

Votre régime d'assurance collective



**LES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS
ET NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC**

Contrat n° C001



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

Conjuguer avoirs et êtres

Vie, santé, retraite

Votre régime d'assurance collective

**LES EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS
ET NON SYNDICABLES
DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC**

Contrat n° C001

**Assureur : Desjardins Sécurité financière, compagnie
d'assurance vie**

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

Cette version électronique de la brochure a été mise à jour le 1^{er} janvier 2010. Veuillez prendre note que cette version électronique est mise à jour plus régulièrement que la version imprimée de votre brochure. Des divergences peuvent donc apparaître entre les deux documents.

Message du Comité d'assurance

Le Comité d'assurance des employés syndiqués non syndiqués et non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux vous invite à prendre connaissance de cette brochure qui décrit les principales dispositions et conditions de votre régime d'assurance collective. Pour en faciliter la consultation, un résumé du régime est présenté au début de la brochure.

Le Comité d'assurance est responsable de l'établissement et de l'application du régime d'assurance collective à votre intention. Il est composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et des associations énumérées ci-après :

- L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)
- L'Association des établissements privés conventionnés - santé et services sociaux (AEPC)
- L'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)
- La Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED)
- L'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)
- L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ)

La version électronique de cette brochure est également disponible sur le site internet de Desjardins Sécurité financière à l'adresse suivante : www.dsf.ca. La procédure pour y accéder est décrite à la page 77 du présent document.

Si vous désirez de l'information supplémentaire sur l'application du régime d'assurance collective, vous pouvez contacter le service des ressources humaines de votre employeur.

Bonne lecture.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE DES GARANTIES	1
DESCRIPTION DES GARANTIES	9
1. Régime de base	9
Assurance maladie	9
Assurance voyage	16
2. Régime optionnel 1	22
Assurance maladie complémentaire	22
Assurance vie des personnes à charge	25
3. Régime optionnel 2	26
Assurance vie de base de l'adhérent	26
Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent	27
Assurance salaire de longue durée	29
Assurance vie supplémentaire de l'adhérent	33
Assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent	33
4. Régime optionnel 3	34
Assurance soins dentaires	34
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	46
1. Définitions	46
2. Admissibilité	51
3. Participation	52

4.	Droit d'exemption	57
5.	Statut de protection	58
6.	Demande d'adhésion et preuves d'assurabilité	59
7.	Début de l'assurance	60
8.	Absence du travail	64
9.	Exonération des primes	67
10.	Fin de l'assurance	69
11.	Droit de transformation	70
12.	Bénéficiaire de l'assurance vie	71
13.	Limitations générales	71
RENSEIGNEMENTS UTILES		72
1.	Adhérent qui prend sa retraite	72
2.	Adhérent qui atteint 65 ans	72
3.	Terminaison de l'assurance des régimes de base, optionnel 1 et optionnel 3 suite à une fin d'exonération des primes	73
DEMANDES DE PRESTATIONS		74

SOMMAIRE DES GARANTIES

RÉGIME DE BASE (Participation obligatoire)		
Assurance maladie		
<u>Frais admissibles</u>	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximal</u> (par personne assurée)
Frais hospitaliers au Canada	100 %	Chambre semi-privée
Maison de convalescence	100 %	Chambre semi-privée, maximum 30 jours par année civile
Ambulance	100 %	Aucun
Médicaments (Carte de paiement différé)	80 % des premiers 3 750 \$ de frais admissibles et 100 % de l'excédent, par année civile	Aucun sauf vaccins préventifs et produits antitabac (voir détails de la garantie)
Membre ou oeil artificiels	80 %	30 000 \$ par année civile

RÉGIME DE BASE (Participation obligatoire)
(suite)

Assurance maladie

<u>Frais admissibles</u>	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximal</u> (par personne assurée)
Fournitures médicales et appareils orthopédiques	80 %	Aucun
Glucomètre	80 %	300 \$ par période de 5 ans
Injections sclérosantes	80 %	16 \$ par traitement
Équipements thérapeutiques	80 %	20 000 \$ par année civile
Prothèse capillaire	80 %	480 \$ par période de 60 mois
Transport et hébergement pour des soins médicaux hors région	80 %	Hébergement : 48 \$ par jour Maximum global de 1 000 \$ par année civile pour l'hébergement et le transport
Assurance voyage	100 %	5 000 000 \$ à vie

RÉGIME OPTIONNEL 1 (Participation facultative d'une durée minimum de 3 ans)**Assurance maladie complémentaire**

<u>Frais admissibles</u>	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximal</u> (par personne assurée)
Infirmier, infirmier auxiliaire	80 %	5 000 \$ par année civile
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique	80 %	480 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Chirurgien dentiste et chirurgie plastique	80 %	Aucun
Radiographies (techniques d'imagerie médicale) et examens de laboratoire	80 %	800 \$ par année civile
Chiropraticien, podiatre (ou podologue), naturopathe, ostéopathe, acupuncteur, diététiste (ou nutritionniste), massothérapeute, kinésithérapeute, orthothérapeute	80 %	20 \$ par visite, 400 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Radiographies par un chiropraticien	80 %	40 \$ par année civile

**RÉGIME OPTIONNEL 1 (Participation facultative d'une durée minimum de 3 ans)
(suite)**

Assurance maladie complémentaire

<u>Frais admissibles</u>	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximal (par personne assurée)</u>
Psychologue, travailleur social, conseiller en orientation	80 %	600 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Ergothérapeute, orthophoniste, audiologiste	80 %	20 \$ par visite, 480 \$ par année civile pour l'ensemble des spécialistes
Appareils auditifs	80 %	240 \$ par période de 36 mois
Bas de soutien	80 %	125 \$ par année civile
Orthèses podiatriques et chaussures orthopédiques	80 %	125 \$ par année civile pour l'ensemble de ces frais

**RÉGIME OPTIONNEL 1 (Participation facultative d'une durée minimum de 3 ans)
(suite)**

Assurance vie des personnes à charge

<u>Personnes admissibles</u>	<u>Somme assurée</u>
Conjoint	5 000 \$
Enfant	2 500 \$

RÉGIME OPTIONNEL 2 (Participation facultative)

Assurance vie de base de l'adhérent

Somme assurée	1 fois le salaire annuel
---------------	--------------------------

Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent

Somme assurée : selon la perte, de 25 % à 100 % de la somme assurée en vertu de l'assurance vie de base de l'adhérent.
--

RÉGIME OPTIONNEL 2 (Participation facultative)
(suite)

Assurance salaire de longue durée

Délai de carence	5 jours ouvrables plus 104 semaines pour un adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent 7 jours civils plus 104 semaines pour tout autre adhérent
Rente mensuelle	80 % du salaire mensuel net
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans
Réduction	Directe : rente d'invalidité RRQ, CSST, SAAQ et autres Indirecte : revenus de toutes sources limités à 100 % du salaire mensuel net
Indexation	Indice RRQ, maximum 3 %
Invalidité	Premiers 48 mois : l'emploi de l'adhérent Après 48 mois : tout emploi

**RÉGIME OPTIONNEL 2 (Participation facultative)
(suite)**

Assurance vie supplémentaire

Somme assurée

1 à 5 fois le salaire annuel, avec preuves d'assurabilité

Assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent

Somme assurée : selon la perte, de 25 % à 100 % de la somme assurée en vertu de l'assurance vie supplémentaire de l'adhérent.

RÉGIME OPTIONNEL 3 (Participation facultative, d'une durée minimum de 3 ans)**Assurance soins dentaires**

<u>Frais admissibles</u>	<u>Pourcentage de remboursement</u>	<u>Remboursement maximal</u> (par personne assurée)
Prévention	80 %	1 000 \$ par année civile pour l'ensemble des soins
Base <ul style="list-style-type: none">• obturation• endodontie• parodontie• chirurgie buccale	80 %	
Restauration et prothèses <ul style="list-style-type: none">• restauration extensive (couronnes)• prothèses amovibles• prothèses fixes	50 %	

DESCRIPTION DES GARANTIES

1. RÉGIME DE BASE (Participation obligatoire)

ASSURANCE MALADIE

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse, d'une complication de grossesse ou d'une intervention liée à la planification familiale, il a droit au remboursement d'une partie ou de la totalité des frais admissibles engagés, sous réserve des dispositions suivantes :

- les frais admissibles énumérés ci-après doivent être engagés sur la recommandation du médecin traitant, à moins d'indication contraire;
- les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus;
- les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées.

Liste des frais admissibles

1) Frais hospitaliers engagés au Canada :

L'assureur rembourse 100 % des **frais hospitaliers engagés au Canada**, jusqu'à concurrence du coût d'une hospitalisation en chambre à deux lits (semi-privée) pour chaque jour d'hospitalisation, quel que soit le nombre de jours.

L'assureur rembourse 100 % des frais de séjour dans une **maison de convalescence** reconnue par l'assureur, jusqu'à concurrence du coût d'une chambre à deux lits (semi-privée), pour une durée maximale de 30 jours par année civile, par personne assurée, pourvu que les frais aient été engagés à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie. La chirurgie d'un jour est exclue. Pour que la maison de convalescence soit reconnue, elle doit fournir 24 heures par jour des services infirmiers dispensés par une infirmière autorisée.

2) Frais d'ambulance :

L'assureur rembourse 100 % des frais de **transport en ambulance** ou de transport ferroviaire engagés pour se rendre au plus proche hôpital pouvant fournir les soins requis, et au besoin pour en revenir, ou pour effectuer le trajet entre deux établissements hospitaliers. Dans les cas d'urgence, les frais de transport ambulancier aérien sont également admissibles. La recommandation du médecin n'est pas requise.

3) Frais de médicaments :

Au cours d'une même année civile, l'assureur rembourse 80 % des premiers 3 750 \$ de frais de médicaments admissibles engagés et 100 % de l'excédent.

Pour toute année civile, le maximum de frais admissibles de médicaments que l'adhérent engage pour lui-même et pour l'ensemble de ses personnes à charge assurées et qui demeure à sa charge est de 750 \$ à l'égard de la franchise et de la part des frais admissibles de médicaments qui n'est pas prise en charge par l'assureur en raison du pourcentage de remboursement prévu par le présent régime.

Les frais admissibles de médicaments sont les suivants :

- a) Les **frais de médicaments** et autres produits que le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) couvrirait si la personne n'était pas assurée en vertu du présent régime.

- b) les **frais de médicaments** nécessaires à la thérapeutique que le RGAM ne couvre pas, qui ne peuvent s'obtenir que sur l'ordonnance d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste (codés « Pr », « C » ou « N » dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques) et qui sont fournis par un pharmacien, ou par un médecin là où cette pratique est permise par la loi. De plus, les frais engagés pour des médicaments obtenus sur l'ordonnance d'un médecin et requis pour le traitement de certaines conditions pathologiques sont également admissibles, dans la mesure où il ne s'agit pas de préparations homéopathiques et pourvu que l'indication thérapeutique qui en est proposée par le fabricant dans le Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques soit directement reliée au traitement de troubles cardiaques, de troubles pulmonaires, de diabète, de l'arthrite, de la maladie de Parkinson, de l'épilepsie, de la fibrose kystique ou du glaucome.
- c) Les frais de **produits liés au diabète** tels l'insuline, les seringues, les aiguilles et les bâtonnets réactifs, ainsi que les frais pour les accessoires utilisés par les personnes stomisées.
- d) Les frais de **produits antitabac** couverts par le RGAM, jusqu'à concurrence du montant maximum établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec comme équivalent à la protection du RGAM (en 2009, le remboursement maximal est de 500 \$ par année civile, par personne assurée).
- e) Les frais de **vaccins préventifs** prescrits par un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 500 \$ par année civile, par personne assurée.
- f) Les frais de médicaments suivants à l'égard d'un **adhérent de 65 ans ou plus** et de ses personnes à charge, le cas échéant, qui sont assurés à la fois en vertu du RGAM et en vertu du régime de base :
- i) les frais de médicaments qui sont couverts par le régime de base et qui ne sont pas couverts par le RGAM;
 - ii) la portion des frais (franchise et coassurance) qui n'est pas prise en charge par le RGAM.

4) Frais paramédicaux :

L'assureur rembourse 80 % des frais engagés suivants :

- a) Les frais d'achat d'un **membre artificiel ou d'un oeil artificiel**, au cours de la période assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 30 000 \$ par année civile, par personne assurée.
- b) Les frais pour les **fournitures et services** tels que
 - i) les frais d'achat ou de location de **fournitures médicales** et d'**appareils orthopédiques** tels béquilles, attelles, plâtres, pansements, prothèses, corsets orthopédiques et autres appareils orthopédiques;
 - ii) les frais de location d'un **fauteuil roulant et d'un lit d'hôpital**;
 - iii) les frais d'achat d'oxygène et de location d'appareils servant à l'administrer;
 - iv) les frais d'achat de sang et de plasma.
- c) Les frais d'achat d'un **glucomètre** ou réfectomètre, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 300 \$ par période de 5 ans, par personne assurée.
- d) Les frais de médicaments pour les **injections sclérosantes** administrées pour des raisons médicales, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 16 \$ par traitement.
- e) Les frais de location d'**équipements thérapeutiques** ou les frais d'achat lorsque ce mode est plus économique, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 000 \$ par année civile, par personne assurée. Ces équipements comprennent, entre autres :
 - i) les appareils d'aérosolthérapie, nécessaires au traitement de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique, de l'asthme chronique ou d'une autre maladie semblable;
 - ii) les stimulateurs de consolidation de fractures;

- iii) les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire;
 - iv) les respirateurs à pression positive intermittente;
 - v) les pompes à insuline;
 - vi) les neurostimulateurs percutanés et appareils T.E.N.S.;
 - vii) les vêtements pour le traitement des brûlures;
 - viii) les couches pour incontinence, les sondes, les cathéters et autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de l'usage d'un organe ou d'un membre.
- f) Les frais d'achat d'une **prothèse capillaire** devenue nécessaire à la suite d'un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 480 \$ par période de 60 mois consécutifs, par personne assurée.
- g) Les frais de **transport et d'hébergement** engagés au Québec pour la consultation d'un médecin spécialiste non présent dans la région de résidence de la personne assurée ou pour recevoir un traitement spécialisé non disponible dans la région de résidence de la personne assurée, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ par année civile, par personne assurée.

