

SSQ
assurance

**L'esprit
collectif**

 **Assurance
collective**

Votre régime d'assurance collective



**FSSS (CSN)
RSGE
1^{er} avril 2022**

L'Inukshuk est une figurine inuit qui symbolise l'importance des relations interpersonnelles et qui tend à nous rappeler notre solidarité les uns envers les autres.



Secteur des
responsables de
service de garde
éducatif en
milieu familial



Dans cette brochure, le nom SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.

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

This booklet is available in English.

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

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 concernant leurs demandes de prestations.

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

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

Mandataires et fournisseurs de services

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

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

Pour plus d'information, l'Énoncé de la politique de protection des renseignements personnels peut être consulté sur le site Internet de SSQ au ssq.ca.

Document d'assurance

Toute personne adhérente a le droit de consulter la police à l'adresse du preneur et en obtenir une copie.

Note :

Bien que la présente brochure soit datée du 1^{er} avril 2022, il est à noter que les définitions « Invalidité totale » et « Période d'invalidité totale » prévues à l'article 7.1 ont été modifiées au 1^{er} juillet 2021.

Table des matières

SOMMAIRE DES GARANTIES.....	1
1 - ASSURANCE SANTÉ	23
1.1 Crédit d'impôt.....	23
1.2 Exclusions, limitations et restrictions	24
2 - SOINS DENTAIRES	27
2.1 Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires.....	27
2.2 Évaluation préalable.....	33
2.3 Crédit d'impôt.....	34
2.4 Exclusions, limitations et restrictions	34
3 - PROGRAMME D'AIDE.....	37
3.1 Détail de la protection	37
3.2 Dispositions particulières applicables lors du décès de la personne adhérente	37
3.3 Dispositions particulières applicables lors de la fin du contrat	38
4 - ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE	39
4.1 Montant de la prestation	39
4.2 Délai de carence.....	39
4.3 Paiement de la prestation.....	39
4.4 Durée de la prestation	39
4.5 Retour au travail	40
4.6 Réduction	41
4.7 Exclusions	41
4.8 Réadaptation	42
4.9 Preuves.....	42
5 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	44
5.1 Montant de la prestation	44
5.2 Délai de carence.....	44
5.3 Durée de la prestation	44
5.4 Emploi de réadaptation.....	44
5.5 Réduction	45
5.6 Exclusions	45
5.7 Preuves.....	46

6 - ASSURANCE VIE.....	48
6.1 Assurance vie de base et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA) de la personne adhérente.....	48
6.2 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	49
6.3 Assurance vie additionnelle.....	49
6.4 Assurance vie de la personne retraitée et de la personne conjointe de la personne retraitée.....	50
7- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	51
7.1 Définitions.....	51
7.2 Admissibilité à l'assurance.....	54
7.3 Participation à l'assurance.....	55
7.4 Demande d'adhésion et entrée en vigueur	59
7.5 Statut et niveau de protection.....	61
7.6 Droit d'exemption à l'assurance santé	62
7.7 Droit de renonciation à la garantie de soins dentaires	63
7.8 Droit de renonciation à l'assurance salaire de courte durée.....	64
7.9 Droit de renonciation à l'assurance vie	64
7.10 Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)	65
7.11 Continuation de l'assurance et exonération des primes durant une période d'invalidité totale	66
7.12 Absences temporaires du travail.....	68
7.13 Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge	71
7.14 Terminaison de l'assurance.....	71
7.15 Droit de transformation en assurance vie	74
7.16 Personne retraitée – Régime d'assurance vie pour la personne retraitée et la personne conjointe de la personne retraitée	75
8 - DEMANDES DE PRESTATIONS	76
8.1 Assurance Santé	76
8.2 Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage	79
8.3 Soins dentaires	79
8.4 Programme d'aide.....	79
8.5 Assurance vie de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge.....	80
8.6 Assurance salaire de courte durée	80
8.7 Assurance salaire de longue durée.....	80

8.8	Responsabilité civile et subrogation	80
9 -	SERVICE INTERNET SSQ	82
9.1	Espace client.....	82
9.2	SSQ Services mobiles	82

SOMMAIRE DES GARANTIES

Le tableau ci-dessous résume les modalités de chacune des garanties. Pour une description plus complète des conditions applicables, veuillez consulter les autres dispositions de la présente brochure.

ASSURANCE SANTÉ

GÉNÉRALITÉS

Le présent tableau décrit les frais qui sont admissibles en vertu de chacun des trois niveaux de protection de la garantie d'assurance santé (santé 1, santé 2 et santé 3), dans la mesure où sont également respectées les dispositions d'admissibilité des frais énoncées à la section 1 - « **Assurance santé** », ainsi que les dispositions de coordination et les exclusions, limitations et restrictions de la garantie d'assurance santé.

Lorsqu'un maximum de frais admissibles est exprimé, il doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour calculer le montant remboursable. Le remboursement maximal par année civile est égal au maximum que doit rembourser SSQ à l'égard de frais engagés au cours d'une même année civile. La mention **CPRP** (calcul du pourcentage de remboursement prévu) dans la colonne « PROTECTIONS » indique que le montant (palier) à partir duquel le pourcentage de remboursement prévu pour les médicaments passe à 100 % s'applique de manière combinée à l'ensemble des éléments ainsi identifiés.

Lorsqu'une prescription médicale est requise, la mention **PR** est indiquée dans la colonne « PROTECTIONS ». Dans ce cas, la prescription doit indiquer le nom du médicament ou, dans le cas d'autres produits ou services, le diagnostic, les raisons médicales et les indications thérapeutiques qui les justifient, de même que la durée prévue d'utilisation.

