

**Police 15T00**  
**Employés retraités - Régime de Base**  
RER-VM - RÉGIME DE BASE (SANS ASSURANCE-VOYAGE)  
**1er juillet 2016**

Ce document d'assurance contient des renseignements importants.  
Veuillez le conserver pour consultation ultérieure.

**SSQ, SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE INC.**

**VOTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE**

**REGROUPEMENT DES EMPLOYÉS RETRAITÉS DE LA VILLE DE MONTRÉAL  
(RER-VM)**

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles  
en vigueur le 1er juillet 2016 pour les adhérents suivants :**

*Classe : Employés retraités - Régime de Base*

*Groupe(s) : 15T01*

*(Numéro de police : 15T00)*

Dans ce document, SSQ signifie SSQ, Société d'assurance-vie inc.

## **AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER**

### **Dossier et renseignements personnels**

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

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

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

### **Mandataires et fournisseurs de services**

SSQ peut échanger des renseignements personnels avec ses réassureurs, ses mandataires et ses fournisseurs de services, mais uniquement pour leur permettre d'exécuter les tâches qu'elle leur confie. Les mandataires et fournisseurs de services de SSQ doivent se soumettre à la politique de SSQ sur la protection des renseignements personnels.

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

Pour plus d'information, vous pouvez consulter l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels sur le site [ssq.ca](http://ssq.ca).

## **VOTRE DOCUMENTATION D'ASSURANCE**

Si votre contrat a été modifié après la production du présent livret, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Vous avez donc le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir copie.

C'est dans le seul but d'alléger le texte que le genre masculin est utilisé dans le présent document pour désigner autant les femmes que les hommes.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLEAU DES GARANTIES.....</b>	<b>i</b>
<b>DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....</b>	<b>1</b>
Règles de participation.....	4
Périodes d'application de l'assurance.....	6
Paiement des prestations.....	9
Limitation des engagements contractuels.....	11
Changements d'assureur.....	11
<b>RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ.....</b>	<b>12</b>
<b>Assurance maladie.....</b>	<b>12</b>
Médicaments (Assurance maladie).....	17
Hospitalisation (Assurance maladie).....	20
Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie).....	21
Professionnels de la santé (Assurance maladie).....	22
Autres frais médicaux (Assurance maladie).....	24
Assistance médicale (Assurance maladie).....	29



---

# TABLEAU DES GARANTIES

---

## Dispositions générales

**Le présent document décrit les dispositions contractuelles en vigueur le 1er juillet 2016.**

<b>Numéro(s) et nom(s) de(s) groupe(s)</b>	15T01 RER-VM - RÉGIME DE BASE (SANS ASSURANCE-VOYAGE)
<b>Classe</b>	Employés retraités - Régime de Base
<b>Catégorie de personnes admissibles à titre d'adhérents</b>	Tous les membres du preneur ayant choisi le régime de Base (sans assurance-voyage).

### Notes :

#### Renseignements généraux

##### Règles de participation - Modules

À moins d'avis contraire, le module enrichi vous est automatiquement attribué à la date d'entrée en vigueur du régime modulaire. Si vous souhaitez effectuer un changement de module, vous disposez d'un délai de 31 jours à compter de cette date pour le faire et ce choix entrera en vigueur au 1er septembre 2016. Tout changement de module subséquent pourra être effectué dans les 45 jours précédant le 1er octobre de la prochaine année paire et la date d'entrée en vigueur de ce choix sera la date de renouvellement de la police. Nonobstant ce qui précède, vous pouvez changer de module ou de type de protection en faisant la demande dans les 45 jours suivant le jour où l'un des événements suivants se produit: naissance ou adoption d'un premier enfant; cessation de l'admissibilité de votre dernier enfant; changement de votre statut marital; le jour de votre 65e anniversaire; cessation de l'admissibilité de votre conjoint à un régime d'assurance collective, décès de votre conjoint.

##### Règles de participation - Modules (suite)

Si vous prenez votre retraite après le 1er juillet 2016, vous disposez de 45 jours à compter de la date de votre retraite pour effectuer votre choix de module, sans quoi vous pourrez seulement obtenir le module de base si vous êtes âgé de moins de 65 ans, alors qu'aucune adhésion à l'assurance ne sera permise si vous êtes âgé de 65 ans ou plus.

##### Conjoint survivant

Si vous décédez et que votre conjoint de moins de 65 ans est alors assuré en vertu du présent régime, celui-ci peut adhérer à l'assurance "Privilège" dans les 45 jours suivant votre décès et payer la prime prévue à cet effet. Si vous décédez et que votre conjoint de 65 ans ou plus est alors assuré en vertu du présent régime, celui-ci devient admissible à l'assurance en tant qu'adhérent. Pour se prévaloir de ce droit, il/elle doit en faire la demande dans les 45 jours suivant votre décès et payer la prime prévue à cet effet.

---

# TABLEAU DES GARANTIES

---

## Dispositions générales (suite)

### Notes :

#### **Personne assurée de 65 ans ou plus**

Lorsqu'une personne assurée réside au Québec au moment où elle atteint l'âge de 65 ans, elle devient assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Une personne assurée en vertu du présent régime peut cependant demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'annuler son inscription au régime public afin de ne pas en payer la prime, auquel cas elle doit aussi au préalable aviser SSQ de cette décision et payer la prime prévue pour les personnes de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrites au régime public. Il est entendu que personne ne peut maintenir sa participation à l'assurance à titre de conjoint d'une personne qui n'a pas elle-même maintenu sa participation à titre d'adhérent. Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut pas plus tard choisir de devenir assurée par l'assurance maladie du présent régime.

---

# TABLEAU DES GARANTIES

---

## Assurance soins de santé

### Assurance maladie

---

#### Franchise par année civile :

Individuel : 200 \$

Familial : 200 \$

---

#### Toutefois, pour la période du 2016-07-01 au 2016-12-31, la franchise est la suivante :

Individuel : 100 \$

Familial : 100 \$

---

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
<b>Médicaments</b>			
Médicaments avec carte SSQ - mode de paiement direct *		√	75 %
Médicaments - Contribution du patient *		√	75 %
Injections sclérosantes *	20 \$ admissibles par jour	√	75 %
Vaccins préventifs (produits immunisants)	200 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	75 %
<b>Hospitalisation</b>			
Chambre d'hôpital	Chambre semi-privée		100 %
<b>Établissements pour soins spécialisés</b>			
Maison de convalescence *	Chambre semi-privée 60 jour(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
<b>Professionnels de la santé</b>			
Acupuncteur	13,33 \$ admissibles par traitement 20 traitement(s) par année civile par personne assurée	√	75 %

---

# TABLEAU DES GARANTIES

## Assurance soins de santé

### Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Chiropraticien	13,33 \$ admissibles par traitement 20 traitement(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Chiropraticien - Radiographies	1 radiographie(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Naturopathe	13,33 \$ admissibles par consultation 20 consultation(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Orthophoniste	13,33 \$ admissibles par consultation 20 consultation(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Ostéopathe	13,33 \$ admissibles par traitement 20 traitement(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Ostéopathe - Radiographies	1 radiographie(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé	13,33 \$ admissibles par traitement 20 traitement(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Podiatre	13,33 \$ admissibles par traitement 20 traitement(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Podiatre - Radiographies	1 radiographie(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Podologue	13,33 \$ admissibles par traitement 20 traitement(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Podologue - Radiographies	1 radiographie(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Psychanalyste; Psychiatre; Psychologue; Travailleur social 20 consultation(s) par année civile par personne assurée		
Psychanalyste	13,33 \$ admissibles par consultation	√	75 %
Psychiatre	13,33 \$ admissibles par consultation	√	75 %