Un rapport, signé par le médecin traitant de la personne assurée, démontrant la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipulant que la consultation ou le traitement spécialisé a lieu ou est reçu à l'endroit où le spécialiste effectue la consultation ou le traitement, et pour autant que cet endroit est le plus rapproché de la région de résidence de la personne assurée, doit être transmis à l'assureur.

Les frais admissibles sont les suivants :

- i) le transport pour un déplacement d'au moins 200 kilomètres (aller seulement) du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. Les frais couverts sont ceux d'un transporteur public (le coût le plus économique). Si la personne assurée utilise son propre véhicule, le remboursement est limité au coût le plus économique d'un transporteur public pour la même destination. Une preuve confirmant l'utilisation du véhicule privé (achat d'essence) doit être jointe à la demande de prestations;
- ii) l'hébergement dans un établissement hôtelier, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 48 \$ par jour à la suite d'un déplacement d'au moins 400 kilomètres (aller et retour) du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe. La nécessité du coucher doit être démontrée à la satisfaction de l'assureur. Des pièces justificatives de ces frais doivent être jointes à la demande de prestations;
- iii) pour un enfant à charge assuré âgé de moins de 18 ans, les frais de transport d'un seul parent accompagnateur sont admissibles lorsque le traitement doit être dispensé à l'enfant.

Exclusions, limitations et restrictions

1) Exclusions applicables aux frais de médicaments :

Les produits suivants sont exclus, qu'ils soient ou non considérés comme des médicaments :

- les produits dermatologiques (huiles, shampoings, lotions, savons, crèmes hydratantes, etc.) ne contenant pas de substances thérapeutiques et destinés à des fins cosmétiques ou de confort;
- les contraceptifs autres qu'oraux;

- les multivitamines et les suppléments alimentaires de toute nature liés à la prévention ou à l'alimentation hypercalorique, hypocalorique ou hypoallergique, à l'exception des multivitamines clairement identifiées par le fabricant comme vitamines prénatales.

Les exclusions, limitations et restrictions du présent régime ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet de rendre le régime de l'assureur moins généreux que le RGAM en termes de prestations.

2) Exclusions applicables à l'ensemble du régime de base

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés

- a) à la suite d'une guerre, ou de la participation à une insurrection ou une émeute;
- b) à la suite de la participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- c) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- d) pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé;
- e) pour l'appréciation de la vision ou de l'audition, pour des lunettes ou appareils auditifs;
- f) pour des soins ou produits à des fins esthétiques, autres que ceux qui sont admissibles en vertu du régime de base;
- g) pour des soins médicaux auxquels une personne assurée a droit aux termes de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi;
- h) pour une insémination artificielle, ainsi que pour tous les frais de médicaments, de laboratoire ou autres reliés à toutes techniques de reproduction par stimulation ou manipulation des ovaires ou des spermatozoïdes;
- i) pour des soins ou traitements expérimentaux;

- j) pour des soins de nature préventive;
- k) pour des médicaments ou des produits antitabac qui ne sont pas couverts par le RGAM ainsi que pour les frais en excédent du maximum prévu par le RGAM relativement à ce type de médicaments ou produits;
- l) pour des hormones de croissance non couvertes par le RGAM;
- m) pour des accessoires domestiques tels les baignoires à remous, filtres d'air, humidificateurs ou autres appareils de même nature, de même que les appareils de contrôle tels les stéthoscopes, sphygmomanomètres ou autres appareils de même nature;
- n) pour des médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile.

ASSURANCE VOYAGE

Lorsqu'une personne assurée résidant au Canada et couverte en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence doit engager d'urgence des frais en raison d'un accident ou d'une maladie survenant lors d'un séjour à l'extérieur de sa province de résidence, l'assurance voyage permet à l'assureur de rembourser à l'adhérent 100 % des frais admissibles engagés, pourvu qu'ils ne soient payables par aucun organisme gouvernemental ou régime privé d'assurance. À moins d'indication contraire, les frais doivent être engagés sur la recommandation du médecin traitant et sont sujets à un remboursement maximal viager de 5 000 000 \$ par personne assurée. Ce maximum s'applique à l'ensemble des frais d'assurance voyage et d'assistance voyage.

En cas d'urgence médicale, la personne assurée doit immédiatement communiquer avec le service d'assistance voyage.

LIEU D'APPEL	NUMÉRO À COMPOSER
Région de Montréal	(514) 875-9170
Canada et États-Unis	1 800 465-6390 (sans frais)
Ailleurs dans le monde (Excluant les Amériques)	indicatif outre-mer + 800 29485399 (sans frais)
Frais virés (Partout dans le monde)	(514) 875-9170

Ces numéros de téléphone apparaissent au verso de l'attestation d'assurance de l'adhérent.

Liste des frais admissibles

- 1) Frais hospitaliers, honoraires médicaux et frais pour soins infirmiers :
 - a) Les frais de chambre et pension à l'hôpital ainsi que les autres services hospitaliers nécessaires au traitement de la personne assurée. La personne doit toutefois communiquer dès le début de l'hospitalisation avec la firme d'assistance voyage, à défaut de quoi le remboursement de certains frais pourrait être refusé. De plus, dans le cas de frais hospitaliers engagés au Canada, les frais admissibles sont limités au maximum prévu à cet égard dans la liste des frais admissibles de l'assurance maladie du régime de base;
 - b) les honoraires de médecin, de chirurgien et d'anesthésiste;

- c) les frais engagés pour des soins privés dispensés par un infirmier, lorsque prescrits par le médecin traitant, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 1 000 \$ CAN par voyage. Le tarif ne doit pas excéder ce qui aurait normalement été exigé pour le même service dans la province de résidence de la personne assurée.

2) Frais de transport :

- a) Les frais de rapatriement de la personne assurée à son lieu de résidence par un moyen de transport public adéquat afin qu'elle puisse y recevoir les soins appropriés, dès que son état de santé le permet et dans la mesure où le moyen de transport initialement prévu pour le retour ne peut être utilisé. Le rapatriement doit toutefois être approuvé et planifié par la firme d'assistance voyage. De plus, tous les frais prévus par l'assurance voyage cessent d'être considérés comme admissibles si la personne assurée ne consent pas au rapatriement lorsqu'il est recommandé par la firme d'assistance voyage;
- b) les frais de rapatriement de tout membre de la proche famille de la personne assurée qui est également protégé en vertu du régime de base, s'il ne peut revenir à son point de départ par le moyen de transport initialement prévu pour le retour. Le rapatriement doit toutefois être approuvé et planifié par la firme d'assistance voyage;
- c) les frais de transport aller et retour en classe économique d'un accompagnateur médical qualifié qui n'est ni un membre de la famille, ni un ami, ni un compagnon de voyage, à la condition que l'accompagnement soit prescrit par le médecin traitant et approuvé par la firme d'assistance voyage;
- d) les frais de transport aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) d'un membre de la proche famille pour lui permettre de visiter la personne assurée qui demeure à l'hôpital pendant au moins 7 jours. Ces frais ne sont toutefois pas admissibles à un remboursement dans les cas suivants :
 - i) si la personne assurée ne demeure pas à l'hôpital au moins 7 jours;

- ii) si la personne assurée était accompagnée par un membre de la famille âgé de 18 ans ou plus;
 - iii) si la nécessité de la visite n'est pas confirmée par le médecin traitant;
 - iv) si la visite n'est pas préalablement approuvée et planifiée par la firme d'assistance voyage;
- e) les frais de retour du véhicule, si la personne assurée souffre d'incapacité certifiée par un médecin et qu'elle n'est pas en état, selon celui-ci, de ramener elle-même son véhicule ou celui qu'elle a loué et qu'aucun membre de la famille l'accompagnant ne soit en état de le faire. Le retour peut être effectué par une agence commerciale, mais il doit être approuvé et planifié par la firme d'assistance voyage. Le remboursement maximal pour le retour du véhicule est de 750 \$ CAN par adhérent. Dans le présent paragraphe, le terme « véhicule » désigne une automobile, une caravane motorisée ou une camionnette ayant une capacité maximale de 1 000 kilogrammes;
- f) en cas de décès de la personne assurée, les frais de transport aller et retour en classe économique par la route la plus directe (avion, autobus, train) d'un membre de la proche famille pour lui permettre d'aller identifier la dépouille avant le rapatriement. Ces frais ne sont toutefois pas admissibles à un remboursement dans les cas suivants :
- i) si un membre de la famille âgé de 18 ans ou plus a accompagné la personne assurée dans son voyage;
 - ii) si le voyage pour l'identification de la dépouille n'est pas préalablement approuvé et planifié par la firme d'assistance voyage;

g) en cas de décès de la personne assurée, les frais pour la préparation du corps et le retour de la dépouille ou de ses cendres à son lieu de résidence par la route la plus directe (avion, autobus, train), jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ CAN. Le coût du cercueil ou de l'urne n'est pas inclus dans l'assurance. De plus, les frais de préparation du corps et de retour de la dépouille ne sont pas admissibles à un remboursement si le retour n'est pas préalablement approuvé et planifié par la firme d'assistance voyage.

3) Frais de subsistance :

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

4) Frais d'appels interurbains :

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

Le service d'assistance voyage

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

- 1) assistance téléphonique sans frais, 24 heures par jour;
- 2) référence à des médecins ou à des établissements de santé;

- 3) aide pour l'admission à l'hôpital;
- 4) avances de fonds à l'hôpital lorsqu'elles sont exigées par l'établissement concerné;
- 5) rapatriement de la personne assurée dans sa ville de résidence, dès que son état de santé le permet;
- 6) établissement et maintien des contacts avec l'assureur;
- 7) règlement des formalités en cas de décès;
- 8) rapatriement des enfants de la personne assurée si elle est immobilisée;
- 9) envoi d'aide médicale et de médicaments si une personne assurée se trouve trop loin des établissements de santé pour y être transportée;
- 10) arrangements nécessaires pour faire venir un membre de la proche famille si la personne assurée doit séjourner à l'hôpital au moins 7 jours et si le médecin le prescrit;
- 11) en cas de perte ou de vol de pièces d'identité, aide pour se procurer des documents temporaires afin de poursuivre le voyage;
- 12) référence à des avocats si des problèmes juridiques surviennent.

Exclusions applicables à l'assurance voyage

Les exclusions s'appliquant à l'assurance maladie s'appliquent également à l'assurance voyage.

La personne assurée doit communiquer avec la firme d'assistance voyage lorsqu'elle doit avoir recours à des services médicaux d'urgence qui nécessitent une hospitalisation à l'étranger, sans quoi le remboursement d'une partie des frais admissibles engagés pourrait être réduit ou refusé par l'assureur.

De plus, l'assureur ne verse aucune des sommes prévues par l'assurance voyage dans les cas suivants :

- 1) si le voyage est entrepris avec l'intention de recevoir des traitements médicaux ou paramédicaux ou des services hospitaliers, même si le voyage est fait sur la recommandation d'un médecin;
- 2) pour une chirurgie ou un traitement, lorsque ceux-ci sont facultatifs ou non urgents, c'est-à-dire qu'ils auraient pu être prodigués dans la province de résidence de la personne assurée sans danger pour sa vie ou pour sa santé, même si les soins ont été prodigués à la suite d'une situation urgente résultant d'une maladie subite ou d'un accident.

2. RÉGIME OPTIONNEL 1 (Participation facultative)

ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une grossesse, d'une complication de grossesse ou d'une intervention liée à la planification familiale, il a droit au remboursement de 80 % des frais admissibles engagés, sous réserve des dispositions suivantes :

- les frais admissibles énumérés ci-après ne doivent pas nécessairement être engagés sur la recommandation du médecin traitant;
- les frais admissibles sont limités aux frais raisonnables normalement payés dans la région où les services sont rendus;
- les frais engagés doivent être nécessaires au traitement de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées;
- les frais engagés doivent être rendus par des spécialistes membres en règle d'une association professionnelle.

Liste des frais admissibles

- 1) Les frais pour les services professionnels à domicile d'un **infirmier** ou d'un infirmier auxiliaire autorisé, sur ordonnance d'un médecin, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 5 000 \$ par année civile, par personne assurée. La personne qui rend les services ne doit pas être un membre de la famille de la personne assurée ni résider sous son toit.
- 2) Les honoraires d'un **physiothérapeute** incluant ceux pour des traitements de kinésithérapie effectués par ce dernier, ou d'un **thérapeute en réadaptation physique**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 480 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.
- 3) Les honoraires d'un **chirurgien dentiste** pour le traitement d'une mâchoire fracturée ou de lésions à des dents naturelles subies du fait d'un accident, de même que les **frais de chirurgie plastique** nécessaire à la réparation d'un préjudice esthétique attribuable à un accident, pourvu que les frais soient engagés au cours de la période de 36 mois suivant immédiatement la date de l'accident, que les services aient débuté au plus tard 12 mois après la date de l'accident et que l'accident soit survenu lorsque la personne était couverte par la présente assurance.
- 4) Les frais de **radiographies** et d'**examens de laboratoire**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 800 \$ par année civile, par personne assurée, dans la mesure où ces radiographies et examens sont effectués en dehors de l'hôpital, sous réserve de l'application de toute limite prévue par la présente assurance en ce qui concerne les frais de radiographies prises par un chiropraticien. Par radiographies, on entend toutes les techniques d'imagerie médicale.
- 5) Les honoraires d'un **chiropraticien** incluant ceux pour des traitements de kinésithérapie effectués par ce dernier, d'un **podiatre** (ou **podologue**), d'un **naturopathe**, d'un **ostéopathe**, d'un **acupuncteur**, d'un **diététiste** (ou **nutritionniste**), d'un **massothérapeute**, d'un **kinésithérapeute** ou d'un **orthothérapeute**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement ou consultation et de 400 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.

