climatiseurs ou autres appareils de même nature).

6) **Neurostimulateur transcutané (TENS)**

Les frais pour l'achat, location, ajustement, remplacement ou réparation de neurostimulateur transcutané (TENS).

7) **Soutiens-gorges postopératoires**

Les frais pour l'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

8) **Assurance voyage avec assistance**

Consulter la section 2.5.

9) **Assurance annulation de voyage**

Consulter la section 2.6.

10) **Frais hospitaliers au Canada**

Les frais d'une chambre d'hôpital pour des soins d'hospitalisation de courte durée au Canada, jusqu'à concurrence de la différence entre le coût d'une salle et celui d'une chambre à deux lits (chambre semi-privée), sans limite quant au nombre de jours. Les frais relatifs à la contribution financière à l'hébergement (soins de longue durée) de même que les frais administratifs demandés par un hôpital ne sont pas couverts.

11) **Honoraires professionnels à la suite d'un accident aux dents naturelles**

Les honoraires professionnels d'une ou d'un chirurgien dentiste, d'une ou d'un spécialiste ou denturologiste, pour réparer des dommages à des dents saines et naturelles subis à la suite d'un accident survenu en cours d'assurance (les frais pour bris de dents survenus en mangeant ne sont pas couverts). Les soins doivent débuter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident.

Les frais admissibles sont limités au tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (ACDQ) pour l'année des traitements.

Les frais pour implant (incluant les frais engagés pour une prothèse sur implant) sont admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une couronne équivalente lors de la mise en bouche finale de la couronne sur implant seulement. Les frais

engagés pour les actes ou traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.) ne sont pas admissibles.

12) **Fauteuil roulant non motorisé et lit d'hôpital**

La location d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'un lit d'hôpital non électrique d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier pour combler un besoin temporaire seulement.

13) **Membres artificiels et prothèses externes**

Les frais d'achat de membres artificiels ou de prothèses externes, excluant les prothèses dentaires et capillaires, appareils auditifs, lunettes et lentilles cornéennes.

14) **Bas de contention**

Les frais d'achat de bas de contention (20 mm et plus d'Hg) vendus en pharmacie ou dans un établissement de santé, dans le cas d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

15) **Glucomètre**

Les frais d'achat ou de réparation d'un appareil servant à mesurer le taux de glucose sanguin.

16) **Chirurgie esthétique à la suite d'un accident**

Les frais de chirurgie esthétique nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident survenu en cours d'assurance. Les soins doivent débiter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident.

17) **Injections sclérosantes**

Les frais engagés pour le traitement des varices à des fins médicales seulement (et non esthétiques), pour des injections sclérosantes administrées par une ou un médecin.

18) **Infirmière et infirmière auxiliaire**

Les honoraires pour les services professionnels, au service continu et exclusif de la personne assurée à son domicile, d'une infirmière ou d'une infirmière auxiliaire.

19) **Chaussures orthopédiques**

Les frais d'achat de chaussures orthopédiques obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les chaussures orthopédiques doivent être conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Sont aussi admissibles, les frais engagés pour des chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit, de même que pour celles qui sont nécessaires au maintien des attelles dites de Denis Browne lorsque requises pour corriger ou compenser un défaut du pied. Les frais engagés pour des chaussures profondes ou pour toute forme de sandale ne sont pas admissibles.

- 20) **Orthèses podiatriques**
 Les frais d'achat d'orthèses podiatriques, obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Les frais admissibles sont limités aux montants prévus à la liste de prix de l'Association nationale des orthésistes du pied.
- 21) **Audiologiste, ergothérapeute et orthophoniste**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un audiologiste, une ou un ergothérapeute, ou une ou un orthophoniste.
- 22) **Physiothérapeute et thérapeute en réadaptation physique**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un physiothérapeute ou une ou un thérapeute en réadaptation physique.
- 23) **Ostéopathe**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un ostéopathe.
- 24) **Chiropraticien, acupuncteur et podiatre**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un chiropraticien, une ou un acupuncteur ou une ou un podiatre.
 Les frais de radiographies prises par une ou un chiropraticien sont limités à un remboursement maximal de 35 \$ par année civile, par personne assurée.
- 25) **Diététiste**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un diététiste.
- 26) **Psychologue et travailleuse sociale ou travailleur social**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un psychologue, ou une travailleuse sociale ou un travailleur social.
- 27) **Psychiatre, psychanalyste, conseillère ou conseiller en orientation, infirmière spécialisée en psychothérapie et psycho-éducatrice**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un psychiatre, une ou un psychanalyste, une conseillère ou un conseiller en orientation, une infirmière spécialisée en psychothérapie, ou une psycho-éducatrice.
- 28) **Massothérapeute, kinésithérapeute et orthothérapeute**
 Les honoraires pour services professionnels en clinique privée par une ou un massothérapeute, une ou un kinésithérapeute, ou une ou un orthothérapeute.

29) Soins oculaires

Les frais d'examen de la vue et d'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes incluant les frais d'ajustement, de remplacement ou de réparation, pour la correction de la vue, sur prescription d'une ou d'un ophtalmologiste ou d'une ou d'un optométriste. Aussi, les frais de chirurgie au laser effectuée pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie.

30) Appareil auditif

Les frais d'achat, ajustement ou réparation d'un appareil auditif.

2.4 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS S'APPLIQUANT À L'ENSEMBLE DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE

- 1) Le Régime d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement pour :
 - a) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées;
 - b) les frais engagés pour des soins, services ou fournitures pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime;
 - c) les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé;
 - d) 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;
 - e) les frais engagés pour des soins esthétiques, sauf si spécifié autrement;
 - f) les frais engagés du fait de mutilation volontaire, en quelque état que ce soit;
 - g) la contribution financière imposée aux personnes admissibles à la gratuité des frais de médicaments en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental;
 - h) les frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement;
 - i) les services ou produits liés au traitement du tabagisme, sauf si spécifié autrement;
 - j) les vaccins ou soins de nature préventive;
 - k) les frais liés à l'insémination artificielle ou au traitement de l'infertilité, sauf si spécifié autrement;

- l) les frais d'achat de contraceptifs autres qu'oraux (sauf si spécifié autrement);
 - m) les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels, ou résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile au Canada, déclarée ou non;
 - n) les frais résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile dans un pays étranger où voyage la personne assurée, dans la mesure où le Gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays; la présente exclusion ne s'applique pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du Gouvernement du Canada est par la suite émise, si la personne a pris les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais.
- 2) Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes sont déduites de toutes prestations payables en vertu du présent Régime d'assurance maladie.

2.5 ASSURANCE VOYAGE ET ASSISTANCE VOYAGE

- 1) Sous réserve des dispositions de la présente assurance voyage et de toute limite indiquée à cet égard au Tableau « Votre régime en un coup d'œil », SSQ paie les frais que la personne assurée doit engager à l'extérieur de sa province de résidence **à la suite d'un décès, un accident ou une maladie subite et inattendue** qui nécessitent des soins d'urgence et surviennent lorsque la personne assurée est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence. De plus, les frais engagés doivent être usuels, raisonnables et nécessaires et s'appliquer à un décès ou à des fournitures ou services prescrits par une ou un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.
- 2) Pour être couverte par l'assurance voyage, la personne assurée doit être admissible aux prestations des programmes gouvernementaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence au Canada, et cela, tout au long de son séjour à l'extérieur de sa province de résidence.

3) **Avertissement****IMPORTANT**

Si une personne sait qu'elle a une maladie, elle doit s'assurer avant de finaliser les arrangements du voyage et 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 pourraient survenir ou que des soins pourraient être requis pendant la durée du voyage à l'extérieur de sa province de résidence.

Pour que les conséquences d'une maladie ou affection connue soient couvertes, cette maladie ou affection doit être sous contrôle avant le départ de la personne.

Si la maladie ou l'affection :

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

il est recommandé de communiquer, quelques semaines avant le départ, avec la firme d'assistance voyage de SSQ. La personne assurée obtiendra ainsi des précisions sur la portée de la notion de « maladie subite et inattendue » de même que la confirmation que la garantie s'applique ou ne s'applique pas dans sa situation.