À moins d'indication contraire :

- les maximums indiqués dans ce tableau sont des maximums **par personne assurée** d'une part et **par année civile** d'autre part;
- tout maximum indiqué dans une ligne donnée s'applique à l'ensemble des éléments indiqués dans la colonne « PROTECTIONS » de cette ligne et non à chacun de ces éléments pris séparément;
- dans le cas des frais engagés auprès de professionnels de la santé, les frais admissibles se limitent à ceux d'un seul traitement par jour par profession de la santé.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Médicaments			
Franchise par médicament prescrit	5 \$	5 \$	5 \$
Pourcentage de remboursement pour l'ensemble des articles auxquels est attribuée la mention CPRP	65 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à débourser de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat	75 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à débourser de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat	80 % des frais admissibles jusqu'au maximum annuel à débourser de 950 \$ et 100 % des frais excédentaires par certificat
Médicaments* PR et CPRP Liste RAMQ (santé 1) Liste régulière SSQ (santé 2 et santé 3)	Les mêmes médicaments que ceux qui sont couverts par le RGAM ⁽¹⁾ et selon les conditions qui y sont déterminées.	Les médicaments satisfaisant l'ensemble des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Ils ont un numéro d'identification (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral. • Ils sont disponibles uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi à les prescrire. • Ils sont disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un professionnel de la santé conformément à la <i>Loi sur la pharmacie</i>. • Leur utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant. 	
Médicaments d'exception* PR et CPRP	Ceux qui font partie de la liste de médicaments dont le coût est couvert par le RGAM, selon les conditions et indications thérapeutiques qui sont précisées dans le règlement applicable au RGAM. Ces médicaments requièrent une autorisation préalable de SSQ.		
Médicaments injectés en cabinet privé* PR et CPRP	Seul le coût de la substance injectée est admissible et non celui de l'acte médical ni celui de la portion du produit qui n'est pas effectivement injectée.		
Produits antitabac* CPRP	Les produits couverts par le RGAM.		

⁽¹⁾ RGAM signifie : Régime général d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Services pharmaceutiques admissibles* PR et CPRP	Les services couverts par le RGAM.		
Stérilets* PR et CPRP	Les produits portant un DIN, contenant un ingrédient actif médicamenteux et couverts par le RGAM.		
Produits pour les personnes diabétiques PR et CPRP	<p>L'insuline, les seringues, les lancettes, les aiguilles, les bandelettes et les capteurs de glucose pour glucomètres à lecture sporadique, pour les personnes diabétiques. L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de bandelettes et de capteurs de glucose est toutefois assujettie aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le nombre de bandelettes admissibles à un remboursement est limité à un maximum annuel; ce maximum peut être augmenté selon l'état de santé de la personne assurée, et ce, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ; • le nombre de capteurs admissibles est limité à un maximum annuel et les frais engagés pour des capteurs de glucose doivent faire l'objet d'une autorisation préalable de SSQ. 		

* Remboursement des médicaments innovateurs

Si la personne assurée achète un médicament innovateur admissible pour lequel il existe une version générique sur le marché, son remboursement est calculé en fonction du coût du médicament générique le plus bas. Le montant qui entre dans le calcul du déboursé annuel est celui que la personne assurée aurait déboursé si elle avait acheté ce médicament générique moins coûteux. Toutefois, il est possible d'obtenir le remboursement calculé d'après le coût d'un médicament innovateur si la substitution par un médicament générique n'est pas possible pour des raisons médicales, sur présentation d'un formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. L'approbation de SSQ est requise.

Un médicament innovateur est un médicament vendu sous sa marque de commerce d'origine, mais pour lequel il existe au moins un équivalent générique.

Paiement direct des frais de médicaments

La personne assurée peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations offert par SSQ. La marche à suivre pour l'utiliser est décrite à la section « 8 - Demandes de prestations ».

Pour les **grands utilisateurs de médicaments**, certaines dispositions existent afin de limiter les montants déboursés mensuellement par l'assuré qui répond aux critères établis par SSQ. La personne assurée peut communiquer avec SSQ pour connaître les règles de participation.

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Injections sclérosantes PR et CPRP	Les substances fournies et administrées à des fins curatives et non esthétiques par un médecin. L'acte médical n'est pas couvert.		
Maximum	25 \$ de remboursement par traitement pour la substance injectée.		
Soins d'urgence			
Assurance voyage avec assistance	Les dispositions de l'assurance voyage se trouvent dans un document distinct intitulé « Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage », disponible en version électronique sur le site sécurisé dédié aux assurés au ssq.ca.		
Pourcentage de remboursement	100 %	100 %	100 %
Maximum	5000000 \$ de remboursement pour toute la durée du séjour.		
Assurance annulation de voyage	Les dispositions de l'assurance voyage se trouvent dans un document distinct intitulé « Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage », disponible en version électronique sur le site sécurisé dédié aux assurés au ssq.ca.		
Pourcentage de remboursement	100 %	100 %	100 %
Maximum	5000 \$ de remboursement pour un même voyage.		
Transport par un service ambulancier CPRP	Lorsque l'état de santé de la personne le requiert, le transport terrestre, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près où les soins sont disponibles, y compris le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus immédiatement avant et durant le transport. Le transport par avion (ou par hélicoptère dans les cas où il n'est pas couvert par un tiers), par bateau ou par train est également couvert lorsqu'une partie ou la totalité du trajet doit s'effectuer par l'un de ces moyens si la personne assurée doit être alitée et occuper l'équivalent de deux sièges. La nécessité médicale doit alors être démontrée à la satisfaction de SSQ. Dans tous les cas, le transport doit être effectué par un ambulancier licencié.		
Pourcentage de remboursement	65 %	75 %	80 %
Maximum	Frais usuels et raisonnables.		