Les frais de **radiographies prises par un chiropraticien** sont admissibles jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 40 \$ par année civile, par personne assurée.

- 6) Les honoraires d'un **psychologue**, d'un **travailleur social** ou d'un **conseiller en orientation**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 600 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.
- 7) Les honoraires d'un **ergothérapeute**, d'un **orthophoniste** ou d'un **audiologiste**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 20 \$ par traitement ou consultation et de 480 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces spécialistes.
- 8) Les frais d'achat ou de location d'**appareils auditifs**, y compris les cas de remplacement, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 240 \$ par personne assurée par période de 36 mois consécutifs.
- 9) Les frais d'achat de **bas de soutien**, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 125 \$ par année civile, par personne assurée.
- 10) Les frais pour les **orthèses podiatriques** et les **chaussures orthopédiques** fabriquées et facturées par un centre détenant un permis des autorités légales, jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 125 \$ par année civile, par personne assurée, pour l'ensemble de ces frais.

Exclusions, limitations et restrictions

Aucune prestation n'est versée pour des frais engagés :

- 1) à la suite d'une guerre ou de la participation à une insurrection ou une émeute;
- 2) à la suite de la participation à un crime ou à un attentat quelconque;
- 3) pendant que la personne assurée est en service actif dans les forces armées;
- 4) pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé;

- 5) pour l'appréciation de la vision ou pour des lunettes;
- 6) pour des soins ou produits à des fins esthétiques, autres que ceux qui sont admissibles en vertu du régime optionnel 1;
- 7) pour des soins médicaux auxquels une personne assurée a droit aux termes de toute loi fédérale ou provinciale, ou qui sont couverts en vertu d'une telle loi;
- 8) pour des contraceptifs autres qu'oraux, pour une insémination artificielle, ainsi que pour tous les frais de médicaments, de laboratoire ou autres reliés à toutes techniques de reproduction par stimulation ou manipulation des ovaires ou des spermatozoïdes;
- 9) pour des soins ou traitements expérimentaux;
- 10) pour des vaccins ou soins de nature préventive;
- 11) pour des soins dentaires autres que ceux qui sont admissibles en vertu du régime optionnel 1;
- 12) pour des soins ou services administrés par un membre de la famille de la personne assurée ou par une personne qui réside avec cette dernière.

ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE

Au décès du conjoint de l'adhérent, la somme assurée payable est égale à 5 000 \$.

Au décès de tout enfant à charge de l'adhérent, la somme assurée payable est égale à 2 500 \$. L'enfant à charge est assuré dès qu'il est âgé de 24 heures ou plus.

3. RÉGIME OPTIONNEL 2
(Participation facultative)

ASSURANCE VIE DE BASE DE L'ADHÉRENT

1) Somme assurée

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie de base prévoit le paiement d'une fois son salaire annuel de base.

Pour un adhérent autre que celui engagé à temps complet dans un emploi permanent, le salaire annuel de base est déterminé à partir du salaire gagné durant les 12 mois précédant le décès.

2) Paiement anticipé du capital

Sur acceptation de l'assureur, tout adhérent dont l'espérance de vie est de moins de 12 mois peut obtenir le paiement d'une partie de la somme assurée en assurance vie de base qui serait normalement payable à son décès. Ce paiement est toutefois limité au moindre des montants suivants :

- a) 25 % de la somme assurée de l'adhérent en vertu de l'assurance vie de base;
- b) 100 000 \$.

Lors du décès de l'adhérent à qui a été accordé un paiement anticipé de capital, la somme assurée payable en vertu de son assurance vie de base sera réduite de la somme de a) et b) ci-après :

- a) le montant du paiement anticipé;
- b) les intérêts courus sur le montant du paiement anticipé. Le taux utilisé à cet égard est le taux de rendement annuel moyen des certificats de placement garantis d'un an émis par les sociétés de fiducie canadiennes et qui est le dernier à avoir été publié dans le bulletin mensuel ou hebdomadaire de statistiques de la Banque du Canada avant la date du paiement anticipé.

Toutes les primes demeurent payables, à moins que l'adhérent ne soit exonéré du paiement des primes.

ASSURANCE DE BASE EN CAS D'ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

1) Somme assurée

Lorsque, à la suite d'un accident et au cours des 365 jours qui suivent la date de cet accident, un adhérent subit après le début de son assurance une perte couverte par l'assurance de base en cas d'accident du régime optionnel 2, l'assureur s'engage à payer un montant égal à un pourcentage de la somme assurée d'assurance vie de base du régime optionnel 2 payable à son égard. Les pertes couvertes par suite d'un accident et les pourcentages correspondants sont mentionnés au Tableau des pertes ci-après :

TABLEAU DES PERTES

Perte	Pourcentage
Décès	100 %
Quadriplégie, paraplégie, hémiplegie	100 %
des 2 mains ou des 2 pieds, de la vue des 2 yeux, d'une main et d'un pied, d'une main et de la vue d'un oeil, d'un pied et de la vue d'un oeil, de la parole et de l'ouïe des 2 oreilles	100 %
d'un bras ou de l'usage d'un bras, d'une jambe ou de l'usage d'une jambe	75 %
d'une main ou d'un pied, de la vue d'un oeil, de la parole, de l'ouïe des 2 oreilles, de l'usage d'une main ou d'un pied	50 %
de l'ouïe d'une oreille, du pouce et de l'index de la même main	25 %

Le terme « perte » désigne :

- a) lorsqu'il s'agit d'une main ou d'un pied, la séparation complète à la jointure du poignet ou de la cheville ou au-dessus, mais en-dessous de la jointure du coude ou du genou;
- b) lorsqu'il s'agit d'un bras ou d'une jambe, la séparation complète à la jointure du coude ou du genou ou au-dessus;

- c) lorsqu'il s'agit du pouce, la séparation complète de la phalange du pouce;
- d) lorsqu'il s'agit de l'index, la séparation complète de deux phalanges de l'index;
- e) lorsqu'il s'agit de l'oeil, la perte complète et définitive de la vue de cet oeil;
- f) lorsqu'il s'agit de quadriplégie, la paralysie complète et définitive des deux bras et des deux jambes;
- g) lorsqu'il s'agit de paraplégie, la paralysie complète et définitive des deux jambes;
- h) lorsqu'il s'agit d'hémiplégie, la paralysie complète et définitive d'un bras et d'une jambe d'un même côté;
- i) lorsqu'il s'agit de la parole, la perte complète et définitive de la capacité d'émettre des sons intelligibles;
- j) lorsqu'il s'agit de l'ouïe, la perte complète et définitive de l'ouïe.

Le terme « perte d'usage » désigne la perte complète et considérée comme définitive de l'usage d'une main, d'un bras, d'un pied ou d'une jambe. Pour être considérée comme une perte d'usage, la perte doit aussi avoir persisté pendant au moins 12 mois sans interruption depuis la date de l'accident.

Lorsqu'un adhérent subit plus d'une perte assurée par suite d'un accident et ce, au cours des 365 jours suivant la date de l'accident, la somme à laquelle il a droit en vertu de cette garantie ne peut excéder 100 % de la somme assurée d'assurance vie de base.

En cas de décès accidentel de l'adhérent, le montant de la présente garantie est payable en plus de celui de l'assurance vie de base de l'adhérent.

2) Exclusions, limitations et restrictions

L'assureur ne verse pas la somme assurée d'assurance de base en cas d'accident si la perte est attribuable à l'une des causes suivantes :

- a) tentative de suicide ou blessure qui a été causée volontairement par l'adhérent lui-même, qu'il soit sain d'esprit ou non;
- b) participation active à une émeute, à une insurrection, à une guerre ou à des actes criminels;
- c) voyage en aéronef autrement que comme passager payant sur un vol prévu à l'horaire d'une société de transport aérien;
- d) accident subi pendant que l'adhérent est en service actif dans les forces armées.

L'assureur ne verse pas la somme assurée d'assurance de base en cas d'accident si la perte survient :

- a) après la fin de l'assurance de l'adhérent;
- b) après la retraite de l'adhérent;
- c) après la fin du contrat.

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

1) Rente mensuelle

Lorsqu'un adhérent de moins de 65 ans devient totalement invalide pendant que son assurance est en vigueur, il a droit, après épuisement du délai de carence prévu dans son cas, à une rente mensuelle égale à 80 % du salaire mensuel net qui aurait été le sien à la fin de sa 105^e semaine d'invalidité totale s'il n'était pas devenu invalide.

Pour l'adhérent autre que celui engagé à temps complet dans un emploi permanent, la rente est réduite au prorata du temps travaillé, par rapport au temps travaillé d'un adhérent à temps complet, au cours des 52 semaines de calendrier précédant l'invalidité pour lesquelles aucune période de congé sans solde ou autres périodes d'absence telles que spécifiées au Répertoire n'ont été autorisées. Ce calcul doit comprendre un minimum de 12 semaines; à défaut de quoi, l'employeur considère les semaines antérieures à la période de 52 semaines jusqu'à ce que ce calcul puisse s'effectuer sur 12 semaines.

Dans le cas où la période entre la dernière date d'embauche de l'adhérent et la date d'invalidité est inférieure à 12 semaines, le calcul s'effectue sur la base de cette dernière période.

2) Délai de carence

Le délai de carence correspond à ce qui suit :

- a) adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent : 5 jours ouvrables plus 104 semaines;
- b) autre adhérent : 7 jours civils à compter du premier jour auquel l'adhérent devait se présenter au travail plus 104 semaines;
- c) adhérent devenant invalide pendant une période d'absence du travail au cours de laquelle l'assurance a été maintenue en vigueur : 104 semaines comptées à partir de la date prévue de retour au travail.

3) Coordination de la rente (directe et indirecte)

La rente mensuelle de l'adhérent totalement invalide est réduite des prestations d'invalidité avant indexation payables en vertu :

- a) du Régime de retraite des enseignants;
- b) du Régime de retraite des fonctionnaires;
- c) de la Loi sur l'assurance automobile;
- d) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;

- e) du Régime de rentes du Québec et du Régime de pension du Canada;
- f) de toute loi sociale.

La rente mensuelle de l'adhérent totalement invalide est également réduite de telle manière que le total de la rente payable, des prestations d'invalidité énumérées précédemment et du revenu reçu d'autres sources n'excède pas 100 % du salaire mensuel net que l'adhérent aurait reçu à la fin de sa 105^e semaine d'invalidité totale s'il n'était pas devenu invalide. Aux fins de la présente garantie, les autres sources de revenu sont les suivantes :

- a) tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi par l'employeur;
- b) tout revenu provenant d'un régime en vertu duquel l'adhérent est assuré à titre de membre d'une association;
- c) tout revenu provenant d'un régime d'avantages sociaux établi conformément à toute loi, excluant toute augmentation subséquente de tels revenus en raison d'indexation;
- d) tout remboursement de perte de rémunération qui est effectué parce que la responsabilité de la perte relève légalement d'une tierce partie ou parce que la perte est couverte par une autre assurance ou n'aurait pas été subie sans l'existence du contrat.

4) Durée de la rente

La rente mensuelle est payable à partir de la fin du délai de carence et ne peut se poursuivre après la fin de l'invalidité totale ni après le 65^e anniversaire de naissance de l'adhérent.

5) Fin de l'invalidité totale

L'invalidité totale prend fin au plus tard lorsque l'adhérent est incapable ou refuse de fournir des preuves de la continuation de son invalidité totale.

6) Indexation de la rente

La rente mensuelle est indexée après au moins 12 mois de prestations, consécutifs ou non, le 1^{er} janvier de chaque année. L'indexation de la rente est égale au pourcentage d'augmentation de l'indice des rentes publié annuellement par la Régie des rentes du Québec, jusqu'à concurrence d'un maximum de 3 %.

7) Fractionnement de la rente

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

8) Rééducation

L'adhérent totalement invalide peut exercer un travail rémunérateur dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé par l'assureur. La rente payable est alors réduite de 50 % de tout traitement que reçoit l'adhérent pour son emploi de rééducation. Le cas échéant, un ajustement est aussi effectué de manière à ce que le total de tous les revenus de l'adhérent n'excède pas 100 % de son salaire mensuel net.

9) Somme payée en trop

L'assureur se réserve le droit de recouvrer toute somme payée en trop par suite d'un retard dans l'application de toute disposition prévoyant une réduction de la rente.

10) Exclusions, limitations et restrictions

- 1) L'assureur ne verse aucune indemnité pour une période d'invalidité totale attribuable à l'une des causes suivantes :
 - a) tentative de suicide ou blessure qui a été causée volontairement par l'adhérent lui-même, qu'il soit sain d'esprit ou non;
 - b) participation active à une émeute, à une insurrection, à une guerre ou à des actes criminels;
 - c) service actif dans les forces armées;

- d) alcoolisme ou toxicomanie. Toutefois, une période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité totale, à la condition qu'un médecin spécialisé dans le domaine certifie que l'invalidité est due à l'alcoolisme ou à la toxicomanie.
- 2) L'assureur ne verse aucune indemnité s'il a demandé à l'adhérent de se soumettre à un examen médical et que ce dernier ne l'a pas fait.
- 3) L'assureur ne verse aucune indemnité lorsque l'adhérent exerce un travail rémunérateur, sauf dans le cadre d'un programme de rééducation approuvé, tel que prévu au présent régime.

ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE DE L'ADHÉRENT

Au décès d'un adhérent, l'assurance vie supplémentaire prévoit le paiement de 1 fois, 2 fois, 3 fois, 4 fois ou 5 fois son salaire annuel de base, selon le choix qu'il a fait et selon la prime qui était payée avant son décès.

Cette garantie étant souscrite sur base facultative, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont exigées au moment de l'adhésion et lors d'une augmentation de la somme assurée.

Pour un adhérent autre que celui engagé à temps complet dans un emploi permanent, le salaire annuel de base est déterminé à partir du salaire gagné durant les 12 mois précédant le décès.

ASSURANCE SUPPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT DE L'ADHÉRENT

L'assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent prévoit le paiement d'un certain pourcentage de la somme assurée d'assurance vie supplémentaire de l'adhérent, si ce dernier subit l'une des pertes mentionnées au **TABLEAU DES PERTES** de l'assurance de base en cas d'accident de l'adhérent. De plus, les modalités, exclusions, limitations et restrictions de l'assurance de base en cas d'accident de l'adhérent s'appliquent également à l'assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent.

Cette garantie étant souscrite sur base facultative, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont exigées au moment de l'adhésion et lors d'une augmentation de la somme assurée.

4. RÉGIME OPTIONNEL 3 (Participation facultative)

ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Lorsqu'un adhérent engage des frais pour des soins dentaires admissibles, pour lui-même ou pour l'une de ses personnes à charge assurées, l'assureur rembourse les frais raisonnables engagés selon les modalités décrites ci-après.

Par frais raisonnables, on entend les frais qui n'excèdent pas les tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes de la province de résidence de l'adhérent en vigueur au moment où les frais sont engagés.

- Pourcentage de remboursement :

Soins dentaires préventifs	80 %
Soins dentaires de base	80 %
Soins dentaires de restauration et prothèses	50 %

- Remboursement maximal :

Le remboursement maximal pour l'ensemble des soins dentaires est de 1 000 \$ par personne assurée par année civile.

- Plan de traitement :

Si la personne assurée doit subir un traitement dont le coût prévu excède 500 \$, elle peut faire remplir un formulaire d'évaluation préalable par son dentiste et le transmettre à l'assureur pour savoir à l'avance quelle partie des frais peut être couverte par l'assurance.

L'évaluation du traitement doit inclure les résultats de l'examen bucco-dentaire et mentionner les services requis pour le traitement de l'affection, ainsi que les honoraires demandés par le dentiste pour ses services.

1) Liste des frais admissibles

Les codes énumérés ci-après sont ceux du « Guide des tarifs et nomenclature des actes buccodentaires » de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année 2009.

a) Soins dentaires préventifs remboursables à 80 % :

Diagnostic :

Examens complets (1 par 36 mois)	01110, 01120 et 01130
Examens de rappel (1 par 9 mois)	01200
Examens d'urgence	01300
Examens d'un aspect particulier (1 par 9 mois)	01400
Examen parodontal complet (1 par 60 mois)	01500
Examen spécifique et diagnostique d'orthodontie	01902
Films intra-oraux	02111, 02112, 02113, 02114, 02115, 02116, 02131, 02132, 02141, 02142, 02143, 02144, 02151 et 02152
Films extra-oraux	02201, 02202, 02304, 02400, 02430, 02504 et 02600
Films céphalométriques	02701 et 02702
Main et poignet (comme aide-diagnostic au traitement dentaire)	02915
Tomographies	02920 et 02929

Tests et examens de laboratoire, biopsies de tissu mou et biopsies de tissu dur et cultures bactériologiques	03100, 04100, 04201, 04302, 04311 et 04312
Test cytologique	04401, 04402 et 04403
Photographies diagnostiques	04801, 04802, 04803 et 04809
Patient vu en consultation	05200
Consultation avec un membre de la profession	05201
Visites professionnelles	94100, 94200 et 94400
<u>Prévention :</u>	
Polissage (1 par 9 mois)	11100, 11200 et 11300
Application topique de fluorure (1 par 9 mois)	12400
Instruction d'hygiène buccale (1 par 9 mois)	13200 et 13210
Ablation de matériau obturateur sous-gingival	13300 et 13301
Scellants de puits et fissures	13401 et 13404
Contrôle de la carie	13600
Meulage interproximal des dents	13700
Équilibration mineure de l'occlusion - 1 ou 2 dents - (pas plus de 8 visites par 12 mois)	43300

b) Soins dentaires de base remboursables à 80 % :

Caries, trauma, contrôle de la douleur :

Anesthésie locale	04470 et 04471
Pansement sédatif, incluant ablation de carie ou de restaurations existantes, insertion d'une obturation temporaire et coiffage de pulpe direct ou indirect	20111 et 20121
Meulage et polissage d'une dent traumatisée	20131
Recimentation d'un fragment de dent brisée	20161

Obturations :

Obturation en amalgame	21101 à 21105, 21121, 21122, 21123, 21124, 21125, 21211, 21212, 21213, 21214, 21215, 21221, 21222, 21223, 21224, 21225, 21231, 21232, 21233, 21234, 21235, 21241, 21242, 21243, 21244, 21245 et 21601
Tenons par obturation	21301, 21302, 21303 et 21304
Obturation en composite	21601, 23111, 23112, 23113, 23114, 23115, 23118, 23121, 23122, 23211, 23212, 23213, 23214, 23215, 23221, 23222, 23223, 23224, 23225, 23311, 23312, 23411, 23412, 23413, 23414 et 23415
Restauration préventive en résine	23210 et 23220

Endodontie :

Supplément pour un traitement endodontique à travers une couronne métal et/ou porcelaine	32101
Pulpotomie	32201, 32202 et 32210
Traitement de canal et retraitement	33100, 33101, 33102, 33110, 33111, 33112, 33200, 33201, 33202, 33210, 33211, 33212, 33300, 33301, 33302, 33310, 33311, 33312, 33400, 33401, 33402, 33410, 33411, 33412 et 33475
Apexification	33521, 33522, 33523, 33524, 33531, 33532, 33533, 33534, 33541, 33542, 33543 et 33544
Apéctomie et obturation rétrograde	34101, 34102, 34103, 34104, 34111, 34112, 34114, 34115, 34171, 34172, 34174, 34175, 34201, 34202, 34203, 34212 et 34215
Amputation de racine	34401 et 34402
Réimplantation	34451, 34452 et 34453
Réparation de perforation	34511
Traitements endodontiques généraux	39100, 39110 et 39120
Traitements d'urgence ou relatifs à un traumatisme endodontique	39201, 39202, 39901, 39902, 39903, 39904, 39970, 39981 et 39985
Hémisection	39230

Parodontie :

Soins de certaines infections aiguës et autres lésions 41200

Application d'agent désensibilisant 41300

Actes de chirurgie parodontale 42000, 42001, 42003, 42010, 42100, 42200, 42300, 42301, 42330, 42331, 42441, 42451, 42560, 42561, 42565, 42570, 42575, 42611, 42700, 42711 et 42720

Jumelage ou ligature 43200, 43211, 43212, 43260, 43290, 43295

Détartrage supragingival et subgingival (1 par 9 mois) 43411, 43412, 43413, 43414, 43417 et 43419

Appareils parodontaux 43611, 43612, 43622 et 43631

Irrigation des poches parodontales 49211

Application intrasulculaire d'agent antimicrobien ou chimiothérapeutique à dégradation lente 49221 et 49229

Chirurgie buccale :

Ablations de dents et de racines 71101, 71111, 71121, 72100, 72110, 72210, 72220, 72230, 72240, 72300, 72310, 72320 et 72350

Ablation chirurgicale complexe 72410, 72411, 72412, 72430, 72440 et 72450

Alvéoloplastie	73100 et 73110
Ostéoplastie	73133, 73134, 73135 et 73140
Tubéroplastie	73150 et 73151
Ablation de tumeur et de kyste	74108, 74109, 74408, 74409 et 74410
Incision et drainage	75100, 75101 et 75110
Ablation de corps étranger	75361
Réduction de fracture	76210, 76310 et 76910
Réparation d'une lacération de tissu mou	76950 et 76951
Frénectomie	77801, 77802 et 77803
Dislocation de la mandibule	78110 et 78111
Sialolithotomie par voie buccale 1/3 antérieur	79104
Retrait d'un corps étranger dans le sinus	79301 et 79303
Lavage du sinus	79304 et 79305
Fermeture d'une fistule oro-antrale	79306, 79307 et 79308
Contrôle d'hémorragie	79400 et 79401
Traitement post-chirurgical	79601 et 79602

c) Soins dentaires de restauration et prothèses remboursables à 50 % ⁽¹⁾ :

Obturations en or ou en porcelaine :

Aurifications	24101 et 24102
Incrustations, obturations en porcelaine ou en résine	25100, 25121, 25122, 25123, 25200, 25300, 25500 et 25521
Tenons de rétention dans l'incrustation	25601, 25602, 25603 et 25604

Restauration extensive :

Pivots préfabriqués et reconstitution	25751, 25752, 25753, 25771, 25772 et 25773
Couronnes individuelles	22211, 22311, 22401, 27100, 27130, 27140, 27150, 27200, 27210, 27300, 27310, 27501 et 27503
Corps coulés	27640, 27700, 27701, 27707, 27710, 27711 et 27712
Réparation d'une couronne au fauteuil	27721
Réparation d'une couronne en laboratoire	27722 et 27723
Couronne transfert (capuchon) coulée en or ou en métal	28211
Autres services	29100, 29200, 29300, 29501, 29502, 29503 et 29600

Prothèses amovibles ⁽²⁾ :

Prothèses complètes 51100, 51110, 51120, 51300,
51310, 51320, 51600, 51610
et 51620

Prothèses partielles 52101, 52102, 52103, 52120,
52121, 52129, 52230, 52231,
52232, 52400, 52410, 52420,
52500, 52510, 52520, 52530,
52541, 52600, 52610, 52620,
52701 et 52702

Empreinte pour le modèle 53150
réfractaire

Ajustements 54250 et 54251

Remontage et équilibrage 54300, 54301 et 54302
de prothèse complète ou partielle

Restauration mineure :

Réparations de prothèses 55101, 55102, 55103, 55104,
55201, 55202, 55203, 55204,
55520, 55530 et 55700

Rebasage et regarnissage 56200, 56201, 56210, 56211,
de prothèses 56220, 56221, 56222, 56230,
56231, 56232, 56260, 56261,
56262, 56263, 56270, 56271,
56272, 56273, 56280 et 56290

Réfection de prothèses 56411, 56412 et 56413

Remplacement des dents 56602
(couvert uniquement si le
traitement n'est pas fait en
même temps que le rebasage
ou le regarnissage)

Récupération de la 56631
dimension verticale

Prothèses fixes ⁽²⁾ :

Pontiques	62000, 62100, 62502, 62510, 62700, 62702 et 62801
Sectionnement d'un pilier ou pontique	63031
Pont papillon ou Maryland et pont Monarch	65500 et 65510
Réparations	66600, 66601, 66610, 66620, 66710, 66720 et 66723
Piliers	67100, 67101, 67105, 67107, 67200, 67210, 67410, 67501, 67711, 67712, 67713, 67721, 67722 et 67723
Couronnes télescopiques	67600

Les normes qui s'appliquent aux services prévus ci-dessus s'appliquent également aux services rendus par un membre reconnu de l'Association des denturologistes du Québec.

- (1) La première prothèse est admissible à un remboursement si l'extraction des dents qui a rendu cet achat nécessaire a eu lieu pendant que la personne était assurée en vertu de la présente garantie.
- (2) Le remplacement de ces prothèses ne peut faire l'objet d'un remboursement qu'une fois par période de 5 ans. Les frais admissibles correspondent au coût d'une prothèse équivalente à celle que la personne possédait avant le premier remplacement ayant fait l'objet d'un remboursement.

2) Exclusions, limitations et restrictions

- 1) Si une personne assurée change de dentiste ou de denturologiste en cours de traitement ou si plus d'un dentiste ou denturologiste participe à un même traitement, les prestations que verse l'assureur ne peuvent excéder celles qu'il aurait versées si les soins avaient été rendus par un seul dentiste ou denturologiste.
- 2) Les frais couverts sont limités aux frais usuels, raisonnables et justifiés. Lorsque le dentiste consultant de l'assureur considère que le plan de traitement choisi par la personne assurée excède ce qui est requis, les prestations sont égales à celles qui auraient été payables pour le traitement recommandé par le dentiste consultant de l'assureur.
- 3) Les prestations sont déterminées comme si la personne était assurée en vertu du régime gouvernemental d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation de sa province de résidence.
- 4) Aucune prestation n'est versée dans les cas suivants :
 - a) pour des frais remboursables par un régime gouvernemental ou un autre régime d'assurance;
 - b) pour des frais qui excèdent ceux qui sont considérés comme raisonnables aux fins du présent régime;
 - c) pour des soins qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une affection ou qui ne sont pas recommandés par le chirurgien dentiste traitant;
 - d) pour des traitements à des fins principalement esthétiques, y compris les frais de personnalisation des prothèses dentaires;
 - e) pour des soins ou traitements expérimentaux incluant ceux qui sont attribuables à l'application de nouveaux procédés ou traitements qui ne sont pas encore utilisés couramment;

- f) pour des frais chargés pour la recommandation d'une diète ou pour un programme de contrôle de la plaque dentaire;
- g) pour des frais demandés pour remplir un formulaire de demande de règlement;
- h) pour des frais chargés pour des rendez-vous manqués ou pour des consultations téléphoniques;
- i) pour des frais que la personne assurée n'est pas tenue de payer.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. DÉFINITIONS

- a) Accident : toute atteinte corporelle provenant directement de l'action soudaine et imprévue d'une cause extérieure, indépendamment de toute autre cause
- b) Adhérent : employé assuré en vertu du présent régime.
- c) Compagnon de voyage : personne de 18 ans ou plus avec qui la personne assurée partage des arrangements de voyage (jusqu'à un maximum de 4 personnes, y compris la personne assurée).
- d) Conjoint : personne qui, à la date de l'événement donnant droit à des prestations :
 - i) est mariée et cohabite avec l'adhérent;
 - ii) est unie civilement et cohabite avec l'adhérent;
 - iii) vit maritalement avec l'adhérent et a avec lui un enfant;
 - iv) est de sexe différent ou de même sexe que l'adhérent et vit maritalement avec lui depuis au moins un an.