Aussi, si la personne voyage ailleurs qu'aux États-Unis ou en Europe de l'Ouest, des conseils utiles pour la santé pourront lui être fournis par le service d'assistance de SSQ. La personne assurée doit fournir son numéro de contrat au moment de l'appel. Les numéros de téléphone pour joindre le service d'assistance de SSQ dépendent de l'endroit d'où provient l'appel. Ce sont les suivants :

- A) Canada – États-Unis 1 800 465-2928
 B) Ailleurs dans le monde, à frais virés (514) 286-8412

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

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

4) **Frais admissibles d'assurance voyage**

Les frais admissibles sont les suivants :

- a) Les frais d'hospitalisation dans un hôpital où la personne assurée reçoit effectivement un traitement curatif. Les frais engagés sont payables uniquement pour la partie qui excède les prestations payables par les régimes gouvernementaux d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation.

- b) Les honoraires professionnels de médecin pour des soins médicaux, chirurgicaux ou d’anesthésie autres que des honoraires pour des soins dentaires. Les frais engagés sont payables dans la mesure où ils sont admissibles à des prestations en vertu du régime d’assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée et uniquement pour la partie des frais qui excède les prestations payables par le régime en question.
- c) Les frais de transport par une ou un ambulancier licencié en direction de l’hôpital le plus proche du lieu où est survenu l’accident ou la maladie.
- d) Les frais engagés pour des médicaments qui ne peuvent être obtenus que sur prescription médicale.
- e) Les honoraires d’une infirmière pour des soins infirmiers privés donnés exclusivement à l’hôpital, jusqu’à un remboursement maximal de 5 000 \$. L’infirmière doit n’avoir aucun lien de parenté avec la personne assurée, ni être une compagne ou un compagnon de voyage.
- f) Les honoraires d’une ou d’un chiropraticien, d’une ou d’un podiatre, ou d’une ou d’un physiothérapeute.
- g) Les frais de location d’un fauteuil roulant, d’un lit d’hôpital ou d’un appareil d’assistance respiratoire.
- h) Les frais d’analyses de laboratoire et de radiographies.
- i) Les frais d’achat de bandages herniaires, corsets, béquilles, attelles, plâtres ou autres appareils orthopédiques.
- j) Les honoraires professionnels d’une ou d’un chirurgien dentiste pour soigner des lésions accidentelles aux dents naturelles, jusqu’à un remboursement maximal de 1 000 \$ par voyage; les frais doivent être engagés pour un accident survenu à l’extérieur de la province de résidence et la personne doit être assurée par le Régime d’assurance maladie au moment où les frais sont engagés.
- k) Les frais de rapatriement de la personne assurée en direction de sa province de résidence pour une hospitalisation immédiate et les frais de transport pour conduire la personne assurée 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 le service d’assistance voyage de 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 de santé de la personne assurée.
- l) Le coût du transport aérien aller et retour en classe économique d’une escorte médicale, lorsqu’elle est exigée par le transporteur aérien ou la ou le médecin traitant de la personne assurée. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d’assistance voyage de SSQ; l’escorte médicale

doit ne pas être un proche parent de la personne assurée, ni une compagne ou un compagnon de voyage.

- m) Le coût du retour par une agence commerciale du véhicule personnel de la personne assurée ou d'un véhicule de location, à sa résidence ou à l'agence appropriée de location de véhicules la plus proche, si une maladie ou un accident rend la personne assurée incapable de s'en occuper, jusqu'à un remboursement maximal de 1 000 \$. La personne assurée doit présenter un certificat médical du médecin traitant à l'effet qu'elle est incapable de ramener elle-même son véhicule; ses compagnes ou compagnons de voyage doivent aussi être incapables de ramener le véhicule. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.
- n) En cas de décès de la personne assurée à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour du corps de la personne assurée par la route la plus directe pour la ramener chez elle, à l'exclusion des frais engagés pour un cercueil ou une urne funéraire, jusqu'à un remboursement maximal de 5 000 \$. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.
- o) Les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial, si la personne assurée a dû les engager parce qu'elle a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures, qu'il s'agisse de sa propre hospitalisation ou de celle d'une compagne ou d'un compagnon de voyage ou d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne, jusqu'à un remboursement maximal de 200 \$ par jour et de 1 600 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes assurées par la présente garantie.
- p) Les frais de transport aller et retour en classe économique par la route la plus directe, en avion, en autobus ou en train, selon le moyen le plus économique, d'un seul proche parent se rendant à l'hôpital où séjourne la personne assurée pendant au moins 7 jours, ou pour identifier la personne assurée décédée avant le transport de la dépouille. Ces frais doivent être convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ et la personne assurée doit présenter un document qui atteste de la nécessité de la visite et qui est rédigé par la ou le médecin traitant ou par les autorités locales. Les frais remboursables à ce titre, incluant le transport afin d'aller identifier le corps d'une personne assurée qui est décédée à l'étranger, ne peuvent excéder les montants suivants :
 - i) pour le transport, 2 500 \$ par séjour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille;

- ii) pour l'hébergement et les repas, 200 \$ par jour pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille, jusqu'à un maximum global de 1 600 \$ par séjour.

5) **Assistance voyage**

Le service d'assistance voyage sert d'intermédiaire entre SSQ et la personne assurée lorsque cette dernière est tenue d'obtenir une autorisation préalable pour se prévaloir des avantages de l'assurance voyage.

Les services d'assistance voyage sont les suivants. Ils ne sont pas disponibles dans tous les pays et ils peuvent être modifiés par SSQ sans préavis :

- a) Diriger la personne assurée vers une clinique ou un hôpital approprié.
- b) Vérifier la couverture de l'assurance médicale afin d'éviter si possible à la personne assurée d'effectuer un dépôt monétaire.
- c) Assurer le suivi du dossier médical de la personne assurée.
- d) Coordonner le retour et le transport de la personne assurée aussitôt que médicalement possible.
- e) Apporter une aide d'urgence ainsi que la coordination des demandes de règlement.
- f) Si nécessaire, prendre les dispositions pour le transport d'un membre de la famille au chevet de la personne assurée ou pour identifier ou coordonner le rapatriement d'une personne assurée décédée.
- g) Si nécessaire, prendre les dispositions pour le retour des personnes à charge assurées à leur domicile (frais de retour non compris).
- h) Si nécessaire, coordonner le retour du véhicule personnel de la personne assurée si une maladie ou un accident la rend incapable de s'en occuper.
- i) Si nécessaire, communiquer avec la famille ou avec l'employeur de la personne assurée.
- j) Servir d'interprète lors d'appels d'urgence.
- k) Recommander les services d'une ou d'un avocat dans le cas d'un accident grave. Les frais d'avocate ou d'avocat ne sont pas couverts.
- l) Si nécessaire, garantir le paiement des frais hospitaliers engagés.
- m) Faire les demandes de remboursement à la RAMQ au nom de la personne assurée, si cette dernière est d'accord.

6) **Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance voyage avec assistance**

Aux exclusions, limitations et restrictions énoncées à la section 2.4 et qui s'appliquent à l'ensemble du Régime d'assurance maladie, s'ajoutent les exclusions suivantes pour l'assurance voyage :

- a) les frais engagés après le refus de la personne assurée d'être rapatriée dans sa province de résidence à la demande de SSQ ou du service d'assistance voyage de SSQ;
- b) les frais engagés par la personne assurée hors de sa province de résidence, alors que ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence sans danger pour sa vie ou sa santé, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite; le fait que les soins offerts dans la province de résidence de la personne assurée soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être à l'étranger n'est pas considéré comme un danger pour la vie ou la santé de la personne assurée;
- c) les frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner ou de ne pas se rendre; la présente exclusion ne s'applique pas à une personne assurée se trouvant déjà à l'endroit en question au moment où le gouvernement du Canada émet sa recommandation, pourvu qu'elle prenne les dispositions nécessaires pour se conformer à cette recommandation dans les meilleurs délais;
- d) les frais payables en vertu de tout régime public;
- e) les frais engagés pour une chirurgie ou un traitement facultatifs ou non urgents;
- f) dans le cas d'un voyage entrepris dans le but d'obtenir une consultation ou de recevoir un traitement ou des soins médicaux, les frais engagés par suite de la condition médicale pour laquelle le voyage a été entrepris, peu importe que le voyage soit effectué sur recommandation d'une ou d'un médecin ou non;
- g) les frais engagés dans un établissement pour malades chroniques;
- h) les frais engagés dans un établissement pour soins prolongés ou une station thermale;
- i) les frais engagés à la suite de blessures ou d'un décès découlant de la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, *bungee*, saut en parachute ou parachutisme en chute libre et toute autre activité du même genre, tous sports extrêmes ou de combat, toute compétition de véhicules motorisés ainsi que toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;

- j) les frais relatifs à un événement dont la personne assurée pouvait raisonnablement prévoir qu'il risquait de se produire pendant la durée prévue du voyage ou peu après en raison de l'état dans lequel elle se trouvait au début du voyage; dans cette catégorie d'événements entrent une grossesse, une fausse couche, un accouchement et leurs complications, lorsque ces événements se produisent dans les 2 mois précédant la date normale prévue de l'accouchement ou après;
- k) les frais hospitaliers ou médicaux engagés pour des soins à l'égard desquels aucun remboursement n'est prévu par le régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée.