# TABLEAU DES GARANTIES

## Assurance soins de santé

### Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Psychologue	13,33 \$ admissibles par consultation	√	75 %
Travailleur social	13,33 \$ admissibles par consultation	√	75 %
<b>Autres frais médicaux</b>			
Accessoires pour pompe à insuline *		√	75 %
Ambulance		√	75 %
Transport par avion ou par train *		√	75 %
Appareil auditif	500 \$ de remboursement pour 48 mois consécutifs par personne assurée	√	75 %
Appareil d'assistance respiratoire *	10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	75 %
Appareils orthopédiques *		√	75 %
Appareils thérapeutiques *	10 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	75 %
Articles pour stomie *		√	75 %
Bas de contention *	4 paire(s) par année civile par personne assurée	√	75 %
Chaussures orthopédiques *		√	75 %
Cure de désintoxication *	80 \$ admissibles par jour 2 500 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	75 %
Fauteuil roulant et marchette *		√	75 %
Glucomètre *	250 \$ de remboursement pour 36 mois consécutifs par personne assurée	√	75 %

# TABLEAU DES GARANTIES

## Assurance soins de santé

### Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
Infirmier *	300 \$ admissibles par jour 10 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	75 %
Lentilles intraoculaires *	1 000 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	75 %
Lit d'hôpital *		√	75 %
Neurostimulateur transcutané *	800 \$ de remboursement pour 60 mois consécutifs par personne assurée	√	75 %
Orthèses plantaires *	300 \$ de remboursement par année civile par personne assurée	√	75 %
Pompe à insuline *	7 500 \$ de remboursement pour 60 mois consécutifs par personne assurée	√	75 %
Prothèse capillaire *	300 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	75 %
Prothèse externe et membre artificiel *		√	75 %
Prothèses mammaires *	1 000 \$ de remboursement pour 24 mois consécutifs par personne assurée	√	75 %
Soutiens-gorges postopératoires *	200 \$ de remboursement pour la durée du contrat par personne assurée	√	75 %
Stérilets *		√	75 %
Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles	Remboursement dans les 12 mois suivant l'accident par personne assurée	√	75 %

# TABLEAU DES GARANTIES

## Assurance soins de santé

### Assurance maladie (suite)

Protection	Maximum	Franchise	Pourcentage de remboursement
	Maximum regroupé pour ce qui suit : Analyses de laboratoire; Échographies; Électrocardiogrammes; Radiographies; Résonances magnétiques; Tomodensitométries 1 000 \$ de remboursement par année civile par personne assurée		
Analyses de laboratoire *		√	75 %
Échographies *		√	75 %
Électrocardiogrammes *		√	75 %
Radiographies *		√	75 %
Résonances magnétiques *		√	75 %
Tomodensitométries *		√	75 %
<b>Autres services</b>			
Assistance médicale			100 %

\* Ordonnance médicale requise

### Notes :

#### Médicaments - Maximum annuel à déboursier

Pour les médicaments inscrits sur la liste de la RAMQ après l'atteinte du maximum annuel à déboursier prévu par le RGAM, les frais engagés par la suite au cours de la même année civile sont remboursables à 100%. Ce maximum annuel s'applique par personne assurée, étant entendu que la portion des frais de médicaments engagés pour vos enfants à charge participe à l'atteinte de votre maximum, mais en aucun cas à celui de votre conjoint.

---

# TABLEAU DES GARANTIES

---

## Assurance soins de santé

### Assurance maladie (suite)

#### Notes :

##### Remboursement des médicaments innovateurs

Si vous choisissez d'acheter un médicament innovateur admissible pour lequel une version générique existe sur le marché, votre remboursement sera calculé en fonction du coût du médicament générique le moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir un remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur pour lequel aucune substitution n'est possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant et pourvu que l'absence de substitution soit approuvée par SSQ.

##### Report de franchise

Les frais engagés durant les 3 derniers mois d'une année civile et qui ont servi à couvrir en totalité ou en partie la franchise de l'année en question pour la présente garantie servent aussi à couvrir d'autant la franchise de l'année civile suivante pour cette même garantie, le cas échéant.

# DISPOSITIONS GÉNÉRALES

## Définitions et interprétation

Certains termes de la description de votre régime sont définis ci-après. Ils doivent s'interpréter en conséquence chaque fois que le contexte le permet. Ces définitions concernent des termes utilisés dans plus d'une partie du texte. Au besoin, d'autres termes sont définis dans la description de la garantie où il en est fait usage.

**Afin de tenir compte de certaines caractéristiques de votre assurance collective, des notes peuvent se trouver au « Tableau des garanties ». Ces notes ont préséance sur les autres dispositions du régime pour ce qui est de toute divergence.**

### **Accident**

Événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est exclusivement attribuable à une cause externe de nature violente et qui, directement et indépendamment de toute autre cause, occasionne des lésions corporelles.

### **Adhérent**

Se dit d'une personne admise à l'assurance en sa qualité de membre d'une classe de personnes admissibles. Pour qu'une personne soit reconnue comme adhérent, elle doit aussi être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne. De plus, un employé ne peut être reconnu comme adhérent que s'il réside au Canada au moins 9 mois par année et y a effectivement son lieu de travail habituel.

### **Administrateur du régime**

Personne désignée par le preneur comme responsable de l'administration du présent régime.

### **Conjoint**

Se dit d'une personne qui réside au Canada au moins 9 mois par année, qui est couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne et :

- qui est liée à vous par une union civile ou par un mariage légalement reconnu;  
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint, pourvu qu'un enfant soit issu de votre union;  
ou
- de qui vous pouvez prouver qu'elle fait habituellement vie commune avec vous depuis au moins 12 mois et que vous avez désignée par écrit à SSQ comme votre conjoint.

Ce statut de conjoint est annulé lorsque :

- dans le cas d'un mariage ou d'une union civile, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois ou avez obtenu votre divorce ou l'annulation de votre mariage ou de votre union civile;
- dans le cas d'une union de fait, vous et cette personne êtes séparés depuis plus de 3 mois.

En présence de deux conjoints, seule est reconnue comme conjoint la dernière personne que vous avez désignée comme tel dans un avis écrit à SSQ. En l'absence de désignation de conjoint, seule est reconnue comme conjoint la personne à qui vous êtes lié par union civile ou mariage.

### **Contrat**

Entente entre SSQ et le preneur à l'égard du contrat dont le numéro identifie le présent document.

### **Employeur**

Se dit de tout employeur dont au moins une classe d'employés est admissible à l'assurance du régime.

### **Enfant à charge**

Se dit d'un enfant à l'égard duquel vous ou votre conjoint exercez l'autorité parentale ou l'exerceriez s'il était mineur et dont vous ou votre conjoint assumez le soutien. Pour être admissible, l'enfant doit aussi être célibataire et :

- être âgé de moins de 21 ans;  
ou
- être âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans et étudier à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue; SSQ exige la preuve de l'inscription à un programme d'études;  
ou
- quel que soit son âge, être atteint d'une déficience fonctionnelle visée par le règlement d'application de la loi; l'enfant doit ne pas recevoir de prestations de programmes d'aide de dernier recours prévue par les lois provinciales; SSQ peut exiger les preuves qu'elle juge nécessaires; l'enfant doit être domicilié chez une personne qui exercerait l'autorité parentale sur lui s'il était mineur.

Pour être reconnue comme enfant à charge, la personne doit aussi résider au Canada au moins 9 mois par année et être couverte par les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation d'une province canadienne.