La dissolution du mariage par divorce ou annulation, ou la révocation de l'union civile fait perdre le statut de conjoint, de même que la séparation de fait depuis plus de trois (3) mois dans le cas d'une union de fait. La personne mariée ou unie civilement qui ne cohabite pas avec son conjoint peut désigner à l'assureur cette personne comme conjoint. Elle peut également désigner une autre personne en lieu et place du conjoint légal si cette personne répond à la définition de conjoint.

En présence de deux conjoints, un seul est reconnu comme tel aux fins du contrat, la priorité étant alors accordée dans l'ordre suivant :

- i) le conjoint admissible qui a été le dernier à être désigné comme tel par un avis écrit de l'adhérent à l'assureur, sous réserve de l'acceptation de toute preuve d'assurabilité exigible en vertu du contrat;
 - ii) le conjoint à qui l'adhérent est marié ou uni civilement.
- e) Employé : personne qui occupe un emploi permanent ou temporaire pour l'employeur, que ce soit à temps complet ou à temps partiel. Il doit s'agir d'un employé visé par le *Répertoire des conditions de travail des employés syndiqués non syndiqués et des employés non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux* ou de tout autre employé accepté par le preneur.
- f) Employeur : établissement membre d'une des associations d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux, corporation d'approvisionnement créée en vertu de l'article 383 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q.c.S.4.2) ou tout employeur ou catégorie d'employeurs acceptés comme tels par le preneur.
- g) Enfant à charge : personne résidant ou domiciliée au Canada, qui :
- i) a moins de 18 ans et sur laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exerce une autorité parentale; ou
 - ii) a 25 ans ou moins, n'a pas de conjoint, fréquente ou est réputée fréquenter, à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit, un établissement d'enseignement et sur laquelle l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent exercerait une autorité parentale si elle était mineure; ou
 - iii) est totalement invalide, quel que soit son âge, pourvu qu'elle ait été considérée comme enfant à charge aux fins du présent régime au début de l'invalidité et qu'elle soit demeurée invalide de façon continue depuis lors; ou

- iv) est majeure, n'a pas de conjoint, est atteinte d'une déficience fonctionnelle survenue avant l'âge de 18 ans, telle que définie dans le Règlement sur le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM), est domiciliée chez l'adhérent ou le conjoint de l'adhérent et sur laquelle cet adhérent ou son conjoint exercerait une autorité parentale si elle était mineure.
- h) Hôpital : centre hospitalier au sens des Lois et règlements sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q. ch. S-5 et ch. S-4.2), étant entendu qu'à moins d'indication contraire, seuls les soins de courte durée sont considérés aux fins de l'assurance. À l'extérieur du Québec, le terme signifie tout établissement répondant aux mêmes normes.
- i) Invalidité totale : état d'incapacité qui résulte d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires reliés à la planification familiale, cet état faisant l'objet d'un suivi médical et empêchant complètement l'adhérent d'accomplir les tâches normales de sa fonction.
- Dans le cas d'un adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent, si l'état d'incapacité persiste au-delà d'une période de 5 jours ouvrables plus 208 semaines sans nécessairement exiger des soins médicaux, il doit alors, pour être considéré comme une invalidité totale, empêcher complètement l'adhérent d'exercer tout travail rémunérateur que son éducation, sa formation et son expérience lui permettraient normalement d'accomplir. Pour tout autre adhérent, la période au-delà de laquelle la définition d'invalidité totale change est de 7 jours civils plus 208 semaines, mais elle ne commence qu'au premier jour ouvrable d'invalidité.
- j) Maladie : toute détérioration de la santé ou désordre de l'organisme constatés par un médecin. Les dons d'organe ou de moelle osseuse et leurs complications sont également considérés comme des maladies.
- k) Médecin : personne, autre que la personne assurée elle-même, qui est légalement autorisée à pratiquer la médecine à l'endroit où elle la pratique.

- l) Membre de la famille : beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru, oncle, tante, neveu, nièce, de même que les membres de la proche famille.
- m) Membre de la proche famille : conjoint, fils, fille, père, mère, frère et soeur.
- n) Période d'invalidité totale
- i) Au cours d'une période initiale de 5 jours ouvrables plus 156 semaines - étant entendu que pour les adhérents qui n'ont pas le statut d'employé engagé à temps complet dans un emploi permanent, l'expression « 5 jours ouvrables » est remplacée par « 7 jours civils débutant au premier jour ouvrable d'invalidité totale » - une période d'invalidité totale désigne toute période continue d'invalidité totale ou des périodes successives d'invalidité totale séparées par une période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins que l'employé n'établisse à la satisfaction de l'assureur qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étrangers à la cause de l'invalidité précédente.

Cette période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet est de :

- moins de 15 jours si la durée de l'invalidité totale est inférieure à 78 semaines;
 - moins de 45 jours si la durée de l'invalidité totale est égale ou supérieure à 78 semaines.
- ii) Après la période initiale prévue au paragraphe précédent, une période d'invalidité totale désigne toute période continue d'invalidité totale ou des 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.

- iii) Si, pendant une période donnée, l'invalidité totale résulte d'une maladie ou d'un accident tout à fait indépendant de la maladie ou de l'accident qui a causé l'invalidité totale de la période précédente, elle est considérée comme une nouvelle période d'invalidité totale, sauf si cette nouvelle invalidité survient avant que la personne ne soit retournée au travail.
- iv) Une période d'invalidité résultant de maladies ou blessures qui ont volontairement été causées par l'employé lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels, ou de service actif dans les forces armées n'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale aux fins de la présente assurance. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle l'employé reçoit des traitements ou soins médicaux en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité totale, à la condition que l'invalidité soit certifiée par un médecin spécialisé dans ce domaine.
- v) Toute période de réadaptation ou d'assignation temporaire durant le délai de carence de l'assurance salaire de longue durée n'a pas pour effet d'interrompre la période d'invalidité totale.
- o) Période de référence : période de 12 mois débutant le 1^{er} novembre d'une année et se terminant le 31 octobre de l'année suivante utilisée par l'employeur pour le calcul du pourcentage de temps travaillé par rapport au temps complet de l'employé à temps partiel, tel que prévu au Répertoire.
- p) Personne à charge : personne répondant aux définitions de conjoint ou d'enfant à charge tel que défini précédemment.
- q) Personne assurée : l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge assurées.
- r) Preuves d'assurabilité : renseignements de nature médicale ou autre portant sur l'employé ou l'une de ses personnes à charge visant à démontrer que la personne satisfait aux conditions de l'assureur pour bénéficier d'une protection d'assurance.

- s) Professionnel de la santé : tout professionnel de la santé mentionné dans le présent régime, qui est dûment autorisé à exercer sa profession et qui est membre en règle de sa corporation professionnelle, de son ordre professionnel ou d'une association professionnelle, ainsi que tout autre professionnel de la santé reconnu par le Comité d'assurance et l'assureur et qui exerce dans les limites de sa compétence au sens de la loi.
- t) RGAM : Régime général d'assurance médicaments administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- u) Répertoire : répertoire des conditions de travail des employés syndiqués non syndiqués et des employés non syndiqués du réseau de la santé et des services sociaux.
- v) Salaires annuel de base : le salaire annuel régulier de l'adhérent, incluant la prime de disparité régionale, et excluant les bonis ne faisant pas partie de sa rémunération régulière, la rémunération pour des heures supplémentaires et autres gains non réguliers, que l'adhérent gagnait immédiatement avant la date de son décès et tel que déclaré à l'assureur.
- w) Salaires mensuel de base : le salaire mensuel de l'adhérent au taux régulier, incluant la prime de disparité régionale, et excluant les bonis ne faisant pas partie de sa rémunération régulière, la rémunération pour des heures supplémentaires et autres gains non réguliers, que l'adhérent gagnait immédiatement avant le début de son invalidité et tel que déclaré à l'assureur.
- x) Salaires mensuel net : le salaire mensuel de base moins les impôts fédéral et provincial ainsi que les cotisations au Régime de rentes du Québec ou au Régime de pension du Canada, au Régime d'assurance emploi et au Régime québécois d'assurance parentale.

2. ADMISSIBILITÉ

Tout employé devient admissible à l'assurance collective au moment indiqué ci-après et le demeure jusqu'à la prise effective de sa retraite, qu'il ait ou non terminé sa période de probation :

- après 1 mois de service continu pour l'employé engagé à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un emploi permanent;

- après 3 mois de service continu pour l'employé engagé à temps complet ou à 70 % ou plus du temps complet dans un emploi temporaire;
- après 3 mois de service continu pour l'employé à temps partiel qui travaille moins de 70 % du temps complet.

La période normalement nécessaire pour devenir admissible ne s'applique pas dans les cas suivants :

- a) si l'employé revient chez un employeur qu'il avait quitté de façon définitive moins de 31 jours auparavant;
- b) si l'employé commence à travailler pour un nouvel employeur moins de 31 jours après avoir quitté son employeur précédent.

En ce qui concerne l'employé replacé dans un autre emploi en vertu du régime de sécurité d'emploi, sa durée d'emploi chez son employeur précédent est reconnue aux fins de l'établissement de son admissibilité à l'assurance chez son nouvel employeur.

L'employé retraité qui est réembauché après le 23 mai 2008 n'est pas admissible au présent régime d'assurance collective.

Si l'employé a déjà des personnes à charge au moment où il devient admissible à l'assurance, elles y deviennent admissibles en même temps que lui. Par la suite, toute nouvelle personne à charge devient admissible à l'assurance dès qu'elle répond à la définition de personne à charge.

3. PARTICIPATION

3.1 Régime de base

La participation au régime de base est obligatoire pour l'employé admissible et ses personnes à charge, sous réserve de ce qui est prévu en vertu du droit d'exemption.

Dispositions particulières pour l'employé de 65 ans et plus :

L'employé âgé de 65 ans et plus peut, en avisant l'assureur par écrit au préalable, s'assurer auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) plutôt qu'en vertu du régime de base, pour ce qui est des médicaments dont le remboursement est prévu par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM). Ainsi, l'employé de 65 ans et plus a le choix de :

- a) s'assurer auprès de la RAMQ et s'exempter du régime de base;
- b) s'assurer auprès de la RAMQ et en vertu du régime de base;
- c) s'assurer uniquement en vertu du régime de base (avec surprime).

S'il s'agit de maintenir l'assurance du conjoint qui atteint l'âge de 65 ans, l'avis de l'adhérent transmis à son employeur doit être accompagné d'une confirmation du conjoint à l'effet qu'il a annulé sa protection auprès de la RAMQ. Toutefois, aucune personne à charge ne peut être assurée en vertu du régime de base si l'adhérent ne l'est pas lui-même. La personne qui a choisi de s'assurer auprès de la RAMQ ne peut plus modifier son choix par la suite.

3. 2 Régimes optionnels 1, 2 et 3

Pour pouvoir participer aux régimes optionnels, l'employé admissible doit participer aux garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévues au Répertoire.

La participation au régime optionnel 1 est facultative pour tout employé admissible et tout employé qui y adhère doit maintenir son assurance en vigueur pendant les 36 mois suivant la date d'adhésion. Toutefois, la participation à l'assurance vie des personnes à charge est conditionnelle à la participation des personnes à charge à l'assurance maladie complémentaire du régime optionnel 1.

La participation au régime optionnel 2 est facultative pour tout employé admissible. L'employé qui décide de participer à l'assurance du régime optionnel 2 participe obligatoirement à l'assurance vie de base de l'adhérent, à l'assurance de base en cas d'accident de l'adhérent et à l'assurance salaire de longue durée. De plus, il doit participer à ces trois garanties pour pouvoir participer à l'assurance vie supplémentaire de l'adhérent et à l'assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent. Ces deux dernières garanties sont indissociables et sujettes à l'acceptation de preuves d'assurabilité.

La participation au régime optionnel 3 est facultative pour tout employé admissible et tout employé qui y adhère doit maintenir son assurance en vigueur pendant les 36 mois suivant la date d'adhésion. Pour pouvoir participer au régime optionnel 3, l'employé doit participer au régime optionnel 1 ou en être exempté.

Fin de participation aux régimes optionnels 1, 2 et 3

Sous réserve des dispositions concernant la durée minimale de participation, un employé peut cesser de participer à l'assurance d'un ou plusieurs régimes optionnels sans avoir à prouver qu'il est assuré en vertu d'un autre régime d'assurance collective. L'assurance se termine à la date à laquelle l'employé avise par écrit l'employeur de mettre fin à son assurance.