2.6 ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

1) Causes d'annulation de voyage pouvant entraîner des frais admissibles

Le voyage doit être annulé, prolongé ou interrompu en raison d'une des causes suivantes pour que des frais d'annulation de voyage puissent être admissibles :

- a) Une maladie ou un accident que subit la personne assurée, sa compagne ou son compagnon de voyage, la personne avec laquelle elle est associée en affaires ou un membre de sa famille; la maladie ou l'accident doit empêcher la personne concernée de remplir ses fonctions habituelles et être raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de la personne assurée ou pour en forcer l'interruption.
- b) Le décès de la personne adhérente, de sa personne conjointe, d'un enfant de la personne adhérente ou de sa personne conjointe, d'une compagne ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou de la personne associée en affaires de la personne assurée.
- c) Le décès d'un membre de la famille de l'une ou l'autre des personnes suivantes : la personne assurée; la personne conjointe de la personne assurée; un enfant de la personne assurée; une compagne ou un compagnon de voyage de la personne assurée. Les funérailles doivent toutefois avoir lieu au cours de la période du voyage ou dans les 14 jours qui le précèdent.
- d) Le décès, une maladie ou un accident d'une personne dont la personne assurée est la tutrice légale.
- e) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le suicide ou la tentative de suicide d'une compagne ou d'un compagnon de voyage de la personne assurée ou d'un membre de la famille de la personne assurée.

- f) Le décès d'une personne dont la personne assurée est la liquidatrice testamentaire.
- g) Le décès ou l'hospitalisation d'urgence de l'hôte à destination.
- h) La convocation de la personne assurée ou de sa compagne ou son compagnon de voyage à agir comme jurée ou l'assignation d'une de ces personnes à comparaître comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage, pourvu que cette personne ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue. Une telle convocation ou assignation n'est pas considérée comme admissible pour fins d'annulation ou d'interruption du voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou qu'il s'agit d'une ou d'un policier dont l'obligation à comparaître est liée à l'exercice de ses fonctions habituelles.
- i) La mise en quarantaine de la personne assurée, pourvu qu'elle se termine 7 jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période du voyage.
- j) Le détournement de l'avion à bord duquel la personne assurée voyage.
- k) Un sinistre qui rend inhabitable la résidence principale de la personne assurée ou de l'hôte à destination. La résidence doit toujours être inhabitable 7 jours ou moins avant la date prévue de départ, sinon, le sinistre doit avoir lieu pendant la période du voyage.
- l) Le transfert de la personne assurée, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, pourvu que ce transfert soit exigé par son employeur dans les 30 jours précédant la date déjà fixée du début du voyage.
- m) Nonobstant toute autre disposition du contrat, le terrorisme, la guerre, déclarée ou non, ou une épidémie, à un endroit où la personne assurée doit se rendre ou qu'elle doit quitter, pourvu que le gouvernement du Canada ait émis une recommandation de ne pas se rendre à cet endroit ou de le quitter. Cette recommandation doit être en vigueur pour la période du séjour ou du voyage et avoir été émise après que la personne assurée a finalisé les arrangements relatifs au voyage ou lorsqu'elle y séjourne déjà.
- n) Le retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pourvu que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins 3 heures avant l'heure de départ ou au moins 2 heures

avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par des difficultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être attestée par un rapport de police.

- o) Des conditions atmosphériques faisant en sorte que :
- le départ du transporteur public, 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
 - la personne assurée ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pourvu que la correspondance prévue après le départ soit retardée pour une période d'au moins 30 % (minimum de 48 heures) de la durée prévue du voyage.
- p) Un sinistre survenant à l'endroit où doit se tenir une activité à caractère professionnel ou commercial. Le sinistre doit rendre la tenue de l'activité impossible. Un avis écrit annulant l'activité doit avoir été émis par l'organisme officiel responsable de son organisation.
- q) Le décès ou l'hospitalisation de la personne avec laquelle la personne assurée a pris des arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère professionnel ou commercial. Dans ce cas, SSQ rembourse les frais de transport, ainsi que les frais d'hébergement jusqu'à concurrence de 3 jours.

2) Frais admissibles d'assurance annulation de voyage

Sous réserve des dispositions de la présente assurance annulation de voyage et de toute limite indiquée à cet égard au Tableau « Votre régime en un coup d'œil », SSQ rembourse les frais admissibles d'assurance annulation de voyage prévus au régime d'assurance collective de l'APTS lorsqu'une personne assurée doit annuler, prolonger ou interrompre un voyage en raison de l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'assurance annulation de voyage. Seuls les frais payés d'avance peuvent être admissibles en vertu de l'assurance annulation de voyage. **De plus, la personne assurée devait ne connaître aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'annulation, la prolongation ou l'interruption du voyage au moment d'en finaliser les arrangements.**

En cas d'annulation avant le départ

- a) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.

- b) Les frais supplémentaires engagés par la personne assurée dans le cas où la compagne ou le compagnon de voyage avec qui la personne assurée devait partager l'hébergement à destination doit annuler son voyage pour l'une des causes pouvant entraîner des frais admissibles d'assurance annulation de voyage et que la personne assurée décide d'effectuer le voyage comme prévu initialement. Ces frais sont admissibles jusqu'à concurrence de la pénalité d'annulation applicable au moment où la compagne ou le compagnon de voyage doit annuler son voyage.
- c) La portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance, jusqu'à concurrence de 70 % de ces frais, si le départ de la personne assurée est retardé à cause des conditions atmosphériques et qu'elle décide de ne pas effectuer le voyage.

Toute annulation de voyage avant le départ doit faire l'objet d'un avis à l'agence de voyage ou au transporteur concerné, de même qu'à SSQ, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation. Dans le cas où la fin de ce délai coïncide avec un jour férié, l'avis peut être transmis le premier jour ouvrable qui suit.

En cas de départ manqué ou d'interruption temporaire 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. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par la personne assurée, aux conditions énoncées dans les causes d'annulation de voyage pouvant entraîner des frais admissibles. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes d'annulation de voyage pouvant entraîner des frais admissibles.

En cas de retour anticipé ou retardé

- a) 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 initialement prévu. Dans le cas où le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé, peu importe que les frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais admissibles correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le moyen de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de la personne assurée jusqu'au point de

départ. Ces frais doivent avoir été convenus au préalable avec le service d'assistance voyage de SSQ.

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

Restriction

Si le retour est retardé de plus de 7 jours, les frais sont admissibles pourvu que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage ait été admis dans un hôpital à titre de patiente ou 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'auraient pas été payés d'avance, les frais engagés par la personne assurée sont admissibles pourvu que cette dernière, avant la date du début du voyage, ne connaisse aucun événement pouvant raisonnablement entraîner l'interruption du voyage prévu.

En cas de nécessité d'un transport aller et retour

Les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'approbation du service d'assistance voyage de SSQ, pour faire revenir la personne assurée dans sa province de résidence et la ramener à l'endroit où elle était en voyage, à condition que le retour soit attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) Le décès ou l'hospitalisation d'un membre de sa famille, d'une personne dont elle est la tutrice légale ou d'une personne dont elle est la liquidatrice testamentaire.
- b) Un sinistre ayant rendu sa résidence principale inhabitable ou ayant causé des dommages importants à son établissement commercial.

3) **Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance annulation de voyage**

Aux exclusions, limitations et restrictions énoncées à la section 2.4 et qui s'appliquent à l'ensemble du Régime d'assurance maladie, s'ajoutent les exclusions de la présente section pour l'assurance annulation de voyage.