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Frais médicaux divers			
Accessoires pour pompe à insuline PR	Non couvert	L'achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum			
Appareil auditif	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		480 \$ de remboursement par période de 48 mois consécutifs.	
Appareils d'assistance respiratoire et appareils thérapeutiques PR	Non couvert	La location. Sur entente préalable avec SSQ, les frais d'achat peuvent aussi être admissibles, de même que les frais de remplacement et de réparation. <u>Appareil d'assistance respiratoire</u> : Les articles doivent servir à remplacer, compenser ou améliorer les capacités fonctionnelles respiratoires de la personne assurée. <u>Appareils thérapeutiques</u> : Les articles doivent être nécessaires à la guérison ou au traitement de la personne assurée.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		10000 \$ de remboursement à vie.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Appareils orthopédiques PR et CPRP	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation. Pour être couverts à titre d'appareils orthopédiques, les articles doivent servir à soutenir ou maintenir une partie du corps afin de prévenir ou de corriger les difformités du corps ou de traiter les affections du squelette, des muscles ou des tendons. Ils doivent aussi être admis par SSQ à ce titre. Les orthèses du pied doivent être fournies par laboratoire spécialisé détenteur de permis émis par autorités légales.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Articles pour stomie PR et CPRP		Non couvert	L'achat.
Pourcentage de remboursement	75 %		80 %
Maximum	Frais usuels et raisonnables.		
Bas de contention PR	Non couvert		L'achat de bas de contention (20mm ou plus d'Hg) pour insuffisance du système veineux ou lymphatique et qui sont obtenus d'un établissement de santé ou d'une pharmacie.
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		3 paires.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
<p>Cannabis à des fins médicales PR</p>	<p>L'admissibilité des frais engagés pour l'achat de cannabis à des fins médicales requiert une autorisation préalable de SSQ et est assujettie aux conditions suivantes :</p> <p>a. le cannabis à des fins médicales doit être prescrit par un médecin ou infirmier praticien aux termes de leurs définitions respectives prévues à la réglementation fédérale encadrant l'accès au cannabis à des fins médicales; et</p> <p>b. le cannabis à des fins médicales est couvert seulement si son utilisation correspond aux conditions et indications thérapeutiques déterminées par SSQ; et</p> <p>c. la personne assurée doit soumettre à SSQ pour approbation, lors de la première demande de prestations et lors du renouvellement de la prescription par la suite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le document médical autorisant l'usage du cannabis à des fins médicales de Santé Canada dûment complété par un médecin ou infirmier praticien autorisé; et • le formulaire « Demande d'autorisation de paiement » de SSQ dûment complété par la personne assurée et ce même médecin ou infirmier praticien autorisé; et <p>d. le cannabis à des fins médicales doit être acheté uniquement auprès d'un titulaire de licence de vente dûment autorisé par Santé Canada.</p>		
<p>Pourcentage de remboursement</p>	65 %	75 %	80 %
<p>Maximum</p>	2 000 \$ de remboursement.		

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Chaussures orthopédiques PR et CPRP	Non couvert	<p>L'achat de chaussures :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger ou compenser un défaut du pied; ou • préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit; ou • nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne. <p>Les chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.</p> <p>Coût des additions ou modifications faites à des chaussures orthopédiques.</p> <p>Les chaussures profondes et les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques.</p>	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Chaussures profondes PR et CPRP	Non couvert	<p>L'achat de chaussures préfabriquées de type profond. Les chaussures doivent être nécessaires pour l'utilisation d'une orthèse destinée à corriger un défaut du pied et être obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur de tous les permis d'usage.</p> <p>Les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures profondes ni comme des chaussures de type profond.</p>	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		150 \$ de remboursement.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Chirurgie d'affirmation de genre	Non couvert	<p>Les frais engagés lors d'une intervention chirurgicale pratiquée par un médecin visant à modifier les caractéristiques sexuelles de la personne assurée dans le but de les harmoniser avec le genre ressenti par celle-ci. Les frais d'épilation par électrolyse ou par laser sont également admissibles.</p> <p>L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la personne assurée doit avoir obtenu un diagnostic de dysphorie de genre par un médecin; • l'intervention chirurgicale ou l'épilation doit être réalisée au Canada; • l'intervention chirurgicale ou l'épilation ne doit pas être couverte par le régime d'assurance maladie de la province de résidence de la personne assurée. 	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		10 000 \$ remboursables par année civile 30 000 \$ de remboursement à vie	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Non couvert	<p>Les honoraires d'un chirurgien-dentiste, d'un spécialiste ou d'un denturologiste, pour réparation de dommages accidentels à des dents saines et naturelles ou pour traiter une mâchoire fracturée accidentellement.</p> <p>L'accident doit survenir pendant que la personne est assurée par le niveau de protection santé 2 ou santé 3.</p> <p>Les soins doivent débiter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident.</p> <p>Les frais relatifs à des implants ne sont pas admissibles ni les frais pour bris de dents survenus en mangeant. Toutefois, les frais de prothèses sur implants peuvent être reconnus comme admissibles jusqu'à concurrence du coût s'appliquant à un traitement alternatif. Ils sont payables seulement lors de la mise en bouche finale de la prothèse ou de l'implant.</p>	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Tarif recommandé par l'ACDQ pour l'année des traitements.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Cure de désintoxication PR	Non couvert	<p>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.</p> <p>L'admissibilité des frais engagés à ce titre est toutefois assujettie aux conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		50 \$ de remboursement par jour; 3 000 \$ de remboursement à vie	85 \$ de remboursement par jour; 5 000 \$ de remboursement à vie
Fauteuil roulant et marchette PR	Non couvert	La location pour combler un besoin temporaire.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Pour fauteuil roulant : Frais admissibles jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil non motorisé d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Glucomètre PR	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		240 \$ de remboursement par période de 36 mois consécutifs.	
Lentilles intraoculaires PR et CPRP	Non couvert	L'achat, si nécessaire 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.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Lit d'hôpital à usage domestique PR	Non couvert	La location ou l'achat, si plus économique. Le lit d'hôpital doit être semblable à ceux habituellement en usage dans un centre hospitalier.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Membres artificiels et prothèses externes PR et CPRP	Non couvert	La perte du membre naturel doit survenir lorsque la personne est assurée par la présente garantie. Ne sont pas couverts à ce titre les articles dont les frais sont déjà prévus sous une autre rubrique du présent tableau.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Neurostimulateur transcutané (TENS) PR	Non couvert	L'achat, la location, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		560 \$ de remboursement par période de 60 mois consécutifs.	