### **Hospitalisation**

Admission à l'hôpital pour une durée minimale de 24 heures ou pour une chirurgie dite chirurgie d'un jour.

### **Maladie**

Détérioration de la santé ou désordre de l'organisme, tels que constatés par un médecin. Aux fins du contrat, le terme sert aussi à désigner les complications de grossesses, ainsi que les dons d'organes et leurs complications.

**Médecin**

Se dit d'une personne légalement autorisée à pratiquer la médecine là où elle la pratique.

**Période de prime**

Période à l'égard de laquelle une prime est payable, conformément à l'entente entre SSQ et le preneur.

**Personne assurée**

Se dit d'une personne admise à l'assurance de la garantie dont il est question dans le contexte où le terme est utilisé.

**Subrogation**

Substitution, dans un rapport juridique, d'une personne à une autre ou, parfois, d'une chose à une autre. Le droit de subrogation est décrit plus loin à la présente section des Dispositions générales.

**Vous**

Pronom personnel servant à désigner l'adhérent. Les adjectifs possessifs de la deuxième personne du pluriel servent aussi à s'adresser à l'adhérent.

# Règles de participation

## 1. Obligation de participer

Votre régime d'assurance collective est un régime à participation obligatoire. Toutefois, un droit d'exemption de participation s'applique aux garanties du régime d'assurance soins de santé.

## 2. Conditions d'admission

Toute personne qui réside au Canada, qui répond aux conditions d'admission énoncées au « Tableau des garanties », est admissible à l'assurance à titre d'adhérent, à moins d'indication contraire. Si la seule raison de son absence est qu'elle est en congé ou que le jour où elle deviendrait admissible n'est pas un jour ouvrable, elle peut aussi être admise à l'assurance.

Le conjoint et les enfants à charge d'une personne qui est assurée à titre d'adhérent sont eux-mêmes admissibles à l'assurance à titre de conjoint ou d'enfants à charge.

Malgré ce qui précède, toute personne assurée aux termes du contrat antérieur ne peut voir son adhésion refusée ni être privée de prestations uniquement en raison d'une exclusion pour cause d'antécédents médicaux qui a été inopérante ou qui n'était pas prévue dans ce contrat ou parce que la personne n'est pas au travail à la date de l'entrée en vigueur du nouveau contrat.

Toute personne assurée aux termes du contrat antérieur est couverte de plein droit par le nouveau contrat à compter de la résiliation du contrat antérieur si la fin de son assurance n'est attribuable qu'à cette résiliation et que cette personne appartient à une catégorie d'adhérents couverts par le nouveau contrat.

## 3. Demandes d'adhésion

Une demande d'adhésion doit parvenir à SSQ pour que l'assurance entre en vigueur, et ce même dans les cas où l'adhésion à l'assurance est obligatoire. Si la demande n'est pas transmise à l'intérieur des délais prévus au présent régime, SSQ peut exiger des preuves d'assurabilité et refuser la demande d'adhésion.

Certains événements, tel un mariage ou la naissance d'un enfant, peuvent vous permettre de modifier l'assurance qui est entrée en vigueur à l'adhésion. Les dispositions concernant les périodes d'assurance décrivent les modalités entourant l'adoption de ces modifications.

## 4. Preuves d'assurabilité

Vous devez fournir des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ afin d'avoir droit à ce qui suit :

- a) Tout montant d'assurance qui dépasse le maximum pouvant être obtenu sans preuves d'assurabilité. Dans les cas où il s'applique, ce montant est indiqué au « Tableau des garanties ».

- b) Toute assurance pour laquelle la demande d'adhésion est faite plus de 31 jours après la date à laquelle la personne y est devenue admissible, sauf pour la garantie d'assurance maladie.

Aux fins de l'assurance qui s'obtient grâce à des preuves d'assurabilité, les seules personnes qui peuvent prétendre au titre de conjoint sont celles pour qui les preuves en question ont été approuvées et qui répondent encore à la définition de « conjoint » au moment où se produit l'événement assuré.

Aux fins de l'assurance qui s'obtient grâce à des preuves d'assurabilité, les seules personnes qui peuvent prétendre au titre d'enfant à charge sont celles pour qui les preuves en question ont été approuvées, et elles ne peuvent y prétendre que si elles répondent encore à la définition d'« enfant à charge » au moment où se produit l'événement assuré.

## **5. Droit d'exemption**

Si vous êtes assuré par une garantie équivalente d'un autre contrat d'assurance collective, vous pouvez obtenir une exemption de participation à l'assurance de la garantie d'assurance maladie en vous adressant à l'administrateur du régime. Vous devez aviser SSQ par écrit dès que vous cessez d'être assuré par la garantie vous ayant permis d'être exempté de participer à une assurance du présent régime. Cette dernière entre alors en vigueur rétroactivement à la date de la fin de votre assurance en vertu de l'autre contrat, sous réserve du paiement de toutes les primes payables depuis cette date. Tant que toutes les primes n'ont pas été versées à SSQ, aucune prestation n'est payable à l'égard de frais engagés avant l'entrée en vigueur de votre assurance en vertu du présent régime.

En cas de non-paiement rétroactif des primes, la seule date possible d'entrée en vigueur d'une garantie d'assurance maladie en vertu du présent régime est la date de réception de l'avis par SSQ.

## **6. Personne assurée de 65 ans ou plus qui réside au Québec**

Lorsqu'une personne assurée réside au Québec au moment où elle atteint l'âge de 65 ans, elle devient assurée par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Une personne assurée en vertu du présent régime peut cependant demander à la Régie de l'assurance maladie du Québec d'annuler son inscription au régime public afin de ne pas en payer la prime, auquel cas elle doit aussi au préalable aviser SSQ de cette décision et payer la prime prévue pour les personnes de 65 ans ou plus qui ne sont pas inscrites au régime public. Il est entendu que personne ne peut maintenir sa participation à l'assurance à titre de conjoint d'une personne qui n'a pas elle-même maintenu sa participation à titre d'adhérent. Enfin, une personne qui accepte de devenir assurée par le régime public d'assurance médicaments ne peut pas plus tard choisir de devenir assurée par l'assurance maladie du présent régime.

# Périodes d'application de l'assurance

## 1. Heure d'entrée en vigueur de l'assurance

Toute date d'entrée en vigueur de l'assurance court à partir de 0 h 01 au lieu de résidence de la personne assurée.

## 2. Début de l'assurance

### Pour vous-même

Si SSQ reçoit votre demande d'adhésion à l'assurance au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle vous y devenez admissible, votre assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle vous y devenez admissible.

Sinon, votre assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle SSQ reçoit votre demande; toutefois les garanties pour lesquelles vous devez fournir des preuves d'assurabilité entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

### Pour votre conjoint ou vos enfants à charge

Si SSQ reçoit la demande d'adhésion à l'assurance pour votre conjoint ou vos enfants à charge au plus tard dans les 31 jours qui suivent la date à laquelle ils y deviennent admissibles, leur assurance entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle ils y deviennent admissibles.

Sinon, elle entre en vigueur à la date suivante :

- la date à laquelle SSQ reçoit la demande; toutefois les garanties pour lesquelles des preuves d'assurabilité sont exigibles entrent en vigueur à la date d'acceptation de celles-ci.

Toute garantie en vertu de laquelle vos enfants à charge sont assurés s'applique à tout nouvel enfant à charge.

L'assurance de toute personne admissible à titre de conjoint ou d'enfant à charge ne peut entrer en vigueur avant votre assurance.