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

- a) la guerre, qu'elle soit déclarée ou non, une épidémie ou un acte de guerre ou de terrorisme, étant entendu que cette exclusion ne s'applique pas à la personne assurée qui est déjà présente là où éclate la guerre ou survient l'épidémie ou l'acte de guerre ou de terrorisme, pourvu que la personne prenne les dispositions nécessaires pour quitter cet endroit dès que le gouvernement du Canada émet une recommandation en ce sens; cette exclusion ne s'applique pas non plus à la personne assurée qui a finalisé les arrangements de son voyage le jour

- même où la recommandation gouvernementale est émise ou avant;
- b) la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection, la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne assurée ou par sa compagne ou son compagnon de voyage ou sa participation à un acte criminel;
 - c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool et les conséquences de cette absorption abusive;
 - d) une blessure que la personne assurée ou sa compagne ou son compagnon de voyage s'est infligée intentionnellement, ou son suicide ou sa tentative de suicide, que la personne soit alors saine d'esprit ou non;
 - e) la pratique des activités ou sports suivants : vol plané, deltaplane, parapente, alpinisme, *bungee*, saut en parachute, parachutisme en chute libre ou toute autre activité du même genre, la pratique de sports de contacts physiques ou de sports extrêmes ou de combat, la participation à toute compétition de véhicules motorisés ou à toute activité sportive ou sous-marine pour laquelle la personne visée par l'assurance est rémunérée;
 - f) dans les cas où un voyage est acheté dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services hospitaliers, que le voyage soit acheté sur la recommandation d'une ou d'un médecin ou non;
 - g) dans les cas où un voyage est acheté dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou une personne qui a été victime d'un accident, le décès de cette personne ou l'évolution de sa condition médicale.

En cas de non-respect du délai prévu au présent régime pour soumettre l'avis d'une annulation de voyage avant le départ, la responsabilité de SSQ se limite aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où ledit avis aurait dû avoir été transmis. Toutefois, cette limitation ne s'applique pas s'il est démontré à la satisfaction de SSQ que la personne assurée et toute personne adulte qui doit l'accompagner dans le voyage projeté ont été dans l'incapacité totale et absolue d'agir. Dans ce cas, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire, la responsabilité de SSQ étant alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

2.7 COORDINATION DES PRESTATIONS D'ASSURANCE VOYAGE ET D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Si une personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations prévues par la présente garantie sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si la personne assurée a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du régime d'assurance collective de l'APTS, les prestations sont d'abord payables en vertu de l'assurance voyage ou l'assurance annulation de voyage avant d'être payables en vertu des autres garanties du régime. Les présentes dispositions de coordination 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 l'assurance voyage ou de l'assurance annulation de voyage.

3. RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DENTAIRES

3.1 ASSURANCE

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

3.2 CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ DES FRAIS

- 1) **Tarifs en vigueur pour l'année où les frais sont engagés** – Les frais admissibles en vertu du présent régime se limitent aux tarifs suggérés dans le guide des tarifs de l'association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de la personne assurée pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés. Les frais admissibles de laboratoire sont cependant limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné. De plus, les services doivent être reçus lorsque le contrat est en vigueur.
- 2) **Services dentaires professionnels** – Pour être admissibles, les frais doivent être réellement engagés par la personne assurée pour des services rendus par une ou un chirurgien dentiste légalement reconnu ou par une ou un denturologiste légalement autorisé. De plus, la personne qui donne les soins et la personne assurée doivent ne pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.
- 3) **Personnes assurées par l'État** – Aux fins d'application de la garantie d'assurance soins dentaires, toutes les personnes assurées sont considérées comme couvertes par l'assurance maladie de leur province de résidence. En aucun temps les sommes versées par SSQ ne dépasseront celles qui l'auraient été si la personne assurée avait été couverte en vertu de cette loi.

3.3 DESCRIPTION DES FRAIS ADMISSIBLES

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

- 1) **SOINS DENTAIRES PRÉVENTIFS REMBOURSABLES À 80 %**
 - a) **Diagnostic**
 - i) **Examen buccal clinique**
 - examen de rappel ou périodique : un examen par période de 6 mois

- examen dentaire des enfants âgés de moins de 10 ans non remboursable par la RAMQ : un examen par période de 12 mois
 - examen complet : un examen par période de 36 mois
 - examen d'urgence : 2 examens par année civile
 - examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile
 - examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- ii) **Radiographie**
- Film intra-oral
- pellicule périapicale
 - pellicule occlusale
 - pellicule interproximale
 - pellicule des tissus mous
- Film extra-oral
- pellicule extra-orale
 - examen des sinus
 - sialographie
 - utilisation d'une substance radiopaque pour démontrer les lésions
 - articulation temporo-mandibulaire
 - pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
 - pellicule céphalométrique
 - duplicata de radiographie : 2 duplicatas par année civile
- iii) **Test et examen de laboratoire**
- test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
 - culture bactériologique pour la détermination d'agents pathologiques
- iv) **Biopsie de tissu mou et de tissu dur**
- v) **Test cytologique**
- frottis cytologique de la cavité buccale
 - coloration des muqueuses buccales à des fins diagnostiques
- vi) **Modèle de diagnostic**
- non monté
 - monté

- modèles montés sur articulateur ajustable, avec un arc facial
- cirage de diagnostic

(Exclu si associé à traitement de restauration)

b) Prévention et appareil de maintien

i) Prévention

- polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 6 mois
- application topique de fluorure : une fois par période de 6 mois (Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ce service)
- analyse de la diète et recommandation : une fois à vie
- instruction initiale d'hygiène buccale : une fois à vie
- reprise des soins d'hygiène buccale : une fois à vie
- programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois par année civile
- finition des obturations
- scellants de puits et fissures, seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et des molaires permanentes des enfants de moins de 14 ans : une fois par période de 36 mois pour une même dent
- meulage interproximal : 2 fois par année civile (Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ce service)
- odontotomie prophylactique (Inclus dans les scellants de puits et fissures si effectuée lors de la même séance; seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ce service)
- détartrage : une fois par période de 6 mois

ii) Correction des habitudes buccales *

- évaluation myofonctionnelle : une fois par période de 24 mois
- motivation de la patiente ou du patient : une fois à vie
- appareils amovibles et fixes : une fois par période de 24 mois
- myothérapie : 5 fois à vie

* **Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ces services.**

iii) **Appareil de maintien ***

- préfabriqué sur bagues
 - arc lingual soudé (unilatéral)
 - arc lingual soudé (bilatéral)
 - partiel fixe - pontiques attachés à un arc lingual pour remplacer des incisives absentes
 - arc lingual amovible – arc d’Ellis
 - couronne en acier ou bague
 - avec attachement unilatéral
 - avec attachement intra-alvéolaire
 - appareil alvéolaire amovible en acrylique
 - appareil avec acide liant
- * Une fois par période de 24 mois pour une même dent remplacée; seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ces services.**

2) **SOINS DENTAIRES DE BASE REMBOURSABLES À 80 %**

a) **Restauration mineure**

- traitements pour caries, trauma, contrôle de la douleur
 - collage/cimentation d’un fragment de dent brisée : 2 fois par année civile
 - restauration en amalgame non collé *
 - restauration en amalgame collé *
 - restauration en composite * (l’équivalent de l’amalgame lié par mordantage est remboursé lorsqu’une restauration en composite est réclamée sur les molaires)
 - facette fabriquée en laboratoire sur antérieures et prémolaires : une fois par période de 48 mois pour une même dent. Une radiographie est exigée pour confirmer la nature non esthétique de l’acte
 - facette fabriquée au fauteuil : une fois par période de 12 mois pour une même dent. Une radiographie est exigée pour confirmer la nature non esthétique de l’acte
 - tenons par restauration
- * Une même surface ou classe sur une même dent est remboursée une fois par période de 12 mois, indépendamment du dentiste traité et du matériau utilisé.**

b) **Endodontie**

i) **Urgence endodontique**

- pulpotomie
- pulpectomie

- ouverture et drainage (procédure d'urgence séparée)
- ouverture à travers une couronne en métal ou en porcelaine
- ii) **Traumatisme endodontique**
 - meulage sélectif pour soulager une occlusion traumatique, acte distinct
 - réimplantation d'une dent avulsée
 - reposition d'une dent déplacée par traumatisme
- iii) **Traitement endodontique général**
 - préparation de la dent en vue d'un traitement
 - traitement de canal
 - retraitement de canal
- iv) **Apexification**
- v) **Chirurgie endodontique**
 - apectomie
 - obturation rétrograde (acte distinct du traitement de canal)
 - amputation de racine
 - hémisection
 - réimplantation intentionnelle
 - réparation de perforation
- c) **Parodontie**
 - soins des infections aiguës et autres lésions
 - application d'agent désensibilisant
 - chirurgie parodontale (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée)
 - curetage gingival et surfaçage radiculaire : une fois par année civile par dent
 - jumelages (sauf jumelage avec treillis de type Maryland)
 - occlusion
 - équilibrage mineur : 3 fois par année civile
 - équilibrage majeur : une fois par année civile
 - appareils parodontaux : une fois par période de 48 mois
 - réparation : une fois par période de 12 mois
 - regarnissage
 - irrigation des poches parodontales
- d) **Chirurgie buccale**
 - ablation de dents ayant fait éruption, sans complication
 - ablations chirurgicales complexes, dents ayant fait éruption, dents incluses et racine