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Pompe à insuline PR	Non couvert	L'achat, l'ajustement, le remplacement ou la réparation.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		6 400 \$ de remboursement par période de 60 mois consécutifs.	
Prothèse capillaire PR	Non couvert	L'achat d'une prothèse capillaire initiale acquise en raison : <ul style="list-style-type: none"> • des suites d'une chimiothérapie; ou • de toute forme d'alopecie, à la condition que la prothèse soit requise pour des raisons médicales seulement. 	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		300 \$ de remboursement à vie.	
Prothèse mammaire PR et CPRP	Non couvert	L'achat, si nécessaire par suite de mastectomie.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		Frais usuels et raisonnables.	
Soutien-gorge postopératoire PR	Non couvert	L'achat, par suite de mastectomie ou de réduction mammaire.	
Pourcentage de remboursement		75 %	80 %
Maximum		200 \$ de remboursement à vie.	
Stérilet PR et CPRP	Ceux qui ne sont pas couverts par la protection d'assurance médicaments de la présente garantie.		
Pourcentage de remboursement	65 %	75 %	80 %
Maximum	Frais usuels et raisonnables.		

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
<p>Transport et hébergement au Québec pour consulter médecin spécialiste ou recevoir traitement spécialisé PR et CPRP</p>	<p>Le transport d'au moins 400 kilomètres (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe et le moins loin possible de ce lieu de résidence, puis hébergement dans un établissement public. Aussi, si la personne assurée a moins de 18 ans, transport d'un parent qui l'accompagne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations. • En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence sont exigés. • Un rapport signé par le médecin traitant et démontrant la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipulant le lieu de la consultation ou du traitement doit être reçu par SSQ. <p>Il doit être démontré à la satisfaction de SSQ que le médecin spécialiste et le traitement spécialisé ne sont pas disponibles dans la région, puis que l'hébergement est nécessaire si des frais d'hébergement sont réclamés.</p>		
<p>Pourcentage de remboursement</p>	65 %	75 %	80 %
<p>Maximum</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 48 \$ de remboursement par jour; • 1 000 \$ de remboursement. <p>Frais admissibles de transport limités au coût moyen du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé.</p>		

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Professionnels de la santé			
Frais couverts : Les honoraires pour services en clinique privée.			
Diététiste	Non couvert	Non couvert	80 %, maximum de remboursement regroupé de 750 \$ De plus, pour la kinésithérapie, la massothérapie et l'orthothérapie : maximum de 65 \$ de remboursement/ traitement
Nutritionniste			
Kinésithérapie (incluant la kinothérapie)			
Massothérapie			
Orthothérapie			
Acupuncture		75 %, maximum de remboursement regroupé de 500 \$	
Chiropractie (y compris les radiographies)			
Ostéopathie			
Physiothérapie			
Thérapie de réadaptation physique			
Podiatrie			
Audiologie	Non couvert	75 %, maximum de 20 visites	80 %, maximum de 20 visites
Ergothérapie		75 %, maximum de 20 visites	80 %, maximum de 20 visites
Orthophonie		75 %, maximum de 20 visites	80 %, maximum de 20 visites
Psychanalyse		50 %, maximum de 1 000 \$ de remboursement	50 %, maximum de 1 500 \$ de remboursement
Psychiatrie			
Psychoéducation			
Psychologie			
Psychothérapie			
Service d'un conseiller en orientation			
Travail social			

ASSURANCE SANTÉ (suite)

En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.

PROTECTIONS	SANTÉ 1	SANTÉ 2	SANTÉ 3
Soins de la vue			
Examen de la vue	Non couvert	Non couvert	Les frais d'examen de la vue par un optométriste ou un ophtalmologiste.
Pourcentage de remboursement			80 %
Maximum			Adultes et enfants à charge de 18 ans et plus : 80 \$ de remboursement par période de 36 mois consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> • Correction visuelle au laser • Lentilles cornéennes • Lunettes PR	Non couvert	Non couvert	Une prescription doit être obtenue d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste. La chirurgie au laser doit être effectuée pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie.
Pourcentage de remboursement			80 %
Maximum			Adultes et enfants à charge de 18 ans et plus : 400 \$ de remboursement par période de 36 mois consécutifs

SOINS DENTAIRES

GÉNÉRALITÉS

Le présent tableau décrit les frais qui sont admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.

Lorsqu'un maximum de frais admissibles est exprimé, il doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour calculer le montant remboursable. Le remboursement maximal par année civile est égal au maximum que doit rembourser SSQ à l'égard de frais engagés au cours d'une même année civile.

À moins d'indication contraire :

- les maximums indiqués dans ce tableau sont des maximums par **personne assurée** d'une part et par **année civile** d'autre part;
- tout maximum indiqué dans une ligne donnée s'applique à l'ensemble des éléments indiqués dans la colonne « PROTECTIONS » de cette ligne et non à chacun de ces éléments pris séparément.

PROTECTIONS	DESCRIPTION
Soins dentaires de base	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Prévention et appareil de maintien • Restauration mineure • Parodontie • Chirurgie buccale • Anesthésie locale <p>Voir <i>article 2.1</i> « Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires ».</p>
Pourcentage de remboursement	80 % Les frais admissibles de laboratoire sont cependant limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné.
Maximum	Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements.
Soins dentaires de restauration	<ul style="list-style-type: none"> • Restauration majeure • Endodontie • Prothèses fixes • Prothèses amovibles <p>Voir <i>article 2.1</i> « Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires ».</p>
Pourcentage de remboursement	60 %
Maximum	1 000 \$ de remboursement. Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements.