## 3. Entrée en vigueur des modifications à l'assurance

### 3.1 Augmentation d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale

Toute augmentation de votre assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question et sous réserve des dispositions relatives à l'invalidité totale. Sinon, la modification entre en vigueur à la date à laquelle vous retournez effectivement

au travail, sous réserve de toute autre disposition alors en vigueur concernant l'admissibilité.

Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une augmentation d'assurance, ou si la nature de la demande d'augmentation l'exige pour quelque autre raison, vous devez fournir des preuves d'assurabilité et, si SSQ approuve ces preuves, l'augmentation d'assurance entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

Nonobstant ce qui précède, toute modification à la hausse du type de protection détenu en vertu de la garantie d'assurance maladie entre en vigueur à la date de réception de la demande.

### **3.2 Assurance non modifiable pendant une invalidité totale**

Pendant une période où un adhérent est retraité ou totalement invalide, aucun montant d'assurance ne peut être augmenté et les dispositions servant à déterminer ses montants d'assurance ne peuvent être modifiées. Ces modifications ne peuvent entrer en vigueur que lorsque l'adhérent est retourné effectivement au travail et à condition qu'il ne soit pas alors totalement invalide.

Aucune exonération ne peut s'appliquer aux primes des personnes qui n'étaient pas déjà assurées si une modification à la hausse du statut de protection doit survenir après la date de la retraite ou le début d'une période d'invalidité totale.

### **3.3 Diminution d'assurance par suite d'un changement de situation professionnelle ou familiale**

Toute diminution d'assurance résultant d'un changement de situation professionnelle ou familiale entre en vigueur à la date de ce changement, pourvu que la demande écrite à cet effet parvienne à SSQ au plus tard dans les 31 jours qui suivent le changement en question. Si la demande parvient chez SSQ plus de 31 jours après la date de l'événement justifiant une diminution d'assurance, celle-ci entre en vigueur à la date à laquelle SSQ reçoit la demande de diminution.

## **4. Fin de l'assurance**

### **Pour vous-même**

Votre assurance prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date à laquelle vous ne faites plus partie des personnes admissibles à titre d'adhérent selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties »;
- b) pour chaque garantie, au moment où l'assurance prend fin selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties », le cas échéant;
- c) la date d'échéance des primes, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce;

- d) la date à laquelle votre exonération des primes prend fin en raison de l'âge que vous avez atteint, sauf dans les cas où des dispositions légales empêchent l'application de cette fin d'assurance;
- e) le lendemain de la résiliation du contrat; de même, en cas de résiliation d'une garantie sans qu'il y ait résiliation du contrat, l'assurance en vertu de cette garantie prend fin au plus tard le lendemain de sa résiliation;
- f) la date à laquelle, par suite de fausses représentations, vous soumettez une demande de prestations ou recevez des prestations, indépendamment du caractère obligatoire de l'assurance et de tout autre recours que SSQ pourrait exercer.

**Pour votre conjoint et vos enfants à charge**

L'assurance de votre conjoint et de vos enfants à charge prend fin au plus tard à 0 h 01 à la plus hâtive des dates suivantes :

- a) la date de la fin de votre assurance;
- b) la date d'échéance des primes payables pour leur assurance, si elles ne sont pas versées à SSQ avant la fin du délai de grâce.

# Paiement des prestations

## 1. Montants des prestations

En aucun cas vous ne pouvez bénéficier de montants de prestations supérieurs à ceux pour lesquels SSQ a obtenu les primes requises.

## 2. Délais pour présenter les demandes de prestations

Les délais accordés pour présenter les demandes de prestations varient d'une garantie à l'autre. Ils sont indiqués dans la description des garanties.

## 3. Restriction relative aux actions en justice

Dans les cas où la loi provinciale sur les assurances qui s'applique prévoit un délai pour entreprendre une action en justice contre un assureur dans le but de recouvrer des montants d'assurance payables en vertu d'un contrat, aucune action en justice ne peut être intentée avant la fin de ce délai. En cas de non-respect de ce délai, il y a prescription complète pour pareille action en justice.

## 4. Preuves exigibles par SSQ

Vous devez fournir à vos frais à SSQ les preuves et renseignements qu'elle juge suffisants pour lui permettre d'établir votre droit à des prestations et le montant des prestations payables. Lorsque des prestations peuvent être payables, SSQ peut aussi en tout temps exiger que la personne assurée soit examinée par un ou des professionnels de la santé choisis et rémunérés par elle. Si la personne assurée ne s'est pas soumise à l'examen exigé par SSQ et que 30 jours se sont écoulés depuis que SSQ en a fait la demande, la demande de prestations peut être rejetée ou le paiement des prestations suspendu ou terminé.

SSQ peut demander une autopsie, dans les limites permises par la loi.

## 5. Monnaie

Tous les montants prévus au contrat sont en monnaie légale du Canada.

## 6. Responsabilité civile et subrogation

Vous devez informer SSQ de tout jugement et de toute réclamation, mise en demeure, poursuite entreprise contre une tierce partie ou entente portant sur un événement donnant droit à des prestations en vertu du régime.

Si vous avez droit à des prestations payables ou payées par un tiers ou à une compensation financière couvrant des frais payés par SSQ en vertu du contrat, vous devez rembourser le montant qui vous a été payé en trop par SSQ.

SSQ est subrogée dans tous les droits de la personne assurée contre le tiers responsable de l'événement donnant droit à des prestations en vertu du contrat, jusqu'à concurrence des sommes payées par SSQ. Si SSQ décide d'exercer son droit de subrogation, la personne assurée doit consentir à l'acte de subrogation rédigé par SSQ.

## **7. Désignations et révocations de bénéficiaires**

À moins d'indication contraire dans la section des Dispositions générales du « Tableau des garanties », les désignations de bénéficiaires qui se sont appliquées à un contrat antérieur auprès d'un autre assureur n'ont aucune valeur pour les fins de tout contrat de remplacement.

Sous réserve des dispositions de la loi, vous pouvez en tout temps désigner ou révoquer un ou des bénéficiaires de toute prestation de décès payable en vertu de votre assurance collective. Par conséquent, en l'absence d'une nouvelle désignation de bénéficiaire valide destinée à s'appliquer au contrat de SSQ, le bénéficiaire de votre assurance collective est votre succession.

## Limitation des engagements contractuels

Lorsqu'une modification des régimes d'État, régimes fiscaux, régimes d'assurance prévus à des conditions de travail ou régimes de retraite d'employeurs a pour effet d'augmenter la valeur des engagements résultant du contrat, les dispositions de celui-ci continuent de s'appliquer comme si la modification n'avait pas été effectuée, à moins d'entente à l'effet contraire entre les parties. Toutefois, si la loi requiert une augmentation de la valeur des engagements contractuels, une prime additionnelle sera payable à SSQ par le preneur. Cette prime sera égale à la hausse de la valeur des engagements contractuels.

## Changements d'assureur

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective sur la vie n'est opposable à aucune demande de prestation fondée sur un événement assuré, y compris en cas de décès consécutif à une invalidité totale, si cet événement est survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur.

L'échéance ou l'annulation d'une assurance collective contre la maladie ou les accidents qui ne fait pas partie du Régime de soins de santé n'est opposable à aucune demande d'indemnité fondée sur un décès ou une mutilation résultant d'un accident survenu lorsque la garantie d'assurance était en vigueur; elle n'est pas opposable non plus à une demande d'indemnité fondée sur une invalidité totale ou une maladie ayant débuté lorsque la garantie était en vigueur.