- exposition chirurgicale d'une dent recouverte de tissu osseux : une fois à vie par dent
- exposition chirurgicale d'une dent, y compris l'attache orthodontique : une fois à vie par dent
- transplantation d'une dent, y compris l'immobilisation : une fois à vie par dent
- reposition d'une dent par chirurgie : une fois à vie par dent
- énucléation d'une dent n'ayant pas fait éruption et de son follicule : une fois à vie par dent
- alvéolectomie
- alvéoloplastie
- ostéoplastie
- tubéroplastie
- ablation de tissu hyperplasique
- ablation de surplus de muqueuse
- extension des replis muqueux
- ablation de tumeurs ou de kystes
- incision et drainage
- réduction de fracture
- frénectomie
- dislocation de la mandibule
- traitement des glandes salivaires
- récupération d'une racine dentaire ou d'un corps étranger dans l'antrum
- lavage de l'antrum
- fermeture d'une fistule oro-antrale
- contrôle d'hémorragie
- traitement post-chirurgical
- réparation d'une lacération de tissu mou
- lacération de part en part

e) **Services Généraux**

Anesthésie locale

3) **SOINS DE RESTAURATION MAJEURE ET PROTHÈSES REMBOURSABLES À 50 %**

a) **Restauration majeure et prothèse fixe**

i) **Couronne individuelle**

- acrylique cuit

- intermédiaire de transition (lorsque la mise en bouche est effectuée par une ou un dentiste différent et qui n'est pas une ou un partenaire de la ou du dentiste ayant mis en bouche la couronne permanente)
 - porcelaine
 - porcelaine métal
 - métal précieux ou non (couronne complète)
 - porcelaine, céramique, résine ou métal précieux ou non (couronne $\frac{3}{4}$)
 - capuchon, métal précieux ou non : une fois par période de 48 mois
- ii) **Couronne préfabriquée**
- en acier inoxydable : une fois par période de 12 mois
 - en polycarbonate ou autre matériel similaire : une fois par période de 12 mois
- iii) **Actes complémentaires – couronne**
- supplément pour fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse déjà existante : une fois par période de 48 mois
 - réparations d'une couronne ou d'une facette, au fauteuil
 - réparations de porcelaine ou de céramique, couronne individuelle ou facette, indirect, excluant la recimentation s'il y a lieu
 - recimentation d'une couronne, facette, pivot et supplément pour mordantage de la restauration : 2 fois par année civile
 - ablation de couronne, de pivot
- iv) **Corps coulé**
- v) **Pivot préfabriqué**
- vi) **Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne**
- b) **Prothèses amovibles**
- i) **Prothèses complètes**
- prothèses complètes
 - prothèses immédiates
 - prothèses immédiates de transition
 - prothèses hybrides
- ii) **Prothèses partielles**
- prothèses partielles immédiates ou permanentes seulement

- prothèses partielles avec base coulée
 - prothèses partielles avec attaches de précision
 - prothèses partielles coulées de type semi-précision
 - prothèses partielles hybrides
 - réfection d'une prothèse partielle : une fois par période de 48 mois
 - ajustements d'une prothèse
 - analyse en vue de la fabrication d'une prothèse : une fois par période de 48 mois
- iii) **Supplément pour une restauration sous le crochet d'une prothèse amovible**
- c) **Rebasage, regarnissage et réparation de prothèse amovible**
- réparations avec ou sans empreinte
 - ajouts de structure à un partiel
 - rebasage, regarnissage
 - remplacement des dents
 - garnissage temporaire thérapeutique
 - obturateur palatin
 - remontage et équilibrage de prothèses complètes ou partielles : une fois par période de 48 mois
- d) **Pont fixe**

Les frais pour pont fixe peuvent être reconnus comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une prothèse amovible équivalente.

e) **Implant**

Les frais pour implant (incluant les frais engagés pour prothèse sur implant) peuvent être reconnus comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à une couronne équivalente, lors de la mise en bouche finale de la couronne sur implant seulement.

Exclusion :

Les actes ou traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.) ne font en aucun cas l'objet de frais admissibles en vertu du contrat.

3.4 REMBOURSEMENT MAXIMAL

Le remboursement maximal est de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée. Cependant, pour l'année civile au cours de laquelle s'effectue l'adhésion de la personne salariée admissible ou de la personne adhérente, le remboursement maximal qui est applicable entre la date d'adhésion et le 31 décembre est établi de la façon suivante, selon le mois d'adhésion :

- Janvier, février ou mars 1 000 \$
- Avril, mai ou juin 800 \$
- Juillet, août ou septembre 600 \$
- Octobre, novembre ou décembre 400 \$

Pour les personnes salariées ou les personnes à charge qui adhèrent à l'assurance hors délai, le remboursement maximal s'atteint graduellement sur une période de 3 ans, comme indiqué à la section 1.5 4) a).

3.5 DURÉE MINIMALE DE PARTICIPATION ET STATUT DE PROTECTION

Les personnes salariées ou les personnes adhérentes qui décident d'adhérer au Régime d'assurance soins dentaires doivent maintenir leur participation pendant une durée minimale de 48 mois.

Si la personne adhérente a bénéficié d'une période d'exemption ou d'une période pour laquelle elle a terminé sa participation et maintenu le régime maladie de base du Régime d'assurance maladie en raison d'une absence temporaire du travail ou d'une révision de son temps travaillé diminué à 25 % ou moins du temps complet, la durée de ces périodes est comptabilisée dans le calcul de la période minimale de participation au Régime d'assurance soins dentaires.

3.6 EXCLUSIONS, LIMITATIONS ET RESTRICTIONS

- 1) Dans les cas suivants, aucun remboursement n'est effectué par SSQ en vertu du Régime d'assurance soins dentaires :
 - a) les services ou fournitures qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de l'art dentaire;
 - b) les frais que la personne assurée n'aurait pas eu à assumer si elle n'avait pas été assurée, qu'elle n'est pas tenue de payer ou qu'elle ne serait pas tenue de payer si elle s'était prévalu des dispositions de tout régime public d'assurance ou de sécurité sociale ou programme gouvernemental auquel elle 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 payables si le fournisseur des fournitures, soins ou services avait choisi de participer au régime ou programme concerné;
 - d) les frais engagés à des fins esthétiques; une radiographie peut être exigée pour confirmer la nature non esthétique des traitements;
 - e) les frais en rapport avec le traitement de maladie ou blessure qui ont été causées volontairement par la personne assurée

- elle-même ou résultant de sa participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels;
- f) les frais engagés à l'intention d'une tierce personne;
 - g) les frais de médicaments, produits, appareils, services ou fournitures utilisés ou offerts 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;
 - h) les frais exigés pour remplir le formulaire de demande de règlement, pour un rendez-vous manqué ou pour des conseils donnés par téléphone.
- 2) Si une personne assurée change de dentiste ou de denturologiste en cours de traitement, ou si elle doit être transférée à une ou un autre dentiste ou denturologiste, ou s'il y a plus d'une ou d'un dentiste ou denturologiste qui participe à un même traitement, le montant des prestations payables par SSQ à cet égard sera limité à celui qui aurait été payable si les services avaient été rendus par une ou un seul dentiste ou denturologiste.
 - 3) Lorsqu'un corps coulé, un pivot préfabriqué, une couronne, une prothèse amovible et un pont fixe font l'objet de prestations, aucun traitement de remplacement ne peut faire l'objet de frais admissibles si la mise en bouche a lieu dans les 48 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente (partielle ou complète) peut être remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition (partielle ou complète) 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.
 - 4) Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée et à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.
 - 5) Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

3.7 ÉVALUATION PRÉALABLE

Lorsque le coût d'un traitement excède 800 \$ ou que les services prévus sont pour des prothèses amovibles, des ponts fixes ou un implant et couronne sur implant, la personne assurée qui souhaite être informée du montant qui pourrait être couvert par l'assurance **doit** fournir à SSQ

une évaluation du traitement avant sa réalisation. Cette évaluation doit inclure les résultats de l'examen buccodentaire, les services requis et les honoraires demandés par la ou le dentiste. Des radiographies pré-opératoires, des chartes parodontales, des photographies, des modèles d'étude et d'autres pièces justificatives peuvent être exigées pour l'analyse et l'autorisation de certains autres soins.