Quels que soient les régimes ayant pris fin, lorsque l'employé présente une nouvelle demande d'adhésion à l'égard :

- a) des régimes optionnels 1 et 2, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par l'assureur sont requises pour l'employé et ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'assurance entre en vigueur le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date de leur acceptation par l'assureur.
- b) du régime optionnel 3, aucune preuve d'assurabilité n'est requise. L'assurance entre en vigueur le 1^{er} janvier de l'année à la condition que la demande d'adhésion ait été faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que l'employé participe ou soit exempté du régime optionnel 1.

Dispositions particulières applicables à l'employé admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet :

La participation aux régimes optionnels 1, 2 et 3 est facultative pour tout employé admissible travaillant 25 % ou moins du temps complet et conditionnelle à la participation aux garanties d'assurance prévues au Répertoire.

L'employé travaillant 25 % ou moins du temps complet est soumis aux règles de participation énoncées précédemment à l'égard des régimes optionnels.

- a) Employé nouvellement admissible dont le pourcentage de temps travaillé au cours des 3 premiers mois d'emploi est de 25 % ou moins du temps complet

Au terme du délai d'admissibilité de 3 mois, l'employé ayant travaillé 25 % ou moins du temps complet durant cette période est exclu d'office de toute participation aux régimes optionnels à moins qu'il n'en manifeste le désir en le signifiant par écrit à l'employeur dans les dix jours de calendrier suivant l'avis écrit de ce dernier l'informant de son pourcentage de temps travaillé par rapport au temps complet au cours de ces trois premiers mois d'emploi.

Deux options s'offrent à l'employé nouvellement admissible :

- Participer immédiatement à un ou plusieurs régimes optionnels du présent régime ainsi qu'aux garanties d'assurance prévues au Répertoire. L'employé devra maintenir sa participation aux régimes optionnels 1 et 3 pendant une période minimale de 36 mois consécutifs;
- Ne pas participer immédiatement aux garanties d'assurance prévues au Répertoire de même qu'aux régimes optionnels du présent régime. L'employé pourra modifier ce choix au 1^{er} janvier de chaque année. Aucune preuve d'assurabilité ne sera requise pour participer ultérieurement aux régimes optionnels 1 et 2. L'employé devra maintenir sa participation aux régimes optionnels 1 et 3 pendant une période minimale de 36 mois consécutifs.

- b) Employé dont le pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence a diminué à 25 % ou moins du temps complet

L'employé dont le pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence a diminué à 25 % ou moins du temps complet peut, s'il le désire, cesser de participer aux régimes optionnels prévus au présent régime à compter du 1^{er} janvier suivant, sous réserve d'avoir maintenu sa participation aux régimes optionnels 1 et 3 pendant une période minimale de 36 mois consécutifs. Si l'employé met fin à sa participation aux régimes optionnels, des preuves d'assurabilité satisfaisantes seront requises lors d'une nouvelle demande d'adhésion aux régimes optionnels 1 et 2 et ce, peu importe les régimes ayant pris fin antérieurement. Pour cesser de participer à l'assurance, l'employé doit en aviser l'employeur par écrit dans les 10 jours de calendrier qui suivent l'avis écrit de ce dernier l'informant de son pourcentage de temps travaillé.

- c) Employé dont le pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence a augmenté à plus de 25 % du temps complet

L'employé dont le pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence a augmenté à plus de 25 % du temps complet peut, s'il le désire, participer aux régimes optionnels prévus au présent régime à compter du 1^{er} janvier suivant. Pour ce faire, il doit le signifier par écrit à l'employeur dans les 10 jours de calendrier qui suivent l'avis écrit de ce dernier l'informant de son pourcentage de temps travaillé. L'employé qui, antérieurement, a mis fin à sa participation aux régimes optionnels devra présenter des preuves d'assurabilité satisfaisantes lors d'une nouvelle demande d'adhésion aux régimes optionnels 1 et 2 et ce, peu importe les régimes ayant pris fin. S'il décide de participer aux régimes optionnels 1 et 3, il devra maintenir sa participation pendant une période minimale de 36 mois consécutifs.

4. DROIT D'EXEMPTION

Un employé admissible peut être exempté de participer aux régimes de base, optionnel 1 ou optionnel 3, s'il établit que lui-même et ses personnes à charge s'il y a lieu, sont assurés en vertu d'un régime d'assurance collective comportant des garanties similaires, par le même régime d'assurance collective mais dans un autre établissement où il travaille, ou en vertu du RGAM s'il s'agit du régime de base. Ce droit d'exemption prend effet le premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation de la demande par l'employeur.

Toutefois, l'exemption de participer au régime optionnel 1 est conditionnelle à l'exemption de participer au régime de base. De plus, dans le cas où l'exemption est demandée par un adhérent participant au régime optionnel 1 ou au régime optionnel 3, celle-ci n'est accordée que si la durée minimale de participation de 36 mois est complétée.

Fin du droit d'exemption

Un employé admissible qui s'est exempté de participer au régime de base, au régime optionnel 1 ou au régime optionnel 3 peut y adhérer par la suite, sous réserve des dispositions suivantes :

- a) il doit établir que lui et ses personnes à charge, s'il y a lieu, étaient antérieurement assurés en vertu du présent régime d'assurance collective ou de tout autre régime accordant une garantie similaire à celle du présent régime ou en vertu du RGAM et qu'il est devenu impossible pour lui et ses personnes à charge de continuer à y être assurés; et
- b) il doit présenter sa demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la cessation de l'assurance ayant donné lieu à l'exemption pour que sa nouvelle assurance entre en vigueur sans délai. S'il présente sa demande après ce délai de 31 jours, son assurance, et celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, entrera en vigueur à l'une des dates mentionnées ci-dessous :
 - i) Régime de base : le premier jour de la période de paie au cours de laquelle la demande d'adhésion parvient à l'employeur;

- ii) Régime optionnel 1 : le premier jour de la période de paie qui suit la date d'acceptation par l'assureur des preuves d'assurabilité de l'employé et de ses personnes à charge, s'il y a lieu;
- iii) Régime optionnel 3 : le 1^{er} janvier de l'année, à la condition que la demande d'adhésion ait été faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que l'employé participe ou est exempté du régime optionnel 1.

Les dispositions concernant la durée minimale de participation de 36 mois des régimes optionnels 1 et 3 s'appliquent.

5. STATUT DE PROTECTION

Pour les régimes de base, optionnel 1 et optionnel 3, l'employé doit faire un choix quant au statut de protection qu'il désire, le même statut devant s'appliquer aux 3 régimes étant entendu que :

- la protection individuelle couvre l'employé seulement;
- la protection familiale couvre l'employé, son conjoint et leurs enfants à charge;
- la protection monoparentale couvre l'employé et ses enfants à charge. ***Seul l'employé n'ayant pas de conjoint légal ni de conjoint de fait peut s'assurer en vertu de la protection monoparentale.***

Toutefois, l'employé qui choisit une protection familiale ou monoparentale pour le régime de base peut détenir une protection individuelle pour les régimes optionnels 1 et 3, en autant que le statut de protection de ces 2 régimes soit identique. L'employé qui est exempté de participer à l'assurance des régimes de base et optionnel 1 peut choisir le statut de protection qu'il désire en vertu du régime optionnel 3.

De plus, l'adhérent peut changer son statut de protection aux régimes de base, optionnel 1 et optionnel 3 en présentant une nouvelle demande d'adhésion accompagnée des pièces justificatives requises, s'il y a lieu.

6. DEMANDE D'ADHÉSION ET PREUVES D'ASSURABILITÉ

a) Employé nouvellement admissible

Tout employé nouvellement admissible à l'assurance doit remplir un formulaire de demande d'adhésion au cours des 31 jours suivant son admissibilité et demander l'assurance pour ses personnes à charge admissibles, s'il y a lieu.

L'employé doit effectuer ses choix de protection pour chacun des régimes en fonction des règles prévues à la section « Statut de protection ».

Aucune preuve d'assurabilité n'est requise lorsque la demande est effectuée dans le délai prévu sauf en ce qui a trait à la garantie d'assurance vie supplémentaire de l'adhérent et d'assurance supplémentaire en cas d'accident de l'adhérent du régime optionnel 2 où des preuves d'assurabilité doivent accompagner le formulaire de demande d'adhésion en tout temps.

Si l'employé nouvellement admissible ne remplit pas le formulaire de demande d'adhésion dans le délai prévu de 31 jours, il sera assuré d'office en vertu du régime de base selon un statut de protection individuel. La même règle s'applique pour celui qui ne peut pas remplir le formulaire mais dans ce cas, le statut de protection (individuel, monoparental ou familial) est déterminé en fonction de son état civil connu.

b) Adhésion ultérieure de l'employé

L'employé admissible qui présente une demande d'adhésion en vertu des régimes optionnels 1 et 2 plus de 31 jours après sa date d'admissibilité ou celui qui effectue une nouvelle demande d'adhésion après avoir cessé de participer à l'un ou l'autre des régimes optionnels doit fournir à l'assureur des preuves d'assurabilité. L'assureur pourra refuser l'assurance à l'employé s'il ne répond pas à ses critères d'assurabilité. En ce qui a trait au régime optionnel 3, aucune preuve d'assurabilité n'est requise mais, pour adhérer à ce régime, l'employé doit participer au régime optionnel 1 ou en être exempté et présenter une demande d'adhésion avant le 1^{er} décembre pour une mise en vigueur le 1^{er} janvier suivant.

- c) Personne à charge nouvellement admissible

Lorsqu'une personne à charge de l'employé devient admissible à l'assurance, ce dernier doit présenter une demande d'adhésion pour cette personne dans les 31 jours suivant la date à laquelle elle est devenue admissible et effectuer les choix de protection en fonction des règles prévues relativement au statut de protection.

- d) Adhésion ultérieure de la personne à charge

L'employé admissible qui présente une demande d'adhésion pour une personne à charge en vertu du régime optionnel 1 plus de 31 jours après sa date d'admissibilité doit fournir à l'assureur des preuves d'assurabilité. L'assureur pourra refuser l'assurance à la personne à charge si elle ne répond pas à ses critères d'assurabilité. Par contre, en ce qui a trait au régime de base et au régime optionnel 3, aucune preuve d'assurabilité n'est requise. Toutefois, pour adhérer au régime optionnel 3, la personne à charge doit être assurée en vertu du régime optionnel 1 ou en être exemptée et sa demande d'adhésion doit être présentée avant le 1^{er} décembre pour une mise en vigueur le 1^{er} janvier suivant.

7. DÉBUT DE L'ASSURANCE

7.1 Employé

L'assurance de tout employé admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date d'admissibilité s'il s'agit d'un employé nouvellement admissible;
- b) pour le régime concerné, la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, pourvu que la demande d'adhésion soit présentée dans les 31 jours suivant immédiatement la cessation de cette assurance;

- c) si la demande d'adhésion au régime concerné est présentée plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance qui a donné droit à l'exemption :
- i) Régime de base : le 1^{er} jour de la période de paie au cours de laquelle la demande d'adhésion parvient à l'employeur;
 - ii) Régime optionnel 1 : le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur;
 - ii) Régime optionnel 3 : le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande d'adhésion, pourvu que la demande d'adhésion ait été faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que l'employé participe ou est exempté du régime optionnel 1;
- d) le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur si la demande d'adhésion aux régimes optionnels 1 et 2 est présentée plus de 31 jours après la date d'admissibilité;
- e) le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande d'adhésion au régime optionnel 3 si celle-ci est présentée plus de 31 jours après la date d'admissibilité, pourvu que la demande d'adhésion ait été faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que l'employé participe ou est exempté du régime optionnel 1;
- f) le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande d'adhésion s'il s'agit d'un employé à temps partiel travaillant 25 % ou moins du temps complet qui n'est pas un employé nouvellement admissible et qui n'a jamais participé à un régime optionnel (pour les régimes optionnels 1, 2 et 3);

- g) si l'employé admissible n'est pas au travail le jour où son assurance en vertu des régimes optionnels doit entrer en vigueur, lui-même et ses personnes à charge, s'il y a lieu, deviennent assurés le jour où il retourne au travail et s'acquitte de toutes ses fonctions.

7.2 Personnes à charge

L'assurance de la personne à charge admissible entre en vigueur à la dernière des dates suivantes :

- a) la date du début de l'assurance de l'employé si ce dernier demande l'assurance des personnes à charge au moment où il s'assure;
- b) la date d'admissibilité de la personne à charge s'il s'agit d'une personne à charge nouvellement admissible et si l'adhérent demande l'assurance des personnes à charge dans les 31 jours de leur admissibilité ou s'il assure déjà ses personnes à charge au moment où la personne à charge devient admissible;
- c) si la demande d'adhésion au régime concerné est présentée plus de 31 jours après la date d'admissibilité :
 - i) Régime de base : le 1^{er} jour de la période de paie au cours de laquelle la demande d'adhésion parvient à l'employeur;
 - ii) Régime optionnel 1 : le 1^{er} jour de la période paie qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité de la personne à charge par l'assureur;
 - iii) Régime optionnel 3 : le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande d'adhésion, pourvu que la demande d'adhésion ait été faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que les personnes à charge participent ou sont exemptées du régime optionnel 1.