L'assureur d'une garantie d'assurance salaire collective qui a pris fin demeure tenu d'indemniser l'adhérent de la perte de salaire lorsque l'invalidité totale de cet adhérent subsiste après la fin de la garantie.

Lors des changements d'assureur, que ce soit en début ou en fin de contrat, les responsabilités de SSQ se limitent toutefois à celles que la loi et les normes régissant l'industrie de l'assurance de personnes lui imposent pour protéger les droits des personnes assurées. Ainsi, SSQ n'est pas garant d'une récurrence de l'affection invalidante après l'expiration de la période prévue à cet égard par la loi ou par les normes de l'industrie, et les dispositions du contrat antérieur et du contrat subséquent ne lient pas SSQ.

# RÉGIME D'ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

## Assurance maladie

### 1. Définitions

Certains termes utilisés dans la description de votre régime d'assurance collective sont définis aux DISPOSITIONS GÉNÉRALES. Pour leur part, les définitions suivantes s'appliquent de manière spécifique à l'interprétation de la présente garantie chaque fois que le contexte le permet.

#### Frais admissibles

Pour l'assurance maladie, frais de soins de santé pouvant entrer dans le calcul des remboursements, compte tenu de toute franchise, de tout pourcentage de remboursement et de tout autre maximum prévu par le contrat.

#### Franchise

Partie des frais de soins de santé admissibles que vous devez payer avant d'avoir droit à un remboursement. La franchise est souvent annuelle, mais elle peut aussi redevenir payable à d'autres fréquences ou lors de chaque recours à un service assuré, comme c'est parfois le cas pour les achats de médicaments.

#### Hôpital

Tout établissement considéré comme un hôpital aux termes de toute loi fédérale ou provinciale applicable.

#### Proche parent

Se dit d'une personne dont le lien de parenté avec une autre est l'un des suivants : conjoint, fils, fille, père, mère, frère, sœur.

#### Province

Sert à désigner les provinces canadiennes ainsi que le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut.

### 2. Objet de l'assurance

Sous réserve des dispositions du contrat, si une personne assurée engage des frais admissibles en vertu de la présente garantie, SSQ s'engage à les rembourser selon ce qui est indiqué au « Tableau des garanties ».

Les frais admissibles d'assurance maladie sont regroupés par genre de services, selon ce qui suit :

- Médicaments.
- Hospitalisation.

- Établissements pour soins spécialisés.
- Soins de professionnels de la santé.
- Autres frais médicaux.
- Assistance médicale.

### 3. Conditions générales d'admissibilité des frais

Dans tous les cas, les conditions suivantes doivent s'appliquer aux services ou produits pour que les frais soient admissibles :

- ils doivent être obtenus pour une personne qui est assurée par la présente garantie;
- ils doivent être conformes aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé en fonction de l'état de santé de la personne assurée, y compris en ce qui a trait à leur coût;
- ils doivent être conformes aux indications données par le fabricant ou à celles qui sont approuvées par les autorités gouvernementales en l'absence de normes du fabricant;
- ils doivent être nécessaires au traitement médical de la personne assurée et, à moins d'indication contraire, ne pas être administrés à des fins préventives;
- ils doivent être rendus par une personne qui n'est pas la personne assurée elle-même, qui ne réside pas avec la personne assurée et qui n'est pas un proche parent de celle-ci.

Dans le cas d'articles, de soins ou de services rendus par un professionnel de la santé, les conditions suivantes doivent aussi s'appliquer pour que les frais soient admissibles :

- le professionnel de la santé doit être membre de l'ordre professionnel qui régit l'exercice de ses activités ou l'utilisation de son titre;
- le professionnel de la santé doit, en l'absence d'un tel ordre, être membre d'une association professionnelle reconnue par SSQ;
- les services rendus par le professionnel doivent relever de sa compétence professionnelle et celui-ci doit respecter toutes les normes de conduite prévues par son association, par son code de déontologie ou par tout document émis par son association.

### 4. Exclusions, limitations et restrictions générales

Toutes les personnes assurées sont présumées couvertes par l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation de leur province de résidence; dans les cas où elles ne le sont pas, SSQ verse seulement les montants qui auraient été payables si elles avaient été couvertes par les régimes en question.

Dans les cas suivants, la garantie d'assurance maladie ne prévoit aucun remboursement :

- a) pour des frais engagés par suite :
  - d'un acte criminel que commet ou tente de commettre la personne assurée;

- de la participation active de la personne assurée à une émeute ou à une insurrection;
  - d'une guerre, déclarée ou non;
  - du service actif de la personne assurée dans des forces armées;
  - d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne assurée s'inflige intentionnellement, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- b) pour des frais qui sont couverts par tout régime public ou toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de services avait choisi de participer à ces régimes ou initiatives, ainsi que pour des frais qui sont payables par un autre assureur;
  - c) pour des frais qui sont à la charge d'un tiers responsable, sauf en cas de subrogation;
  - d) pour des frais engagés pour des traitements à des fins esthétiques qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
  - e) pour des produits ou services se rapportant au traitement de la cellulite ou de l'obésité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
  - f) pour des compléments alimentaires et des laits maternisés qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
  - g) pour des produits ou services destinés à faire arrêter l'usage du tabac et qui ne correspondent pas à des frais admissibles en vertu du régime gouvernemental d'assurance médicaments;
  - h) pour des produits ou services destinés à combattre les dysfonctions sexuelles et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
  - i) pour des produits ou services destinés à faire repousser les cheveux ou à en empêcher la chute et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
  - j) pour des produits ou services destinés au traitement de l'infertilité et qui ne sont pas couverts par le régime gouvernemental d'assurance médicaments;
  - k) pour des frais dont vous ne pouvez pas prouver que la personne assurée les a engagés et qu'ils ont été payés;
  - l) pour des frais engagés auprès d'un professionnel de la santé pour lequel SSQ est en mesure de démontrer qu'il contrevient à la loi ou agit frauduleusement, en émettant des documents, factures ou pièces justificatives qui contiennent de faux renseignements ou qui ne représentent pas de façon exacte les articles, soins ou services obtenus;
  - m) pour des frais engagés en rapport avec des produits ou traitements expérimentaux ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
  - n) pour des frais engagés pour subir des examens médicaux à des fins d'assurance, de contrôle ou de vérification ou qui sont engagés pour répondre à la demande d'un tiers;

- o) pour des frais engagés en rapport avec des examens de la vue ou de la réfraction oculaire, ou pour l'achat de lunettes ou de lentilles cornéennes qui ne sont pas expressément couverts par l'assurance;
- p) pour des frais engagés en rapport avec des services qui ne sont pas reçus pendant que la personne est assurée;
- q) pour des frais engagés à l'égard de contrats de service et pour des frais d'entretien;
- r) pour des prothèses implantées chirurgicalement;
- s) pour des frais de livraison ou de poste.

Certaines autres exclusions s'appliquent de manière spécifique à certaines protections de la garantie d'assurance maladie. Elles sont énoncées à la suite de la description des frais couverts par ces protections.

## 5. Protection multiple et coordination des prestations

Les frais admissibles en vertu du contrat sont réduits de toute somme payable en vertu de tout régime gouvernemental, que vous en ayez fait la demande ou non.

Si vous avez droit à des prestations en vertu de la présente garantie et d'une garantie similaire dans un autre contrat d'assurance collective, il y a coordination des prestations de façon à ce que les prestations totales payables par toutes les garanties n'excèdent pas les frais que vous avez réellement engagés pour les services concernés. Si l'autre régime d'assurance ne prévoit pas de coordination des prestations, les frais engagés sont en premier lieu la responsabilité de cet autre régime. Sinon, les dispositions suivantes s'appliquent.