4. RÉGIME COMPLÉMENTAIRE I - ASSURANCE VIE

- ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE

- ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

4.1 ASSURANCE VIE

Aucune modification des montants d'assurance vie ne peut entrer en vigueur pendant une période d'invalidité totale de la personne adhérente.

Si la personne adhérente n'est pas une personne salariée permanente détentrice de poste à temps complet, le salaire utilisé pour déterminer le montant d'assurance vie (base et additionnelle) de la personne adhérente payable par SSQ est établi au prorata du temps effectivement travaillé par rapport au travail à temps complet au cours des 12 mois précédant le décès.

1) Assurance vie de base de la personne adhérente

Au décès de la personne adhérente, SSQ s'engage à payer un montant d'assurance vie correspondant à une fois le salaire annuel de la personne adhérente qui décède. Ce montant est versé aux personnes désignées comme bénéficiaires dans la plus récente désignation de bénéficiaire valide que SSQ a reçue de la personne adhérente.

2) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente

En plus du montant d'assurance vie de base mentionné à la section précédente, la personne adhérente peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie égal à 1, 2 ou 3 fois son salaire annuel, selon son choix.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ sont exigées lors de l'adhésion et lors de toute demande d'augmentation du montant d'assurance.

La tarification tient compte de l'âge, du sexe et des habitudes tabagiques de la personne adhérente. Pour se prévaloir de la tarification avantageuse offerte à la personne adhérente non fumeuse, la personne adhérente doit fournir à SSQ une déclaration dûment signée de personne non fumeuse, en utilisant le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement ». En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

Limitation en cas de suicide – Si la personne adhérente se suicide dans les 12 mois qui suivent immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie additionnelle qu'elle a demandés plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, aucun montant d'assurance n'est payable à cet égard. Dans un tel cas :

- i) SSQ ne rembourse que les primes perçues pour ces montants d'assurance vie additionnelle;
- ii) tout montant d'assurance vie additionnelle qui est entré en vigueur plus de 12 mois avant la date du suicide est payable par SSQ.

3) Paiement anticipé en raison de courte espérance de vie (Assurance vie de base de la personne adhérente)

Lorsque l'assurance vie de base de la personne adhérente totalement invalide est maintenue en vigueur sans paiement de primes et qu'il est médicalement démontré que son espérance de vie est d'au plus 12 mois, elle peut, sur demande écrite transmise au siège social de SSQ, obtenir un montant égal au moindre de 25 000 \$ et de 50 % du montant d'assurance vie de base qui aurait été en vigueur à son égard 24 mois après la date de réception de la demande de paiement anticipé, compte tenu de toute réduction que prévoit alors son assurance.

La personne qui demande un paiement anticipé doit fournir à SSQ les preuves démontrant :

- a) que son espérance de vie est inférieure à 12 mois à la date de sa demande;
- b) que tout bénéficiaire qu'elle a nominalelement désigné pour son assurance vie de base a accepté qu'elle exerce son droit au paiement anticipé.

Lors du décès de la personne adhérente, le montant résiduel de son assurance vie de base est payable par SSQ. Ce montant résiduel est égal à la différence entre le montant d'assurance qui aurait été payable en l'absence de paiement anticipé et la valeur du paiement anticipé. Cette valeur est égale au montant du paiement anticipé accumulé avec intérêt.

4) Bénéficiaire

Pour tout montant d'assurance payable à son décès, la personne adhérente peut, sous réserve des 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.

S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné lorsque la personne adhérente décède, les prestations sont payables aux exécuteurs ou administrateurs de la succession de la personne adhérente ou à ses ayants droit. Lorsqu'il y a plus d'un bénéficiaire désigné sans indication de leurs intérêts respectifs, les prestations leur sont attribuées en parts égales.

5) Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

Cette assurance couvre la personne conjointe et les enfants à charge de 24 heures ou plus qui sont assurées en vertu du Régime d'assurance maladie. Un changement du statut de protection au Régime d'assurance maladie peut modifier la protection en vertu

de cette assurance, que la personne adhérente soit apte ou non au travail.

Si la personne adhérente détient un statut monoparental en vertu du Régime d'assurance maladie, un montant d'assurance de 2 000 \$ est payable par SSQ au décès de chaque enfant à charge assuré de 24 heures ou plus.

Si la personne adhérente détient un statut familial en vertu du Régime d'assurance maladie, le montant d'assurance qui est payable par SSQ est de 5 000 \$ au décès de la personne conjointe assurée et de 2 000 \$ au décès de chaque enfant à charge assuré de 24 heures ou plus.

6) Assurance vie additionnelle de la personne conjointe

La personne adhérente peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie pour sa personne conjointe. Le montant qu'elle choisit doit être égal à un multiple de 10 000 \$ et ne peut excéder 100 000 \$.

Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ sont exigées lors de l'adhésion et lors de toute demande d'augmentation du montant d'assurance.

La tarification tient compte de l'âge de la personne adhérente et du sexe et des habitudes tabagiques de la personne conjointe. Pour se prévaloir de la tarification avantageuse offerte pour la personne conjointe non fumeuse, la personne adhérente doit fournir à SSQ une déclaration de personne non fumeuse dûment signée par la personne conjointe, en utilisant le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement ». En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

Limitation en cas de suicide - Si la personne conjointe se suicide dans les 12 mois qui suivent immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe que la personne adhérente a demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité de la personne conjointe, aucun montant d'assurance n'est payable à cet égard. Dans un tel cas :

- i) SSQ ne rembourse que les primes perçues pour ces montants d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- ii) tout montant d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe qui est entré en vigueur plus de 12 mois avant la date du suicide de la personne conjointe est payable par SSQ.

4.2 ASSURANCE EN CAS DE MUTILATION ACCIDENTELLE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE

1) Assurance

Lorsqu'une personne adhérente subit, avant l'âge de 65 ans, l'une des pertes indiquées au tableau ci-dessous à la suite d'un accident, et cela dans les 365 jours dudit accident, le montant d'assurance en cas de mutilation accidentelle auquel elle a droit en vertu de la présente garantie est indiqué dans le tableau en question. Il est toutefois entendu que le maximum qui peut être payé pour toutes les pertes relatives à un même accident est de 60 000 \$.

Perte accidentelle	Montant
• des 2 mains ou des 2 pieds ou de la vue des 2 yeux	60 000 \$
• d'une main et d'un pied	60 000 \$
• d'une main ou d'un pied, ainsi que de la vue d'un œil	60 000 \$
• de l'ouïe des 2 oreilles et de la parole	60 000 \$
• quadriplégie	60 000 \$
• paraplégie	60 000 \$
• hémip légie	60 000 \$
• d'une jambe ou d'un bras	45 000 \$
• d'une main ou d'un pied ou de la vue d'un œil ou de l'ouïe des 2 oreilles ou de la parole	30 000 \$
• du pouce et de l'index de la même main	15 000 \$
• de l'ouïe d'une oreille	15 000 \$

2) Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent aux pertes dont il est question dans la présente garantie :

Perte désigne la perte d'usage totale et irrécouvrable d'un membre, d'une main, d'un pied, de la vue, de l'ouïe ou de la parole.

Perte d'un bras désigne l'amputation du bras au coude ou au-dessus.

Perte d'une jambe désigne l'amputation de la jambe au genou ou au-dessus.

Perte d'une main désigne l'amputation au poignet ou au-dessus, mais sans qu'il y ait perte d'un bras.

Perte d'un pied désigne l'amputation à la cheville ou au-dessus, mais sans qu'il y ait perte d'une jambe.

Perte d'un doigt désigne l'amputation à l'articulation qui relie le doigt à la main ou au-dessus, mais sans qu'il y ait perte d'une main ni perte d'un bras.

3) Exclusions, limitations et restrictions de l'assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente

Si une perte est attribuable directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes, aucun montant d'assurance n'est payable en vertu de l'assurance en cas de mutilation accidentelle de la personne adhérente :

- a) tentative de suicide ou blessures que la personne adhérente s'inflige intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
- b) participation active à un acte criminel;
- c) participation active à une guerre ou une guerre civile, ou à une émeute ou une insurrection ou service actif dans les forces armées de tout pays, que les hostilités soient déclarées ou non;
- d) lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie);
- e) empoisonnement ou intoxication;
- f) voyage ou envolée dans toute espèce d'aéronef, lorsque la personne assurée exerce toute fonction de membre d'équipage d'aéronef.