PROGRAMME D'AIDE

GÉNÉRALITÉS

Le présent tableau décrit le Programme d'aide, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.
--

DESCRIPTION

La couverture du Programme d'aide se limite à un maximum de 9 heures de services au total par année civile, pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille.
--

ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE**GÉNÉRALITÉS**

Le présent tableau décrit les montants de protection assurables en vertu de l'assurance salaire de courte durée, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.

PROTECTIONS	DESCRIPTION
Option 1	
Montant de protection	300 \$ par semaine
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à la 52 ^{ème} semaine d'invalidité
Option 2	
Montant de protection	400 \$ par semaine
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à la 52 ^{ème} semaine d'invalidité
Option 3	
Montant de protection	500 \$ par semaine
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à la 52 ^{ème} semaine d'invalidité
Option 4	
Montant de protection	600 \$ par semaine
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à la 52 ^{ème} semaine d'invalidité

ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

GÉNÉRALITÉS

Le présent tableau décrit les montants de protection assurables en vertu de l'assurance salaire de longue durée, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.

Le choix d'option que la personne adhérente effectue pour la garantie d'assurance salaire de courte durée s'applique automatiquement à la garantie d'assurance salaire de longue durée si la celle-ci choisit d'y participer.

PROTECTIONS	DESCRIPTION
Option 1	
Montant de protection	1 300 \$ par mois
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans
Option 2	
Montant de protection	1 650 \$ par mois
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans
Option 3	
Montant de protection	2 000 \$ par mois
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans
Option 4	
Montant de protection	2 350 \$ par mois
Statut fiscal	Non imposable
Durée maximale	Jusqu'à 65 ans

ASSURANCE VIE

GÉNÉRALITÉS

Le présent tableau décrit la protection d'assurance vie, dans la mesure où sont également respectées les autres dispositions prévues au présent document, y compris les exclusions, limitations et restrictions applicables.

PROTECTIONS	DESCRIPTION
Assurance vie de base de la personne adhérente	Montant de 25 000 \$ ou de 50 000 \$
DMA (Décès ou mutilation accidentels) de base de la personne adhérente	Décès accidentel = Montant de 25 000 \$ ou de 50 000 \$ Mutilation accidentelle = de 10 % à 100 % du montant de protection assuré, selon la perte subie
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente	1 à 20 unités de 10 000 \$
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	5 000 \$ / décès; si la personne adhérente fait la démonstration qu'elle n'a pas de conjoint au moment du décès : 10 000 \$ / enfant décédé
Assurance vie additionnelle de la personne conjointe	1 à 10 unités de 10 000 \$

1 - ASSURANCE SANTÉ

Les frais couverts en vertu du régime d'assurance Santé sont ceux qui s'appliquent à des fournitures, soins ou services nécessaires au traitement de la personne assurée en raison d'une maladie, d'un accident, d'une grossesse, d'une complication de grossesse, d'une intervention chirurgicale liée à la planification familiale ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, ou à des soins dentaires expressément couverts, et, lorsque spécifié, qui ont été prescrits par un médecin.

Les frais doivent ne pas excéder les frais usuels et raisonnables normalement payés pour les services dans la région où ils sont rendus. Ils doivent s'appliquer à des soins communément rendus pour une condition comparable.

Limitations – Services professionnels en santé

Pour être admissibles, les frais se rapportant aux soins et traitements de professions de la santé doivent être engagés pour des honoraires payables à une personne qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements assurés qu'elle a rendus (par un chirurgien dentiste légalement reconnu ou un denturologiste légalement autorisé dans le cas des soins dentaires), ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, d'une association professionnelle pertinente reconnue par SSQ. Les frais admissibles ne couvrent qu'un seul traitement par jour par profession de la santé pour une même personne assurée. Le professionnel de la santé et la personne assurée doivent ne pas résider ordinairement sous le même toit ni être proches parents.

1.1 Crédit d'impôt

La portion de certains frais médicaux et dentaires non remboursée par le régime d'assurance Santé, les primes d'assurance Santé, ainsi que certains autres frais médicaux peuvent donner droit à un crédit d'impôt provincial et fédéral.

Pour plus de renseignements, la personne assurée peut consulter la revue IN-130 sur les frais médicaux, disponible sur le site du ministère du Revenu du Québec au www.revenu.gouv.qc.ca, de même que la trousse d'impôt la plus récente sur le site de l'Agence du revenu du Canada au www.cra-arc.gc.ca.

1.2 Exclusions, limitations et restrictions

1.2.1 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble de l'assurance santé

L'assurance santé ne prévoit aucun remboursement dans les cas suivants :

- a. Pour les services ou articles qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.
- b. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente assurance.
- c. Pour les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé.
- d. Pour les produits ou services utilisés à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale, ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes, ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.
- e. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles esthétiques non expressément couverts par la présente garantie.
- f. Pour la contribution financière imposée aux personnes admissibles à la gratuité des frais de médicaments en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.
- g. Pour les frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement.
- h. Pour les services ou produits liés au traitement du tabagisme et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- i. Pour les vaccins ou soins, services ou produits de nature préventive et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- j. Pour les frais liés à l'insémination artificielle, au traitement de l'infertilité ou à la fécondation in vitro et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.

- k. Pour les frais d'achat de contraceptifs autres qu'oraux et qui ne sont pas expressément couverts par la présente garantie.
- l. Pour des prothèses implantées chirurgicalement, à l'exception de celles couvertes en vertu de la protection « Chirurgie d'affirmation de genre » et des lentilles intraoculaires.
- m. Pour les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou des services dans les forces armées, ou qui résultent directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile, peu importe que la guerre soit déclarée ou non.

Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes, sont déduites de toutes prestations payables en vertu de la présente garantie d'assurance santé.

1.2.2 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à la protection « médicaments ».