Vous et votre conjoint devez initialement faire vos demandes de prestations en vertu de la garantie de votre régime d'assurance collective respectif.

Si vous et votre conjoint détenez un statut de protection familial pour votre garantie d'assurance maladie, les demandes de prestations pour vos enfants à charge doivent d'abord être faites en vertu de la garantie du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année. Si vous êtes séparé ou divorcé, les demandes de prestations pour l'enfant à charge doivent être faites en vertu de la garantie du parent ayant la garde de l'enfant. Toutefois, en cas de garde partagée, les demandes de prestations doivent être faites en vertu de la garantie du régime du parent dont l'anniversaire survient en premier dans l'année.

## 6. Demandes de prestations

Sauf dans les cas d'utilisation de carte de paiement, toute demande de prestations doit être effectuée à l'aide du formulaire prévu à cet effet, qui est disponible sur le site web de SSQ ou auprès de son service à la clientèle. Vous devez le remplir et l'adresser à SSQ avec l'original de vos factures. SSQ ne retourne pas les factures qui lui sont soumises; vous devriez donc dans tous les cas en conserver une copie pour vos dossiers.

Sur demande, les remboursements peuvent être effectués par dépôt direct.

### **Pour frais de médicaments**

Sur présentation de votre carte de paiement direct à votre pharmacien, celui-ci obtient directement de SSQ le paiement de la part de vos frais de médicaments qui est payable en vertu du contrat. Ainsi, il vous suffit de déboursier la part des frais qui n'est pas à la charge de SSQ.

### **Pour soins à l'hôpital**

Il suffit de présenter votre carte d'assurance à l'hôpital, qui soumet alors directement à SSQ la demande de paiement des frais.

### **Pour frais de médicaments sans utilisation de carte de paiement, frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés, frais de consultation de professionnels de la santé, autres frais médicaux**

Dans les cas où une recommandation médicale est exigée, vous devez joindre la prescription à votre demande de prestations.

Les factures accompagnant les demandes de prestations doivent indiquer clairement les renseignements suivants :

- a) le nom de la personne qui a rendu les services, le nom de l'association ou de l'ordre dont elle est membre ainsi que son numéro de membre ou les coordonnées du fournisseur ou de l'établissement duquel ont été obtenus les services;
- b) les dates auxquelles les services ont été rendus;
- c) le coût des services;
- d) le nom de la personne assurée à qui les services ont été rendus.

## **7. Délais pour présenter les demandes de prestations**

Vous devriez présenter vos demandes de prestations à SSQ au plus tard 3 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.

Dans tous les cas, SSQ refuse les demandes de prestations qui sont présentées plus de 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés et celles qui le sont plus de 12 mois après la fin de la garantie.

# Médicaments (Assurance maladie)

## 1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais de médicaments doivent être engagés pour l'achat des produits décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de l'achat. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant. Toutefois, le maximum de déboursement prévu au régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM) s'applique aux frais qu'engage tout adhérent résidant au Québec, pour lui-même et pour ses personnes à charge assurées, en raison de l'application de la franchise et du pourcentage de remboursement prévus par la présente protection. Pour les frais admissibles de médicaments engagés par la suite au cours de la même année civile, le pourcentage de remboursement est de 100 %.

### **Médicaments ne pouvant s'obtenir que sur prescription**

Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes :

- a) ils ont un numéro d'identification de médicament (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral;
- b) ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire;
- c) ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien, étant entendu que dans les régions éloignées où il n'y a pas de pharmacie ou de pharmacien, ils peuvent être obtenus d'une personne légalement autorisée à les vendre.

### **Produits pour les personnes diabétiques**

L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles et les bandelettes, pour les personnes diabétiques.

### **Médicaments d'exception**

Les médicaments dits « médicaments d'exception » requièrent une autorisation préalable de SSQ. Ils ne sont couverts que si leur utilisation répond à l'ensemble des conditions suivantes :

- elle est conforme aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par les autorités gouvernementales;
- elle est conforme aux critères d'utilisation proposés par les autorités médicales ou gouvernementales compétentes reconnues dans le secteur de la santé;
- elle est conforme aux pratiques nécessaires, usuelles et raisonnables généralement acceptées dans le secteur de la santé, y compris quant au rapport entre coût et efficacité.

### **Injections sclérosantes**

Seulement pour des frais d'injections sclérosantes qui ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat et à condition que les injections soient fournies et administrées par un médecin à des fins curatives et non esthétiques. Aux fins de la présente assurance, les honoraires du médecin ne sont pas considérés comme des frais d'injections sclérosantes.

### **Préparations magistrales**

Les frais engagés pour l'achat d'une préparation pharmaceutique, dite aussi « préparation magistrale », à condition que la préparation soit admissible en vertu de la politique de SSQ à l'égard des médicaments extemporanés de produits composés.

### **Vaccins préventifs (produits immunisants)**

Seulement pour des vaccins dont les frais ne sont pas admissibles en vertu d'autres dispositions du contrat.

### **Contribution du patient à un régime public d'assurance médicaments**

La contribution au paiement des services pharmaceutiques et médicaments qui est exigée d'une personne admise à un régime public d'assurance médicaments, que cette contribution soit sous forme de franchise ou de coassurance.

## **2. Exclusions, limitations et restrictions**

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais de médicaments.

Les frais engagés pour ce qui suit ne sont pas admissibles en vertu de la présente garantie, qu'ils soient considérés ou non comme des frais de médicaments :

- a) les produits utilisés à des fins esthétiques, cosmétiques ou d'hygiène corporelle;
- b) les substances ou médicaments utilisés à titre préventif, sauf dans les cas où des frais admissibles sont expressément prévus pour ce genre de substances ou médicaments;
- c) les médicaments ou produits de nature expérimentale ou qui sont obtenus en vertu de tout programme fédéral d'accès spécial à des produits médicaux;
- d) les produits homéopathiques et les produits dits naturels;
- e) les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation; toutefois, les suppléments diététiques prescrits en vue du traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée sont admissibles dans la mesure où ils respectent les conditions d'utilisation et les indications thérapeutiques décrites par les autorités gouvernementales, le cas échéant; un rapport médical complet décrivant toutes les conditions justifiant la prescription du produit doit alors être présenté à SSQ;
- f) les écrans solaires;
- g) les médicaments servant à l'insémination artificielle ou à la fécondation in vitro;
- h) les hormones de croissance; toutefois, les hormones de croissance peuvent être admissibles, sur présentation d'un rapport médical complet à SSQ, si elles sont prescrites selon les indications thérapeutiques et les conditions d'utilisation déterminées par les programmes provinciaux d'assurance médicaments;
- i) les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital et les médicaments administrés à l'hôpital;

- j) l'acte médical lié à l'injection de médicaments par un professionnel de la santé en cabinet privé.

En aucun cas les exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'assurance médicaments du présent régime ne doivent rendre celui-ci moins généreux que le Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

# Hospitalisation (Assurance maladie)

## 1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais pour soins à l'hôpital doivent être engagés pour les services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Tout maximum s'appliquant à ces frais est indiqué au « Tableau des garanties », de même que la franchise et le pourcentage de remboursement s'y rapportant.

### **Chambre d'hôpital**

La différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement s'appliquant au genre de chambre indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », lors d'une période de soins de courte durée au Canada dans un établissement qui répond à la définition d'hôpital du présent régime d'assurance collective. Les soins pour maladie chronique ou perte d'autonomie, y compris ceux qui sont reçus dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des soins à l'hôpital aux fins du contrat.