4.3 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

1) Assurance

Si une personne adhérente est totalement invalide au terme du délai de carence de la garantie d'assurance salaire de longue durée et pourvu qu'elle le soit devenue lorsqu'elle était assurée en vertu de cette garantie, SSQ s'engage à lui verser des prestations mensuelles conformément aux dispositions du présent régime.

2) Délai de carence

Pour la personne adhérente détentrice de poste à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet, le délai de carence est de 5 jours ouvrables plus 104 semaines. Pour toute autre personne adhérente, le délai de carence est de 7 jours de calendrier d'invalidité plus 104 semaines et il débute le premier jour où la personne aurait dû se présenter au travail si elle n'avait pas été totalement invalide.

3) Montant des prestations

Le montant initial des prestations mensuelles correspond à 72 % du salaire mensuel net. Le premier versement de la rente mensuelle est fait un mois après l'expiration du délai de carence et de mois en mois par la suite, pourvu que subsiste l'invalidité totale. Les prestations ne sont pas imposables.

Aux fins de la présente garantie, le salaire net est le salaire qu'aurait reçu la personne adhérente à sa 105^e semaine d'invalidité totale,

n'eût été de cette invalidité, réduit des impôts provincial et fédéral, des cotisations à l'assurance emploi (AE), au Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), au Régime des rentes du Québec (RRQ) et au Régime des pensions du Canada (RPC).

Si la personne adhérente n'est pas une personne salariée permanente à temps complet, le salaire utilisé pour déterminer les prestations payables par SSQ en vertu de cette garantie est établi au prorata du temps effectivement travaillé par rapport au travail à temps complet au cours des 52 semaines précédant le début de l'invalidité totale. Les 52 semaines qui entrent dans ce calcul sont celles pour lesquelles aucune période de maladie, de congé de maternité, d'adoption, de retrait préventif, de congé annuel ou d'absence sans solde prévue à la convention collective n'a été autorisée. Cependant, ce calcul doit comprendre un minimum de 12 semaines. À défaut, SSQ tient compte du temps effectivement travaillé avant la période de 52 semaines jusqu'à ce que ce calcul puisse s'effectuer avec un total de temps effectivement travaillé de 12 semaines. Dans le cas où le calcul ne peut comprendre un minimum de 12 semaines parce que la période entre la dernière date d'embauche de la personne salariée et la date d'invalidité ne le permet pas, ce calcul s'effectue sur la base de cette dernière période.

4) **Durée du versement des prestations**

À compter de l'expiration du délai de carence, les prestations sont versées mensuellement tant que subsiste l'invalidité totale, jusqu'au dernier jour du mois où la personne atteint l'âge de 60 ans.

5) **Réduction des prestations**

Les prestations mensuelles payables par SSQ sont réduites des **prestations d'invalidité** payables en vertu de la *loi sur l'assurance automobile*, de la *loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada, de tout régime d'avantages sociaux des Forces canadiennes, d'un régime de retraite de l'employeur ou de toute autre loi sociale. Elles sont également réduites de **85 % de la rente de retraite brute** que la personne salariée reçoit en vertu d'un régime de retraite de l'employeur. Cette réduction s'applique également à la personne qui, bien que ne recevant pas la rente en question, pourrait la recevoir sans réduction actuarielle si elle a cessé de bénéficier de l'exonération des cotisations en cas d'invalidité prévue au régime de retraite de l'employeur. Le régime de retraite de l'employeur peut être par exemple le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), le Régime de retraite des enseignants (RRE) ou le Régime de retraite des fonctionnaires (RRF). Il incombe à la personne adhérente de faire la preuve qu'elle n'a pas droit à des

prestations en vertu des lois ou régimes mentionnés au présent paragraphe.

Le calcul des prestations payables par SSQ ne tient pas compte de l'indexation des revenus d'invalidité mentionnés au paragraphe précédent.

6) **Coordination des prestations**

Si les revenus de toutes sources reçus par la personne adhérente et les prestations payables en vertu de la présente garantie sont supérieurs à 100 % de son salaire net, les prestations payables par SSQ sont réduites de façon à ce que le revenu total reçu par la personne adhérente soit égal à 100 % de son salaire net. Par revenus de toutes sources, on entend :

- a) toutes prestations indiquées au paragraphe « Réduction des prestations » de la présente garantie;
- b) tout revenu provenant d'un régime d'assurance couvrant la personne adhérente à titre de membre d'une association;
- c) tout remboursement de perte de salaire obtenu parce que les responsabilités de la perte relèvent légalement d'une tierce partie ou parce que cette perte est compensée par ailleurs en vertu d'une autre assurance, ou qu'elle n'aurait pas été subie sans l'existence du contrat.

Aux fins de la coordination des prestations, il n'est pas tenu compte de l'indexation des revenus qui y sont mentionnés.

7) **Indexation des prestations**

Lorsque les prestations d'assurance salaire de longue durée ont été payées par SSQ pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité totale, elles sont indexées le 1^{er} janvier de chaque année subséquente, selon les mêmes modalités que celles du Régime de rentes du Québec mais jusqu'à concurrence d'un ajustement annuel maximal de 3 %.

8) **Emploi de réadaptation**

Avec l'accord de SSQ, la personne adhérente totalement invalide peut s'engager dans un emploi qui favorise sa réadaptation. Les prestations payables par SSQ durant la période d'emploi de réadaptation sont réduites de 50 % du revenu brut que touche la personne pour cet emploi. De plus, elles sont limitées de telle sorte que le total de celles-ci et de la rémunération reçue dans le cadre d'un travail de réadaptation ne peut excéder 100 % du salaire mensuel net de la personne adhérente au début du versement des prestations d'invalidité totale du régime de l'employeur.

9) **Exclusions, limitations et restrictions**

- a) La garantie d'assurance salaire de longue durée ne couvre pas les périodes d'invalidité totale suivantes :

- i) celles pendant lesquelles la personne adhérente n'observe pas les recommandations établies par sa ou son médecin traitant, sauf le cas d'état stationnaire attesté par une ou un médecin à la satisfaction de SSQ;
 - ii) celles pendant lesquelles la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sauf le cas prévu à l'article « Emploi de réadaptation » de la présente garantie;
 - iii) celles qui résultent de traitements esthétiques;
 - iv) celles qui sont visées par les restrictions se trouvant dans la définition de « Période d'invalidité totale ».
- b) À moins de démontrer qu'il lui est impossible de le faire, la personne adhérente qui ne fournit pas à SSQ toute information supplémentaire que SSQ a requise ou qui ne se soumet pas à un examen médical que SSQ a requis, et cela, dans les 90 jours qui suivent la demande de SSQ à cet égard, peut voir sa demande de prestations refusée, ou le paiement interrompu et cela, jusqu'à la date à laquelle SSQ reçoit les documents requis.
- 10) **Prolongation**

L'exonération des primes et l'assurance de la présente garantie continuent jusqu'à la fin de la même période d'invalidité totale, sauf pendant toute période de retour au travail, que le contrat ou la présente garantie demeure en vigueur ou non.

11) **Invalidité totale survenant pendant une période d'interruption temporaire du travail**

Les invalidités totales survenant lors de périodes d'interruption temporaire du travail prévues à la convention collective sont traitées conformément aux dispositions suivantes :

- a) si la personne adhérente a maintenu sa participation à l'assurance salaire de longue durée, son invalidité totale est reconnue et le délai de carence débute à la **date prévue du retour au travail** de la personne adhérente; les prestations deviennent payables après l'épuisement du délai de carence, pourvu que la personne soit encore totalement invalide à cette date;
- b) si la personne adhérente a interrompu sa participation à l'assurance salaire de longue durée, son invalidité totale n'est pas reconnue et ne donne donc pas droit aux prestations d'assurance salaire de longue durée, ni pendant la période d'interruption de travail ni après.

5. COMMENT FAIRE UNE DEMANDE DE PRESTATIONS ET AUTRES RENSEIGNEMENTS

5.1 FRAIS HOSPITALIERS ET MÉDICAUX

5.1.1 Frais hospitaliers

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

5.1.2 Médicaments

a) Demande de remboursement par carte de paiement différé

Dans le cas des médicaments prescrits, la personne assurée présente au pharmacien sa carte d'assurance SSQ. **La totalité du prix d'achat du médicament doit être payée** au pharmacien. Le reçu remis à la personne assurée indiquera le coût du médicament acheté et s'il est admissible à un remboursement. Si tel est le cas, il n'y aura aucune autre démarche à effectuer et la demande de prestations sera acheminée directement à SSQ par voie électronique.