- d) pour le régime concerné, la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption, pourvu que la demande d'adhésion soit présentée dans les 31 jours suivant immédiatement la cessation de cette assurance;
- e) si la demande d'adhésion au régime concerné est présentée plus de 31 jours après la date de cessation de l'assurance qui a donné lieu à l'exemption :
 - i) Régime de base : le 1^{er} jour de la période de paie au cours de laquelle la demande d'adhésion parvient à l'employeur;
 - ii) Régime optionnel 1 : le 1^{er} jour de la période de paie qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité de la personne à charge par l'assureur;
 - iii) Régime optionnel 3 : le 1^{er} janvier de l'année qui suit la date de la demande d'adhésion, pourvu que la demande d'adhésion ait été faite avant le 1^{er} décembre de l'année précédente et que les personnes à charge participent ou sont exemptées du régime optionnel 1.

Le nouveau-né d'un adhérent dont les personnes à charge sont déjà assurées en vertu du régime optionnel 1 devient assuré dès sa naissance en vertu de la garantie d'assurance maladie complémentaire et, à compter du moment où il est âgé d'au moins 24 heures, en vertu de la garantie d'assurance vie des personnes à charge.

8. ABSENCE DU TRAVAIL

Lors d'une absence temporaire pour une des raisons énumérées ci-dessous, des arrangements administratifs doivent être pris avant le départ pour qu'il n'y ait pas d'interruption d'assurance pour non-paiement des primes.

Si une invalidité débute durant une absence temporaire au cours de laquelle l'assurance a été maintenue en vigueur, il est considéré aux fins de l'assurance que cette invalidité ne débute qu'à la date prévue de retour au travail, sauf dans le cas d'un congédiement contesté, pour lequel l'assureur tient compte de la date réelle du début de l'invalidité totale.

Par ailleurs, il est entendu qu'aucune prestation d'assurance salaire de longue durée n'est payable lorsqu'une invalidité débute au cours d'une absence temporaire pendant laquelle l'adhérent n'a pas maintenu son assurance en vigueur.

Dans le cas où l'adhérent a décidé de ne pas maintenir sa participation aux régimes optionnels 1, 2 et 3, sa participation reprend à son retour effectif au travail conformément à l'assurance qu'il détenait immédiatement avant son congé.

a) Congé avec solde ou congé sans solde de 4 semaines ou moins

L'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, sous réserve que l'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

b) Congé sans solde de plus de 4 semaines

- i) régime de base : L'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, pourvu que la totalité des primes continue d'être versée à l'assureur. Il est entendu que l'adhérent doit alors payer la totalité de la prime à l'assureur par l'intermédiaire de l'employeur. Cependant, tel que prévu à la Loi sur les normes du travail, durant un congé pour raisons familiales ou parentales, l'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

- ii) régimes optionnels 1, 2 et 3 : L'assurance de l'adhérent est interrompue, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, jusqu'à ce qu'il reprenne son travail contre rémunération. Lorsque l'adhérent reprend son travail contre rémunération, il recommence à être assuré, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu, selon les garanties qu'il détenait immédiatement avant son congé, à moins que son statut ait changé durant ce congé, auquel cas il bénéficie d'une période de 31 jours après la fin du congé pour demander un nouveau statut de protection sans avoir à prouver son assurabilité et celle de ses personnes à charge.

Nonobstant ce qui précède, l'assurance de l'adhérent de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, peuvent être maintenues en vigueur durant le congé. À cette fin, l'adhérent doit le signifier par écrit à l'employeur avant le début du congé. Il devra payer la totalité de la prime à l'assureur, par l'intermédiaire de l'employeur. S'il change de statut durant son congé, il bénéficie d'une période de 31 jours après la fin du congé pour demander un nouveau statut de protection sans avoir à prouver son assurabilité et celle de ses personnes à charge. Le choix que fait l'adhérent de maintenir ou non son assurance ne peut être modifié en cours de congé.

- iii) salaire servant au calcul des primes et des prestations lors du maintien en vigueur du régime optionnel 2 : Pour l'adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent, les primes et les prestations sont basées sur le salaire à la date du début du congé. Pour tout autre adhérent, elles sont basées sur le salaire au début du congé réduit au prorata sur la base du temps travaillé au cours des 52 semaines de calendrier précédant le début du congé par rapport au temps travaillé d'un adhérent à temps complet et ce, en tenant compte des périodes exclues du calcul, tel que prévu au Répertoire. Cependant, ce calcul doit comprendre un minimum de 12 semaines, à défaut de quoi l'employeur considère les semaines antérieures à la période de 52 semaines jusqu'à ce que ce calcul puisse s'effectuer sur 12 semaines.

Dans le cas où la période entre la dernière date d'embauche de l'adhérent et la date du début du congé est inférieure à 12 semaines, le calcul s'effectue sur la base de cette dernière période.

c) Régime de congé à traitement différé

- i) Durant la période de contribution de l'employé :

L'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, pourvu que la totalité de la prime continue d'être versée à l'assureur, le salaire assuré étant alors basé sur le salaire réduit. L'adhérent peut toutefois maintenir un salaire assuré équivalant au salaire qui serait payé s'il ne bénéficiait pas de ce régime de congé, et ce en payant lui-même l'excédent de prime applicable. Ce choix doit être fait au début du régime de congé à traitement différé et ne peut être modifié par la suite.

- ii) Durant la période de congé :

Les règles applicables sont les mêmes que celles d'un congé sans solde de plus de 4 semaines. Toutefois, pour les garanties d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée du régime optionnel 2, la prime et la prestation sont déterminées sur la base du salaire que l'adhérent a choisi au début du régime de congé à traitement différé.

d) Congédiement contesté

Un adhérent congédié dont le congédiement est contesté par voie de grief ou de recours à l'arbitrage au sens du Code du travail ou de la Loi sur les normes du travail doit maintenir son assurance en vigueur en vertu du régime de base. Quant aux régimes optionnels 1, 2 et 3, il peut, s'il le désire, continuer d'être assuré, de même que ses personnes à charge, s'il y a lieu. La totalité de la prime nécessaire au maintien de l'assurance doit être versée à l'assureur et l'assurance est maintenue jusqu'à ce qu'une décision finale soit rendue, incluant les procédures d'appel le cas échéant.

e) Congé de maternité

L'assurance de l'adhérente est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, sous réserve que l'employeur et l'adhérente continuent à verser leur prime respective.

f) Suspension

Lors d'une suspension de 4 semaines ou moins, l'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective. Lors d'une suspension de plus de 4 semaines, les règles applicables sont les mêmes que celles d'un congé sans solde de plus de 4 semaines.

g) Retraite progressive

L'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu. L'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective. La participation à l'assurance et le droit aux prestations se terminent à la première des dates suivantes :

- a) la fin du programme de retraite progressive;
- b) 60 mois après le début du programme de retraite progressive.

Le salaire assurable est celui effectivement reçu par l'adhérent durant le programme de retraite progressive. Relativement à la garantie d'assurance salaire de longue durée du régime optionnel 2, la participation à l'assurance cesse au plus tard 24 mois avant la fin du programme de retraite progressive et en aucun temps, les prestations prévues en vertu de cette garantie ne peuvent être versées au-delà de la date prévue de la fin de ce programme.

h) Mise à pied

L'assurance de l'adhérent est maintenue en vigueur, de même que celle de ses personnes à charge, s'il y a lieu, sous réserve que l'employeur et l'adhérent continuent à verser leur prime respective.

9. EXONÉRATION DES PRIMES

Début de l'exonération des primes

La prime de l'adhérent cesse d'être payable à compter du 6^e jour ouvrable de la période d'invalidité totale s'il s'agit d'un adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent.

La prime de l'adhérent cesse d'être payable à compter du 8^e jour civil de la période d'invalidité totale s'il ne s'agit pas d'un adhérent engagé à temps complet dans un emploi permanent. Dans ce cas, la durée de la période d'invalidité totale est calculée à partir du 1^{er} jour où l'employé devait se présenter au travail.

Fin de l'exonération des primes

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

- a) la date à laquelle l'adhérent cesse d'être totalement invalide;
- b) la date de la fin du contrat, sauf pour le régime optionnel 2;
- c) pour le régime de base, le régime optionnel 1 et le régime optionnel 3, le dernier jour de la 156^e semaine d'invalidité totale suivant la date du début de l'exonération des primes. Toutefois, l'exonération des primes peut se prolonger après cette date tant que l'invalidité totale ouvre droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- d) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans, pour le régime de base, le régime optionnel 1 et le régime optionnel 3;
- e) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans pour l'assurance vie de base et l'assurance de base en cas d'accident ainsi que pour l'assurance vie supplémentaire et l'assurance supplémentaire en cas d'accident du régime optionnel 2 d'un adhérent devenu totalement invalide avant l'âge de 62 ans;
- f) le dernier jour de la 156^e semaine d'invalidité totale suivant la date du début de l'exonération des primes, sans toutefois dépasser la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 71 ans, pour l'assurance vie de base et l'assurance de base en cas d'accident ainsi que pour l'assurance vie supplémentaire et l'assurance supplémentaire en cas d'accident du régime optionnel 2 d'un adhérent devenu totalement invalide à l'âge de 62 ans ou après;
- g) la date à laquelle l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, pour l'assurance salaire de longue durée du régime optionnel 2;

Les dispositions relatives à l'exonération des primes ne s'appliquent pas lors d'une assignation temporaire de travail si l'adhérent reçoit le plein salaire qu'il touchait avant le début de son invalidité totale.

10. FIN DE L'ASSURANCE

L'assurance de l'adhérent ou de toute personne à charge assurée prend fin à la première des dates suivantes :

10.1 Adhérent

- a) la date de la fin du contrat, sous réserve de l'exonération des primes;
- b) la date de la fin du régime concerné, sauf pour le régime optionnel 2 s'il bénéficie de l'exonération des primes;
- c) la date à laquelle il cesse d'être un employé admissible;
- d) la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée pour l'adhérent ou pour ses personnes à charge;
- e) la date à laquelle il atteint l'âge de 65 ans, pour l'assurance salaire de longue durée (l'adhérent qui atteint 63 ans cesse toutefois de cotiser à cette garantie);
- f) la date à laquelle il quitte son emploi ou prend sa retraite, sous réserve du droit de transformation;
- g) le premier jour de la période de paie qui suit l'acceptation par l'employeur de la demande d'exemption pour le régime concerné;
- h) la date à laquelle il avise par écrit l'employeur de mettre fin à son assurance sous réserve de l'application de toute durée minimale de participation, pour les régimes optionnels;
- i) le 1^{er} janvier de l'année suivant la date à laquelle l'adhérent, dont le pourcentage de temps travaillé au cours de la période de référence a diminué à 25 % ou moins du temps complet, signifie par écrit à l'employeur sa volonté de cesser de participer aux régimes optionnels 1, 2 ou 3, sous réserve de l'application de toute durée minimale de participation.

10.2 Personne à charge

- a) la date de la fin de l'assurance de l'adhérent;
- b) la date à laquelle elle cesse d'être une personne à charge admissible;
- c) la date à laquelle l'adhérent avise par écrit l'employeur de changer son statut de protection pour exclure la personne à charge, sous réserve de l'obligation d'assurer celle-ci en vertu du régime de base et de l'application de toute durée minimale de participation aux régimes optionnels;
- d) pour la garantie d'assurance vie des personnes à charge du régime optionnel 1, le 31^e jour qui suit la première des dates précédentes si la personne à charge est âgée de moins de 65 ans.

11. DROIT DE TRANSFORMATION

L'assurance vie de base et supplémentaire que l'adhérent âgé de moins de 65 ans détient par le biais de son assurance collective ainsi que l'assurance maladie (sauf la portion médicaments) peuvent, lors d'une cessation d'emploi ou d'appartenance au groupe, être converties en assurance individuelle aux taux et conditions alors en vigueur chez l'assureur, et ce, sans preuve d'assurabilité, s'il présente sa demande dans les **31 jours** de la cessation de son emploi ou de son appartenance au groupe.

Les personnes à charge peuvent également se prévaloir du droit de transformation lorsqu'elles cessent d'être admissibles à l'assurance collective ou par suite du décès de l'adhérent ou de sa cessation d'emploi ou d'appartenance au groupe.

N.B. La Loi sur l'assurance médicaments interdit à un assureur d'offrir une assurance maladie individuelle qui prévoit le remboursement des frais de médicaments inscrits sur la liste de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

12. BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE

Le bénéficiaire est celui que l'adhérent a désigné lors de sa demande d'adhésion et, sous réserve des dispositions de la loi, il peut être remplacé sur une demande écrite signée par lui-même et déposée au siège social de l'assureur. En l'absence de toute désignation faite par l'adhérent, tout montant payable au décès d'un adhérent est versé à ses ayants droit.

Le montant d'assurance versé en cas d'accident pour une perte autre que celle de la vie est réservé à l'adhérent.

Les prestations d'assurance vie des personnes à charge sont payables à l'adhérent. S'il est décédé, elles sont payables aux héritiers légaux de la personne à charge décédée.

13. LIMITATIONS GÉNÉRALES

Toutes les personnes assurées sont considérées comme étant assurées en vertu des Lois sur l'assurance hospitalisation et sur l'assurance maladie du Québec et les sommes versées par l'assureur ne doivent en aucun cas dépasser celles qui l'auraient été si l'assuré avait été couvert en vertu de ces lois.

Si une diminution du contenu ou de l'étendue des protections des régimes d'État affecte le contenu ou l'étendue des garanties prévues au présent régime, celles-ci ne seront modifiées qu'à partir du moment où il y a entente entre les parties pour que les taux de prime soient modifiés en conséquence.