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble de la garantie d'assurance santé s'ajoute l'exclusion des produits suivants pour la protection « médicaments », et cela peu importe que les produits en question soient considérés comme des médicaments ou non :

- a. Les produits utilisés à des fins cosmétiques ou pour l'hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux.
- b. Les médicaments obtenus par l'entremise du programme fédéral de médicaments d'urgence.
- c. Les produits homéopathiques et les produits dits naturels.
- d. Les produits antitabac, à l'exception de ceux qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM).

- e. Les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et selon les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- f. Les écrans solaires ou lotions auto-bronzantes.
- g. Les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas leur entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés.
- h. Les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.
- i. Les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile et administrés uniquement par voie orale.

Les exclusions, limitations et restrictions ne doivent en aucun cas rendre la protection médicaments de la présente assurance santé plus restrictive que l'assurance du RGAM.

1.2.3 Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à la protection « Cannabis à des fins médicales »

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble de l'assurance santé s'ajoute les exclusions suivantes :

Ne sont pas considérés comme des frais admissibles :

- a. les frais liés à la production du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, le coût des graines et plants de cannabis à des fins médicales);
- b. les frais liés à l'administration du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, le coût de vaporisateurs, de pipes à eau et du papier à rouler);
- c. les frais administratifs liés à la prescription ou à l'obtention du cannabis à des fins médicales (y compris, mais sans s'y limiter, les frais d'ouverture de dossier, de poste, de consultation et de référencement).

2 - SOINS DENTAIRES

Les frais couverts en vertu de la garantie de soins dentaires sont ceux qui s'appliquent à des soins dentaires expressément couverts, qui sont rendus par un chirurgien dentiste légalement reconnu ou un denturologiste légalement autorisé.

Les frais dentaires admissibles sont limités aux tarifs suggérés dans le guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés.

SSQ offre le système de transmission électronique des demandes de prestations à paiement direct pour les soins dentaires. Les détails relatifs à son utilisation sont présentés à la section 8 « **Demandes de prestations** ».

2.1 Frais admissibles en vertu de la garantie de soins dentaires

2.1.1 Soins dentaires de base remboursables à 80 %

1) Diagnostic

a) Examen buccal clinique

- i) examen de rappel ou périodique : un examen par période de 9 mois
- ii) examen complet : un examen par période de 36 mois
- iii) examen parodontal complet : un examen par période de 36 mois
- iv) examen d'urgence : 2 examens par année civile
- v) examen d'un aspect particulier : 2 examens par année civile

(Un seul examen de rappel, périodique ou complet par période de 9 mois)

b) Radiographies

- i) Film intra-oral
 - pellicule périapicale
 - pellicule occlusale
 - pellicule interproximale
 - pellicule des tissus mous

- ii) Film extra-oral
 - pellicule extra-orale
 - pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois
 - pellicule céphalométrique
 - examen des sinus
 - sialographie
 - utilisation d'une substance radio-opaque pour démontrer les lésions
 - articulation temporo-mandibulaire
 - duplicata de radiographies ou dossiers : 2 fois par année civile
 - c) Tests, examens de laboratoire et modèles de diagnostic
 - i) test pulpaire : 3 fois par période de 12 mois
 - ii) test bactériologique
 - iii) test histologique : biopsie de tissu mou et de tissu dur
 - vi) test cytologique
 - v) modèles de diagnostic (exclus si associés à un traitement de restauration, prothèses ou autres)
- 2) Prévention et appareils de maintien
- a) Prévention
 - i) Polissage de la partie coronaire des dents : une fois par période de 9 mois
 - ii) Détartrage : une fois par période de 9 mois
 - iii) Application topique de fluorure : une fois par période de 9 mois (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)
 - iv) Analyse de la diète et recommandation : une fois à vie
 - v) Instruction initiale d'hygiène buccale : une fois à vie
 - vi) Reprise des conseils d'hygiène buccale : une fois à vie
 - vii) Programme de contrôle de la plaque dentaire : 5 fois à vie
 - viii) Finition des obturations
 - ix) Scellants de puits et fissures, seulement sur les surfaces occlusales des prémolaires et molaires permanentes des

enfants de moins de 14 ans : une fois par période de 36 mois pour une même dent

- x) Ablation de matériau obturateur sous-gingival nécessitant une anesthésie
- xi) Meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)
- xii) Amélopastie à des fins non esthétiques (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)

b) Appareils de maintien et correction des habitudes buccales *

- i) Appareil de maintien
 - un appareil fixe ou amovible par période de 24 mois
- ii) Correction des habitudes buccales
 - un appareil fixe ou amovible par période de 24 mois
 - une évaluation myofonctionnelle par période de 24 mois
 - motivation du patient : une fois à vie
 - myothérapie : 5 fois à vie

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

3) Restauration mineure *

- a) Pansement sédatif
- b) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
- c) Collage ou cimentation d'un fragment de dent brisé : 2 fois par année civile, par dent
- d) Restauration préventive en résine : une fois par période de 12 mois pour une même dent
- e) Restauration en amalgame ou en composite
- f) Tenons par restauration
- g) Facette fabriquée en laboratoire : une fois par période de 48 mois pour une même dent
- h) Supplément pour une restauration en amalgame/composite sous le crochet d'une prothèse existante

* Une même surface ou classe sur une même dent est prévue par l'assurance une fois par période de 12 mois, indépendamment du matériau utilisé et du dentiste traitant.