Le remboursement de SSQ s'effectue à la première des éventualités suivantes :

- lorsque la somme des frais admissibles atteint 75 \$;
- lorsqu'il s'est écoulé 15 jours depuis la première transaction donnant droit à un remboursement;
- lorsqu'une demande de prestations pour une autre garantie d'assurance maladie est présentée (exemple : frais de physiothérapie).

Toutefois, si la personne assurée est inscrite au dépôt direct des prestations, elle recevra son remboursement plus rapidement, étant donné l'absence de délai postal. De plus, si elle adhère aussi au relevé électronique des prestations, elle recevra son remboursement dès que sa demande de prestations aura été traitée, même si aucune des conditions mentionnées précédemment n'est remplie.

Première utilisation

Si la personne adhérente détient une protection monoparentale ou familiale, la ou le pharmacien doit compléter le dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de toute personne à charge assurée qui utilise la carte pour une première fois. SSQ suggère à la personne adhérente de fournir ces renseignements au pharmacien si elle ou il ne les a pas déjà au dossier. Ceux-ci demeurent confidentiels. Une preuve d'âge peut être exigée par la ou le pharmacien et cela, peut se faire en présentant la carte de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

Enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement et aux études à temps plein

Les frais de médicaments pour les enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement sont couverts moyennant une déclaration de fréquentation scolaire. Le mode de paiement différé élimine l'obligation de remplir à chaque fois le verso du coupon de demande de prestations sur lequel cette déclaration est faite.

Néanmoins, cette déclaration doit être faite à SSQ une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que la demande de prestations soit considérée directement en pharmacie. SSQ suggère donc à la personne adhérente de soumettre une déclaration de fréquentation scolaire si elle a des enfants à charge de 18 à 25 ans inclusivement. Cette déclaration peut être faite de façon verbale ou écrite.

Si SSQ n'a pas cette information avant le 1^{er} septembre, un message à cet effet paraît sur le reçu remis à la personne assurée lors de l'achat de médicaments.

b) Demande de remboursement par la poste

Si la ou le pharmacien n'a pas d'entente avec le fournisseur de service ou que la demande de prestations pour une catégorie de médicaments (prescription magistrale ou médicament servant à traiter l'infertilité) ne puisse être transmise électroniquement à SSQ, les prestations seront payables sur présentation à SSQ du reçu convenablement détaillé. Ces reçus doivent être envoyés à l'adresse indiquée à la section 5.1.3.

Dans un tel cas, le reçu de pharmacie doit mentionner le nom de la personne assurée, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, le nom et la quantité du médicament.

Les médicaments fournis par une ou un médecin là où cette pratique est permise par la loi sont également remboursables, sur présentation des factures indiquant le nom et la quantité des médicaments.

5.1.3 Autres frais

Tous les autres frais doivent être réclamés par la personne adhérente directement à SSQ.

La personne adhérente doit conserver une copie des factures transmises à SSQ (les factures ne sont pas retournées) et envoyer uniquement l'original des factures convenablement détaillées et dûment acquittées, accompagné du **coupon de demande de prestations** attaché au certificat ou au relevé de comptes du dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un coupon personnalisé de demande de prestations en se rendant

sur le site « ACCÈS | assurés ». **Les factures présentées plus de 12 mois après la date où les frais ont été engagés ne sont pas remboursables.**

Tous les documents doivent être envoyés à l'adresse suivante :
SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Case postale 10500, succursale Sainte-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

5.2 FRAIS HOSPITALIERS OU MÉDICAUX ATTRIBUABLES À UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'AUTOMOBILE

Les frais médicaux ou hospitaliers découlant d'un accident du travail ou d'un accident automobile sont remboursables par la CSST ou la SAAQ. Ces demandes doivent être présentées à la CSST ou à la SAAQ et non à SSQ.

5.3 SOINS DENTAIRES

La personne assurée présente sa carte SSQ au dentiste et paie la portion non remboursable des frais assurés par SSQ. Si la ou le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique des demandes de prestations, la personne assurée doit faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour soins dentaires » (FDEN121F) par la ou le dentiste, compléter ce document, le signer et le retourner à SSQ, selon la méthode décrite à la section 5.1.3.

5.4 ASSURANCE VIE DE LA PERSONNE ADHÉRENTE, DE LA PERSONNE CONJOINTE ET DES ENFANTS À CHARGE

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

5.5 ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

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

5.6 DÉPÔT DIRECT ET RELEVÉ ÉLECTRONIQUE DES PRESTATIONS

Vous pouvez adhérer au service de dépôt direct des prestations en remplissant le formulaire prévu à cet effet. Il est disponible chez SSQ ou sur son site, au www.ssq.ca. Le dépôt direct vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol de vos chèques de prestations.

Le relevé électronique vous permet d'obtenir plus rapidement la même information que celle qui paraît sur vos relevés en format papier.

Pour adhérer à ces deux services, consultez la section 5.10 « Services Internet de SSQ ».

5.7 ASSURANCE VOYAGE ET ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

5.7.1 Assurance voyage

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

Tous les frais couverts par cette garantie peuvent être réclamés directement à SSQ, sur présentation de pièces justificatives satisfaisantes pour SSQ (factures, reçus, prescriptions, etc.).

5.7.2 Assurance annulation de voyage

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

- a) Titres de transport inutilisés.
- b) Reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires.
- c) Reçus pour les arrangements de voyage. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'entremise d'une ou d'un agent de voyages ou d'un commerce accrédité et dans lesquels il est fait mention des montants non remboursables en cas d'annulation.
- d) Preuve écrite de la demande de remboursement ou d'annulation, ainsi que la réponse de l'agent de voyages ou du transporteur.
- e) Documents officiels attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, la personne assurée doit fournir un certificat médical rempli par une ou un médecin habilité par la loi et pratiquant là où la maladie ou l'accident est survenu. Le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour la personne assurée d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage.
- f) Rapport de police, lorsque le retard du moyen de transport utilisé est causé par un accident de la circulation ou par la fermeture d'urgence d'une route.
- g) Rapport officiel émis par les autorités concernées et portant sur les conditions atmosphériques.
- h) Preuve écrite émise par l'organisatrice officielle de l'activité à caractère professionnel ou commercial, à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons précises justifiant son annulation.

- i) Tout autre rapport exigé par SSQ et permettant de justifier la demande de prestations de la personne assurée.

5.8 CHANGEMENT D'ADRESSE

La personne adhérente doit aviser SSQ de tout changement d'adresse.

5.9 DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Avis de constitution d'un dossier

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

Sauf les exceptions prévues à la loi, seules les personnes salariées, 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 vous aurez autorisée ont accès à ce dossier. SSQ conserve les dossiers d'assurance dans ses bureaux.

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

Mandataires et fournisseurs de services

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

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

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

5.10 SERVICES INTERNET DE SSQ

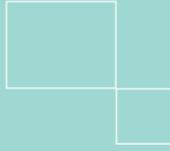
ACCÈS | assurés

Cet outil électronique vous permet d'accéder en tout temps à votre dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations que vous pouvez y effectuer :

- adhérer au dépôt direct de vos prestations d'assurance maladie, d'assurance soins dentaires, et d'assurance salaire;
- consulter en ligne votre relevé électronique de prestations;
- imprimer un coupon personnalisé de demande de prestations d'assurance maladie;
- imprimer un formulaire de demande de prestations d'assurance soins dentaires;
- commander un relevé de prestations d'assurance maladie pour fins d'impôt;
- imprimer une carte SSQ temporaire, si vous avez perdu ou oublié la vôtre;
- 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 votre assurance vie;
- visualiser les garanties figurant à votre dossier d'assurance;
- connaître le solde de votre compte pour les garanties concernées.

Pour vous inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages que vous offre le service Internet de SSQ, rendez-vous sur le site www.ssq.ca. 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.



SSQ *Groupe
financier*

Siège social :

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

Région de Montréal : 514 223-2500

Autres régions : 1 877 651-8080

Pour plus d'information au sujet de votre régime d'assurance collective,
consulter votre brochure d'assurance ou le site **ACCÈS | assurés**
au www.ssq.ca de même que votre convention collective.