## 2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais pour soins à l'hôpital.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'hôpital ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

# Établissements pour soins spécialisés (Assurance maladie)

## 1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés doivent s'appliquer aux services décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment d'obtenir ces services. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

### **Maison de convalescence**

À moins qu'un maximum différent soit indiqué à cet égard au « Tableau des garanties », la différence entre les frais d'hébergement en salle à l'hôpital et les frais d'hébergement en chambre d'hôpital à deux lits (semi-privée), lors d'une période nécessaire de convalescence dans un établissement approprié situé au Canada. Aux fins du contrat, un établissement est jugé approprié pour fournir des soins de convalescence s'il offre sur place les soins d'un infirmier licencié, d'un infirmier auxiliaire licencié ou d'un médecin, et ce 24 heures sur 24, et s'il est reconnu par SSQ ou par le ministère responsable de la santé dans la province où il est situé. Pour être admissibles, les soins de convalescence doivent commencer dans les premiers jours suivant un séjour à l'hôpital. La nécessité de la période de soins est établie par évaluation médicale, à l'aide du formulaire « Soins de convalescence » que le médecin traitant doit remplir puis qui doit être soumis à SSQ. Ce formulaire peut être obtenu de l'administrateur du régime ou du service à la clientèle de SSQ.

## 2. Exclusions, limitations et restrictions

Aux exclusions, limitations et restrictions générales qui s'appliquent à l'ensemble de la garantie d'assurance maladie s'ajoute ce qui suit pour les frais engagés auprès d'établissements pour soins spécialisés.

Les frais supplémentaires (télévision, téléphone, frais d'administration, etc.) chargés par l'établissement ne sont pas admissibles en vertu de la présente assurance.

# Professionnels de la santé (Assurance maladie)

## 1. Frais admissibles

Pour être admissibles, les frais doivent être engagés pour des services de professionnels de la santé décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment où les services sont obtenus. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant et les cas pour lesquels une prescription est exigée.

Un seul traitement par jour par professionnel ou spécialiste est admissible pour la même personne assurée et aussi un seul traitement par jour pour une même profession ou spécialité, et ce, sans égard au nombre de spécialités que pratique le professionnel ou spécialiste.

### **Acupuncteur**

Les frais de traitement.

### **Chiropraticien**

Les frais de traitement.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les chiropraticiens.

### **Chiropraticien - Radiographies**

Les frais de radiographies effectuées par un chiropraticien.

### **Naturopathe**

Les frais de consultation en vue d'obtenir des conseils alimentaires ou pour établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Aux fins du contrat, les frais engagés pour des produits naturels, massages, bains, posturologie et exercices physiques ne sont pas considérés comme des frais de consultation de naturopathes.

### **Orthophoniste**

Les honoraires professionnels.

### **Ostéopathe**

Les frais de traitement.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les ostéopathes.

### **Ostéopathe - Radiographies**

Les frais de radiographies effectuées par un ostéopathe.

### **Physiothérapeute, thérapeute en réadaptation physique et thérapeute du sport agréé**

Les honoraires professionnels ou frais de traitement.

**Podiatre**

Les honoraires professionnels.

Des frais admissibles distincts sont prévus pour les radiographies effectuées par les podiatres.

**Podiatre - Radiographies**

Les honoraires pour des radiographies effectuées par un podiatre.

**Podologue**

Les frais de consultation et de traitement.

**Podologue - Radiographies**

Les honoraires pour des radiographies effectuées par un podologue.

**Psychanalyste**

Les honoraires professionnels.

**Psychiatre**

Les honoraires professionnels.

**Psychologue**

Les honoraires professionnels.

**Travailleur social**

Les frais de consultation.

## 2. Exclusions, limitations et restrictions

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

# Autres frais médicaux (Assurance maladie)

## 1. Frais admissibles

Pour être admissibles à titre d'autres frais médicaux, les frais doivent être engagés pour les services ou articles décrits ci-après, et ce pour une personne qui est assurée au moment de les obtenir. Les maximums s'appliquant à ces frais sont indiqués au « Tableau des garanties », de même que les franchises et pourcentages de remboursement s'y rapportant.

### **Accessoires pour pompe à insuline**

L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline, s'ils sont prescrits par un médecin.

### **Ambulance et transport par avion ou par train**

Le transport terrestre en direction ou en provenance d'un hôpital par un ambulancier licencié. Les traitements d'oxygénothérapie reçus pendant le transport ou immédiatement avant sont couverts.

Les frais de transport aller et retour en avion ou en train d'un malade alité occupant l'équivalent de 2 sièges individuels sont également couverts lorsqu'une partie du trajet doit s'effectuer par ce moyen de transport.

### **Analyses de laboratoire**

Les analyses de tissus et de liquides biologiques (sang, urine, etc.), si elles sont effectuées en laboratoire privé à des fins de prévention ou de diagnostic et qu'elles soient du même type que celles qui sont effectuées en centre hospitalier.

### **Appareil auditif**

L'achat et la réparation d'appareils auditifs.

### **Appareil d'assistance respiratoire**

La location ou l'achat d'un appareil d'assistance respiratoire, selon le mode le plus économique. L'oxygène fait aussi partie des frais admissibles à ce titre.

### **Appareils orthopédiques**

Les corsets, attelles, béquilles, plâtres et articles pour grands brûlés.

Pour tous les appareils orthopédiques, les frais peuvent être considérés comme admissibles jusqu'à concurrence du coût que SSQ juge raisonnable pour l'appareil nécessaire à la réalisation des activités quotidiennes de base. Les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires ne sont pas considérées comme des appareils orthopédiques aux fins de la présente assurance.

### **Appareils thérapeutiques**

La location ou l'achat d'appareils thérapeutiques, selon le mode le plus économique, de même que leur réparation.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des appareils thérapeutiques : les pompes à insuline, les appareils de contrôle tels que le glucomètre, le dextromètre, le stéthoscope, le sphygmomanomètre et les autres appareils de même nature, de même que les accessoires domestiques comme le bain tourbillon, le purificateur d'air, l'humidificateur, le climatiseur et les autres accessoires de même nature.

### **Articles pour stomie**

L'achat d'articles pour stomie qui sont prescrits par un médecin, pour la partie des frais qui excède le montant remboursé par l'État.

### **Bas de contention**

Les bas à compression graduée de 20 mm de HG ou plus. Les bas doivent être obtenus dans une pharmacie ou dans un établissement de santé. Ils doivent servir au traitement d'insuffisance du système veineux ou lymphatique.

### **Chaussures orthopédiques**

L'achat ou la réparation de chaussures orthopédiques, aussi appelées « chaussures orthétiques ». Le « Tableau des garanties » indique si l'assurance des adultes diffère à cet égard de celle des enfants à charge.

Par chaussures orthopédiques, on entend ici des chaussures conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage. Les chaussures de type ouvert, évasé ou droit et les chaussures nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne sont également admissibles. Les chaussures doivent cependant être nécessaires pour corriger un défaut du pied. Elles doivent aussi être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage. Les frais pour des corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées sont aussi admissibles.

Aux fins de la présente assurance, les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.

### **Cure de désintoxication**

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

- la clinique doit être reconnue par SSQ;
- la personne assurée doit y recevoir un traitement curatif;
- la clinique doit être sous le contrôle d'un médecin et sous la surveillance constante d'un infirmier licencié.

### **Échographies**

Les échographies.

### **Électrocardiogrammes**

Les électrocardiogrammes.