4) Parodontie

- a) Traitements d'infection ou d'inflammation aiguë
- b) Désensibilisation
- c) Chirurgie parodontale (sauf régénération du parodonte selon la méthode guidée)
- d) Curetage gingival et surfaçage radiculaire : une fois par dent, par année civile
- e) Jumelage (pour jumelage avec appui métallique, voir l'article 1) h) du paragraphe « Soins dentaires de restauration remboursables à 60 % »)
- f) Équilibrage de l'occlusion : un majeur et 3 mineurs par année civile
- g) Appareil parodontal pour le bruxisme : une fois par période de 48 mois
- h) Réparation d'appareil pour le bruxisme : une fois par année civile
- i) Regarnissage d'appareil pour le bruxisme
- j) Irrigation parodontale

5) Chirurgie buccale

- a) Ablation de dent ayant fait éruption, avec ou sans complication
- b) Supplément pour points de suture
- c) Ablation de dent incluse, racines et portions d'une dent
- d) Exposition chirurgicale d'une dent, déplacement chirurgical d'une dent, énucléation
- e) Alvéolectomie, alvéoloplastie, ostéoplastie, tubéroplastie, stomatoplastie, gingivoplastie
- f) Ablation de tissu hyperplasique, de surplus de muqueuse, de tumeur ou de kyste
- g) Extension des replis muqueux
- h) Incision et drainage
- i) Frénectomie

- j) Dislocation de la mandibule
 - k) Traitement des glandes salivaires
 - l) Chirurgie ou traitement des sinus
 - m) Contrôle d'hémorragie
 - n) Traitement post-chirurgical
- 6) Services généraux
- a) Traitement palliatif de douleurs dentaires
 - b) Responsabilité et durée requises en sus d'un acte courant
 - c) Anesthésie locale

2.1.2 Soins dentaires de restauration remboursables à 60 %

- 1) Restauration majeure et prothèse fixe
- a) Aurification : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - b) Incrustation et tenon de rétention : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - c) Couronne individuelle
 - d) Couronne en acier inoxydable préfabriquée, en polycarbonate ou autre matériel similaire : une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - e) Capuchon, métal précieux ou non : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - f) Pivot préfabriqué et corps coulé
 - g) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne
 - h) Jumelage avec appui métallique : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - i) Supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle
 - j) Enlèvement d'un pivot déjà cimenté
 - k) Réparation d'une couronne, facette

- l) Recimentation d'une incrustation, couronne, facette : 2 fois par année civile pour une même dent
- 2) Endodontie
- a) Urgence endodontique
 - i) Pulpotomie
 - ii) Pulpectomie
 - iii) Ouverture et drainage
 - b) Traumatisme endodontique, réimplantation, reposition, préparation de la dent en vue d'un traitement
 - c) Thérapie canalaire et chirurgie endodontique périapicale
- 3) Prothèse amovible
- a) Prothèse complète
 - b) Prothèse partielle
 - c) Ajustement d'une prothèse
 - d) Remontage et équilibrage : une fois par période de 48 mois, par maxillaire
 - e) Ajout de structure à une prothèse partielle
 - f) Obturateur palatin : une fois par période de 48 mois
 - g) Nettoyage et polissage d'une prothèse
 - h) Duplicata d'une prothèse
 - i) Rebasage et regarnissage
 - j) Garnissage temporaire thérapeutique
 - k) Réparation avec ou sans empreinte
 - l) Remplacement des dents d'une prothèse
 - m) Réfection de prothèse partielle
 - n) Analyse en vue de la fabrication d'une prothèse partielle : une fois par période de 48 mois

- 4) Pont fixe
 - a) Pontique
 - b) Pilier
 - c) Appui métallique servant d'attache pour pont papillon : Maryland, Rochette ou Monarch
 - d) Pilier, incrustation : métal, porcelaine, céramique ou résine
 - e) Barres de rétention pour fixer à des capuchons : une fois par période de 48 mois
 - f) Couronne télescopique
 - g) Attache de précision
 - h) Sectionnement d'un pilier ou pontique
 - i) Décimentation d'un pont devant être recimenté, immobilisation
 - j) Recimentation : 2 fois par année civile, par dent
 - k) Réparation
- 5) Implant

Les prothèses sur implants peuvent être reconnues comme admissibles, jusqu'à concurrence du coût et des limitations s'appliquant à un traitement alternatif équivalent prévu à la garantie, et payable seulement lors de la mise en bouche finale de la prothèse sur implant.

2.2 Évaluation préalable

Lorsque le coût d'un traitement excède 800 \$ ou, entre autres, lorsque les services prévus sont des soins de restauration majeure, un plan de traitement et des radiographies peuvent être soumis à SSQ avant le début des traitements. Cette démarche permet d'établir si les soins prévus sont admissibles et à quel montant de prestations la personne assurée pourrait s'attendre, le cas échéant.

2.3 Crédit d'impôt

La portion de certains frais de soins dentaires non remboursée par la garantie de soins dentaires ainsi que les primes de la garantie de soins dentaires peuvent donner droit à un crédit d'impôt provincial et fédéral. Pour plus de renseignements, la personne assurée peut consulter la revue IN-130 sur les frais de soins dentaires, disponible sur le site du ministère du Revenu du Québec au www.revenu.gouv.qc.ca, de même que la trousse d'impôt la plus récente sur le site de l'Agence du revenu du Canada au www.cra-arc.gc.ca.

2.4 Exclusions, limitations et restrictions

2.4.1 La garantie de soins dentaires ne prévoit aucun remboursement dans les cas suivants :

- a. Pour les services ou articles qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.
- b. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence de la présente garantie.
- c. Pour les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.), sauf en cas de subrogation.
- d. Pour les produits ou services utilisés à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale, ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes, ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.
- e. Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles esthétiques non expressément couverts par la présente garantie; à cet égard, la transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence ne sont pas couverts par la présente garantie.
- f. Pour les frais engagés pour des actes et traitements complémentaires liés aux implants (chirurgie, greffe, etc.).