RENSEIGNEMENTS UTILES

1. Adhérent qui prend sa retraite

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

- 1) le régime d'assurance collective se termine à la date de la retraite;
- 2) il doit s'inscrire à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour être couvert par le Régime général d'assurance médicaments;
- 3) il peut adhérer à un régime individuel d'assurance maladie offert aux retraités, sans avoir à fournir de preuves d'assurabilité, en remplissant une demande d'adhésion à cet effet dans les 60 jours suivant la date de la retraite;
- 4) il peut obtenir, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie sans garantie d'assurance en cas d'accident, à la condition d'être âgé de moins de 65 ans et d'en faire la demande dans les 31 jours qui suivent la fin de son assurance. Il en est de même pour toute personne à charge dont l'assurance prend fin.

2. Adhérent qui atteint 65 ans

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

- 1) il devient automatiquement assuré par le Régime général d'assurance médicaments et il doit faire un choix parmi les 3 options suivantes et en aviser l'assureur par écrit au préalable :
 - a) maintenir son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec et mettre fin à sa participation au régime de base du présent régime (ce choix ne peut être modifié ultérieurement);
 - b) maintenir son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec et continuer sa participation au régime de base du présent régime;
 - c) annuler son inscription à la Régie de l'assurance maladie du Québec et continuer sa participation au régime de base du présent régime (avec surprime).

- 2) la garantie d'assurance salaire de longue durée du régime optionnel 2 se termine;
- 3) les autres garanties se poursuivent.

3. Terminaison de l'assurance des régimes de base, optionnel 1 et optionnel 3 suite à une fin d'exonération des primes

La terminaison de l'exonération des primes des régimes de base, optionnel 1 et optionnel 3 après 3 ans d'invalidité implique également la terminaison de l'assurance de l'adhérent invalide et de ses personnes à charge, le cas échéant, à ces régimes.

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

Il peut également adhérer aux différents contrats individuels offerts par DSF selon ce qui est prévu en vertu du droit de transformation.

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

DEMANDES DE PRESTATIONS

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

1. ASSURANCE MALADIE

L'assureur recommande à l'employé assuré de faire ses demandes de remboursement tous les 6 mois, ou plus souvent lorsque la demande est justifiée en raison de son montant élevé. Toutefois, un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours suivant la date de tout accident pouvant donner lieu à une demande de prestations.

Carte de paiement pour l'assurance médicaments

Lorsque l'adhérent engage des frais de médicaments dans une pharmacie où le service de paiement par carte est offert, il peut présenter sa carte de paiement au pharmacien s'il choisit d'avoir recours à ce service pour le remboursement des frais de médicaments assurés en vertu du présent régime. Sinon, il doit utiliser le formulaire prévu par l'assureur pour les demandes de prestations d'assurance maladie.

Les frais de médicaments assurés pour lesquels l'adhérent utilise sa carte de paiement lui sont remboursés dès que le montant auquel il a droit pour lui-même et pour ses personnes à charge, s'il y a lieu, atteint 50 \$ et au plus tard 30 jours après la dernière utilisation du service de paiement par carte pour un achat de médicaments donnant droit à un remboursement.

Autre mode de demandes de prestations

Toute demande de prestations de soins de santé relative au régime de base et au régime optionnel 1, si elle n'est pas faite à l'aide d'une carte de paiement, doit se faire à l'aide du formulaire prévu à cette fin par l'assureur. La demande devrait, dans ce cas, être adressée à l'assureur au plus tard 6 mois après que les frais ont été engagés ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie. Elle doit toujours être accompagnée des pièces justificatives et renseignements requis.

2. ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Carte de paiement pour l'assurance soins dentaires

Si le dentiste a accès au service de paiement par carte, l'adhérent peut lui présenter sa carte de paiement et déboursier uniquement la portion des frais admissibles qui n'est pas remboursable par l'assureur. Les personnes à charge assurées peuvent aussi présenter au dentiste la carte de paiement de l'adhérent afin de bénéficier du même service et, pour des soins aux enfants de 9 ans ou moins, présenter en plus leur carte d'assurance maladie du Québec.

Autre mode de demandes de prestations

Si le dentiste n'a pas accès au service de paiement par carte, l'adhérent doit utiliser le formulaire prévu par l'assureur pour les demandes de prestations d'assurance soins dentaires.

La demande devrait, dans ce cas, être adressée à l'assureur au plus tard 6 mois après que les frais ont été engagés ou plus souvent lorsque l'ampleur du montant à réclamer le justifie. Elle doit toujours être accompagnée des pièces justificatives et renseignements requis.

Un avis écrit doit être transmis à l'assureur au cours des 30 jours suivant la date de tout accident pouvant donner lieu à une demande de prestations.

3. ASSURANCE VIE, ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT ET ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Un avis écrit doit être envoyé à l'assureur au cours des 30 jours qui suivent l'événement donnant lieu à une demande de prestations, ou aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire.

Les preuves nécessaires au paiement des prestations doivent être fournies au cours des 90 jours qui suivent la date de cet événement.

4. COORDINATION DES PRESTATIONS

Si, en vertu d'une quelconque autre assurance, l'adhérent ou l'une de ses personnes à charge a droit à un remboursement de frais qui sont remboursables en vertu de la présente assurance, le montant du remboursement accordé en vertu de cette autre assurance est retranché des frais remboursables en vertu de la présente assurance.

Les prestations payables en vertu de toute autre assurance incluent les prestations auxquelles la personne assurée aurait eu droit si une demande de règlement avait été soumise à son égard.

5. DÉCLARATION DE FRÉQUENTATION SCOLAIRE POUR LES ENFANTS À CHARGE DE 18 ANS ET PLUS

L'adhérent doit fournir à l'assureur sur demande une déclaration écrite à l'effet que ses enfants à charge de 18 ans ou plus sont inscrits comme étudiants à temps plein pour l'année scolaire au cours de laquelle survient l'évènement donnant lieu à une demande de prestations.

6. DEMANDES DE PRESTATIONS TARDIVES

Le défaut de transmettre la demande de prestations, les pièces justificatives et les renseignements requis dans les délais prévus n'entraîne pas le refus de la demande s'ils sont fournis aussitôt qu'il est raisonnablement possible de le faire. Cependant, ceux-ci doivent parvenir à l'assureur au plus tard :

- a) 36 mois après la date du décès pour une demande de prestations d'assurance vie de l'adhérent;
- b) 36 mois après la date de la perte accidentelle pour une demande d'assurance en cas d'accident;
- c) 36 mois après la date du début de la période d'invalidité totale pour une demande d'exonération des primes ou d'indemnités d'assurance salaire de longue durée;
- d) 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés pour une demande de prestations d'assurance vie des personnes à charge, d'assurance maladie, d'assurance voyage ou d'assurance soins dentaires.

Ces délais s'appliquent également après la fin du contrat.

7. DROIT D'EXAMEN

L'assureur se réserve le droit de faire examiner à ses frais par un professionnel de la santé toute personne à l'égard de qui une demande de prestations est soumise.

Toute demande de prestations dûment remplie doit être adressée à :

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

Pour tout renseignement relatif aux demandes de prestations, veuillez composer les numéros suivants :

Région de Montréal : (514) 285-7843

Région de Québec : (418) 838-7843

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

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

Pour y accéder,

- 1) Dans la section Groupes et Entreprises, cliquez sur « Consulter mon dossier ».
- 2) S'il s'agit de votre première visite, cliquez sur « Pour s'inscrire » et suivez les instructions.
- 3) Si vous êtes déjà inscrit, inscrivez votre code d'utilisateur et votre mot de passe et cliquez sur « Continuer ».
- 4) Dans la section Je me renseigne, cliquez sur « Information sur le régime ».
- 5) Cliquez sur l'hyperlien « Description détaillée du régime » et suivez les instructions apparaissant dans la boîte de dialogue.

Une fois inscrit, vous pouvez également

- 1) adhérer au service de dépôt direct et d'avis électronique;
- 2) consulter l'historique et le statut de traitement de vos demandes de prestations d'assurance maladie et de soins dentaires;
- 3) imprimer des formulaires préremplis pour soumettre vos demandes de prestations;
- 4) visualiser les résultats d'évaluations d'un plan de traitement soumis en assurance soins dentaires, le cas échéant.

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

EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC - C001

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR DU 1^{ER} JANVIER 2010 AU 31 DÉCEMBRE 2010 (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS)

RÉGIME DE BASE D'ASSURANCE MALADIE

Employé avec un titre d'emploi dont le maximum de l'échelle de salaire le 13/12/2005 est supérieur ou égal à 40 000 \$ par année

a) Employée (moins de 65 ans et 65 ans et plus inscrit à la RAMQ) travaillant 70 % ou plus du temps complet (voir note)	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur	Congé de prime partiel	Prime totale
Individuel	22,53 \$	1,59 \$	2,68 \$	26,80 \$
Monoparental	30,69 \$	3,98 \$	3,85 \$	38,52 \$
Familial	55,03 \$	3,98 \$	6,56 \$	65,57 \$
b) Employé (65 ans et plus, non inscrit à la RAMQ) travaillant 70 % ou plus du temps complet (voir note)	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur	Congé de prime partiel	Prime totale
Individuel	115,80 \$	1,59 \$	2,68 \$	120,07 \$
Monoparental	132,45 \$	3,98 \$	3,85 \$	140,28 \$
Familial	259,69 \$	3,98 \$	6,56 \$	270,23 \$

Employé avec un titre d'emploi dont le maximum de l'échelle de salaire le 13/12/2005 est inférieur à 40 000 \$ par année

a) Employé (moins de 65 ans et 65 ans et plus inscrit à la RAMQ) travaillant 70 % ou plus du temps complet (voir note)	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur	Congé de prime partiel	Prime totale
Individuel	21,34 \$	2,78 \$	2,68 \$	26,80 \$
Monoparental	27,70 \$	6,97 \$	3,85 \$	38,52 \$
Familial	52,04 \$	6,97 \$	6,56 \$	65,57 \$
b) Employé (65 ans et plus, non inscrit à la RAMQ) travaillant 70 % ou plus du temps complet (voir note)	Contribution de l'adhérent	Contribution de l'employeur	Congé de prime partiel	Prime totale
Individuel	114,61 \$	2,78 \$	2,68 \$	120,07 \$
Monoparental	129,46 \$	6,97 \$	3,85 \$	140,28 \$
Familial	256,70 \$	6,97 \$	6,56 \$	270,23 \$

Note : Pour l'adhérent à temps partiel à moins de 70 % du temps complet, la contribution de l'employeur est réduite de 50 % et la prime de l'adhérent est augmentée d'un montant équivalent. Ces primes ne comprennent pas la taxe de 9 %.

EMPLOYÉS SYNDICABLES NON SYNDIQUÉS ET NON SYNDICABLES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC - C001

TAUX DE PRIME EN VIGUEUR DU 1^{ER} JANVIER 2010 AU 31 DÉCEMBRE 2010 (PAR PÉRIODE DE 14 JOURS)

RÉGIME OPTIONNEL 1 (Assurance maladie complémentaire et assurance vie des personnes à charge)	Contribution de l'adhérent	
Individuel	4,20 \$	
Monoparental	7,63 \$	
Familial	11,44 \$	
RÉGIME OPTIONNEL 2	Contribution de l'adhérent	
	Taux réel	Taux après congé de prime partiel
Assurance salaire de longue durée	0,553 % du salaire	0,400 % du salaire
Assurance vie de base de l'adhérent	0,134 % du salaire	0,134 % du salaire
Assurance de base en cas d'accident de l'adhérent (MMA)	0,036 % du salaire	0,036 % du salaire
Assurance vie supplémentaire	voir ci-après	voir ci-après

**ASSURANCE VIE SUPPLÉMENTAIRE (INCLUANT MMA)
TAUX DE PRIME PAR PÉRIODE DE 14 JOURS PAR 1 000 \$ DE SOMME ASSURÉE**

Âge	Fumeur		Non fumeur		Âge	Fumeur		Non fumeur	
	Homme	Femme	Homme	Femme		Homme	Femme	Homme	Femme
Moins de 35 ans	0,062 \$	0,053 \$	0,044 \$	0,026 \$	60 à 64 ans	0,607 \$	0,370 \$	0,475 \$	0,290 \$
35 à 39 ans	0,079	0,070	0,053	0,044	65 à 67 ans	0,818	0,414	0,678	0,343
40 à 44 ans	0,114	0,097	0,079	0,062	68 à 70 ans	1,100	0,590	0,924	0,484
45 à 49 ans	0,176	0,132	0,123	0,088	71 à 73 ans	1,549	0,862	1,285	0,686
50 à 54 ans	0,264	0,167	0,176	0,123	74 à 76 ans	1,989	1,250	1,654	0,986
55 à 59 ans	0,414	0,238	0,308	0,176	77 à 79 ans	2,534	1,734	2,112	1,373

Si un adhérent désire demeurer assuré après avoir atteint 80 ans, les taux de prime seront communiqués à l'employeur sur demande auprès de l'assureur.
Note : Des preuves d'assurabilité sont exigées.

RÉGIME OPTIONNEL 3 (Assurance soins dentaires)	Contribution de l'adhérent		
	Prime payée	Congé de prime partiel	Prime totale
Individuel	12,26 \$	0,65 \$	12,91 \$
Monoparental	20,23 \$	1,06 \$	21,29 \$
Familial	33,71 \$	1,77 \$	35,48 \$

Les taux ne comprennent pas la taxe de 9 %.

Notre engagement envers nos adhérents

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

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

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



Desjardins
Sécurité financière^{MD}

Conjuguer avoirs et êtres

www.dsf.ca

^{MD} Marque de commerce propriété de Desjardins Sécurité financière

Engagé envers le développement durable, le Mouvement Desjardins privilégie l'utilisation de papier produit au Canada et fabriqué dans le respect de normes environnementales reconnues.



30 %



BIO-GAZ
ÉNERGIE