**Fauteuil roulant et marchette**

La location ou l'achat, lorsque ce dernier mode est plus économique et étant entendu que les frais de réparation d'un article acheté entrent alors dans le calcul des frais admissibles, d'un fauteuil roulant non motorisé ou d'une marchette. Le fauteuil roulant ou la marchette doivent être semblables à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

**Glucomètre**

L'achat d'appareil servant à mesurer le taux de glucose sanguin.

**Infirmier**

Les soins donnés à la personne assurée, à son domicile, par un infirmier licencié ou infirmier auxiliaire licencié. Pour être admissibles, ces frais doivent être engagés pour des soins requérant les compétences professionnelles de l'infirmier et qui sont donnés de façon continue à la personne assurée, à raison d'un minimum de 8 heures par jour.

**Lentilles intraoculaires**

Les frais d'achat de lentilles intraoculaires, si elles sont nécessaires pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes.

**Lit d'hôpital**

La location d'un lit d'hôpital ou l'achat d'un lit d'hôpital, lorsque ce dernier mode est plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.

**Neurostimulateur transcutané**

Un neurostimulateur transcutané.

**Orthèses plantaires**

Les orthèses du pied obtenues d'un laboratoire ou d'un centre spécialisé en orthèses du pied détenant un permis émis par les autorités légales ou reconnu par SSQ.

**Pompe à insuline**

L'achat et la réparation d'une pompe à insuline prescrite par un médecin.

**Prothèse capillaire**

L'achat d'une prothèse capillaire initiale par suite de chimiothérapie.

**Prothèse externe et membre artificiel**

Les prothèses externes et membres artificiels devenus nécessaires par suite de la perte d'un membre naturel survenant lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie. Le remboursement maximal est de 5 000 \$ par membre perdu.

Aux fins de la présente assurance, les articles suivants ne sont pas considérés comme des prothèses externes ni comme des membres artificiels : les prothèses dentaires, les prothèses

mammaires, les prothèses capillaires, les appareils auditifs, les lunettes, les lentilles cornéennes ou intraoculaires.

### **Prothèses mammaires**

L'achat de prothèses mammaires par suite de mastectomie.

### **Radiographies**

Les radiographies autres que celles pour lesquelles des frais admissibles de radiographies sont déjà prévus par d'autres dispositions du contrat.

Aux fins de la présente assurance, les résonances magnétiques et les tomодensitométries ne sont pas considérées comme des radiographies.

### **Résonances magnétiques**

Les résonances magnétiques.

### **Soutiens-gorges postopératoires**

L'achat de soutiens-gorges postopératoires par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.

### **Stérilets**

L'achat de stérilets qui ne sont pas couverts par l'assurance médicaments du présent régime.

### **Tomодensitométries**

Les tomодensitométries.

### **Traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles**

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

Aux fins de la présente assurance, une dent est dite « saine » lorsqu'elle ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique, soit dans sa substance même, soit dans les structures qui lui sont adjacentes. Une dent traitée ou réparée qui a retrouvé sa fonction normale et qui ne fait l'objet d'aucune atteinte pathologique est aussi considérée comme saine. Par contre, les bris de dents survenant lorsque la personne est en train de manger ne sont pas couverts à titre de traitements dentaires à la suite d'un accident.

Les conditions suivantes doivent s'appliquer pour que des frais puissent être admissibles à titre de frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles :

- l'accident doit survenir lorsque la personne est assurée en vertu de la présente garantie;
- les soins doivent être administrés par un chirurgien dentiste ou un denturologiste licencié;
- les soins doivent être donnés dans les 12 mois suivant la date de l'accident et la personne doit alors être assurée par la présente garantie.

Les frais pour traitements dentaires à la suite d'un accident aux dents naturelles sont admissibles jusqu'à concurrence des tarifs suggérés par l'association des dentistes généralistes

de la province de pratique du professionnel traitant, pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

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

## **2. Exclusions, limitations et restrictions**

Les exclusions, limitations et restrictions générales de la garantie d'assurance maladie s'appliquent.

# Assistance médicale (Assurance maladie)

## 1. Deuxième opinion médicale

L'assistance médicale s'adresse à toute personne de moins de 65 ans qui est assurée par la garantie d'assurance maladie au moment de la demande de deuxième opinion médicale.

Lorsque le fournisseur de services d'assistance médicale de SSQ reçoit une demande de deuxième opinion médicale de la part d'une personne assurée qui a reçu le diagnostic d'une maladie ou de la nécessité d'une chirurgie, et si de plus la maladie ou chirurgie en question fait partie de la liste des diagnostics admissibles du présent programme d'assistance médicale, une équipe de médecins spécialistes effectue une révision du dossier médical afin de valider le diagnostic et de déterminer le plan de traitement le mieux adapté. Cette révision de dossier se fait en collaboration avec le médecin traitant de la personne assurée. Cependant, les frais de transfert de dossier et les frais pouvant être demandés par le médecin traitant sont à la charge de la personne assurée.

La liste de l'article « Diagnostics admissibles » permet de constater que les diagnostics reconnus à ce titre peuvent être des maladies dégénératives, des affections majeures ou d'autres conditions mettant sérieusement la vie en danger.

## 2. Diagnostics admissibles

1. Accident vasculaire cérébral
2. Anémie aplasique
3. Angioplastie coronarienne
4. Arthrite rhumatoïde grave
5. Brûlures graves
6. Cancer (mettant la vie en danger)
7. Cancer de la prostate au stade A (T1a ou T1b)
8. Carcinome canalaire in situ du sein
9. Cardiomyopathie dilatée
10. Cécité
11. Chirurgie de l'aorte
12. Coma
13. Crise cardiaque
14. Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une sur liste d'attente
15. Démence, y compris la maladie d'Alzheimer
16. Dystrophie musculaire
17. Greffe d'un organe vital

18. Hépatite virale fulminante
19. Hypertension artérielle pulmonaire primitive
20. Infection au VIH dans le cadre du travail
21. Insuffisance hépatique à un stade avancé
22. Insuffisance rénale
23. Lupus érythémateux disséminé
24. Maladie de Crohn nécessitant une chirurgie
25. Maladie de Parkinson et syndromes parkinsoniens atypiques
26. Maladie du motoneurone
27. Mélanome malin au stade 1A
28. Méningite purulente
29. Paralyse
30. Perte d'autonomie
31. Perte de l'usage de la parole
32. Perte de membres
33. Pontage aortocoronarien
34. Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque
35. Sclérose en plaques
36. Sclérose généralisée évolutive
37. Surdité
38. Tumeur cérébrale bénigne

Si vous détenez une protection familiale, le diagnostic des maladies suivantes est également couvert par l'assistance médicale pour vos enfants à charge :

1. D ficiency mentale
2. Fibrose kystique
3. Maladie congénitale du coeur nécessitant une chirurgie
4. Paralyse cérébrale
5. Spina bifida cystica
6. Syndrome de Down (Trisomie 21)

### **3. Demande de deuxième opinion médicale**

Pour demander une deuxième opinion médicale, la personne assurée doit communiquer par téléphone avec le fournisseur de services d'assistance médicale de SSQ, au numéro indiqué à cette fin dans votre documentation d'assurance.

## **4. Disponibilité des services**

Le maintien de l'offre des services de deuxième opinion médicale est conditionnel au maintien d'une entente entre SSQ et le fournisseur de services et à la capacité de ce dernier d'offrir les services.





# accès

Découvrez nos services en ligne en  
vous inscrivant dès aujourd'hui au site  
**ACCÈS | assurés.**

Service à la clientèle

**Sans frais** 1 877 651-8080

**Région de Montréal** 514 223-2500