- g. Un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale. Dans le cas d'un appareil intra-oral, une partie des frais est cependant admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme.
- h. Un rendez-vous non respecté, la rédaction de demandes de règlement, un plan de traitement, un rapport écrit, des frais de déplacement, des frais pour identification judiciaire, une convocation en cour à titre de témoin expert ou des consultations téléphoniques.
- i. Un appareil destiné à être utilisé dans l'exercice d'un sport (protecteur buccal).
- j. Un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil.
- k. Des chapes de transfert.
- l. Des couronnes, pontiques ou piliers de transition.
- m. L'ablation de couronne et de pont ne devant pas être recimenté.
- n. Des tests de susceptibilité à la carie ou des prélèvements et observations microscopiques de la plaque bactérienne.
- o. Des photographies diagnostiques.
- p. Des services ou produits qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement.
- q. Des frais effectivement payés en vertu d'un régime d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté en regard de ces lois, régimes ou programmes.

Les prestations payables en vertu de tout régime public ou privé, individuel ou collectif ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôt et les frais qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à de tels régimes, sont déduites de toutes prestations payables en vertu de la présente garantie de soins dentaires.

- 2.4.2** Si une personne assurée change de dentiste ou de denturologiste en cours de traitement, ou si elle doit être transférée à un autre dentiste ou denturologiste, ou s'il y a plus d'un dentiste ou denturologiste qui participe à un même traitement, le montant des prestations payables par SSQ à l'égard de ce traitement sera limité à celui qui aurait été payable si les services avaient été rendus par un seul dentiste ou denturologiste.
- 2.4.3** Dans les cas où un corps coulé, une couronne, une prothèse amovible ou un pont fixe font l'objet de prestations, aucun traitement de remplacement ne peut faire l'objet de frais admissibles si la mise en bouche a lieu dans les 48 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente (partielle ou complète) peut être remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.
- 2.4.4** Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement couvert par l'assurance, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée et à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.
- 2.4.5** Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

3 - PROGRAMME D'AIDE

Cette garantie est incluse automatiquement dans le contrat de toute RSGE.

En cas de problèmes personnels pouvant affecter le fonctionnement normal et l'équilibre psychologique de la personne adhérente ou de l'une de ses personnes à charge, le Programme d'aide lui donne accès à des services d'aide, de consultation, d'orientation et d'intervention.

3.1 Détail de la protection

Les services d'aide couverts par le Programme d'aide sont les suivants :

- Services d'aide à la personne assurée ayant des difficultés de relation de couple ou familiales.
- Services d'aide à la personne assurée ayant des difficultés liées au travail.
- Services d'aide à la personne assurée ayant des difficultés personnelles telles que perte d'intérêt, fatigue, stress, insomnie, problèmes de communications.
- Services d'aide à la personne assurée faisant usage de drogues ou usage abusif d'alcool ou de médicaments.
- Service d'aide d'ordre juridique ou financier.

La couverture du Programme d'aide se limite à un maximum de 9 heures de services au total par année d'assurance, pour l'ensemble des personnes assurées d'une même famille. Les services d'aide d'ordre juridique et financier sont sujets chacun à un maximum de 2 rencontres téléphoniques de 30 minutes par année, et le total utilisé pour ces services est déduit du maximum annuel de 9 heures pour l'ensemble des services d'aide.

3.2 Dispositions particulières applicables lors du décès de la personne adhérente

Lors du décès de la personne adhérente, les services prévus par le Programme d'aide sont maintenus en vigueur pour sa personne conjointe et ses enfants à charge assurés jusqu'à la fin du 3^e mois suivant la date du décès de ladite personne adhérente, sous réserve des maximums prévus par le programme en question.

3.3 Dispositions particulières applicables lors de la fin du contrat

Lors de la fin du présent contrat, les services prévus par le Programme d'aide sont maintenus en vigueur pour toute personne assurée pendant les 30 jours qui suivent la fin du contrat, sous réserve des maximums prévus par le programme en question et d'un maximum de 2 heures par personne assurée.

La personne adhérente qui désire se prévaloir de ce programme d'aide peut se référer à la section 8.4 - Demande de prestations - Programme d'aide de la présente brochure.

4 - ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

La personne adhérente doit obligatoirement choisir l'une des quatre options mises à sa disposition qui constitue sa protection d'assurance salaire de courte durée pour ses 52 premières semaines d'invalidité.

Le choix d'option que la personne adhérente effectue pour la garantie d'assurance salaire de courte durée s'applique automatiquement à la garantie d'assurance salaire de longue durée si celle-ci choisit d'y participer.

4.1 Montant de la prestation

La personne adhérente doit choisir l'une des quatre options ci-dessous.

Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Prestation par semaine	Prestation par semaine	Prestation par semaine	Prestation par semaine
300 \$ ⁽¹⁾	400 \$ ⁽¹⁾	500 \$ ⁽¹⁾	600 \$ ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Prestation non imposable

4.2 Délai de carence

Le délai de carence est de 7 jours consécutifs d'invalidité totale. Il débute le premier jour où la personne adhérente aurait dû se présenter au travail si elle n'avait pas été totalement invalide.

4.3 Paiement de la prestation

Le premier versement des prestations hebdomadaires est fait une semaine après l'expiration du délai de carence, et de semaine en semaine par la suite, pourvu que l'invalidité totale subsiste.

4.4 Durée de la prestation

La période de prestation d'assurance salaire de courte durée prend fin au plus tard 52 semaines après le début de l'invalidité totale et au plus tard aussi à la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

4.5 Retour au travail

Retour progressif de la personne adhérente dans son emploi

Le retour au travail de la personne adhérente sur une base progressive dans son propre emploi peut faire l'objet de prestations en vertu de la présente garantie d'assurance salaire seulement si l'ensemble des conditions suivantes existe, auquel cas les prestations sont réduites d'un pourcentage égal à la proportion que représente la période effective de travail par rapport à la période normale de travail :

- la période d'invalidité qui précède le retour progressif au travail est d'une durée minimale de 30 jours;
- il y a entente préalable entre la personne adhérente et SSQ avant le début du retour progressif au travail;
- la période de retour progressif au travail est établie en tenant compte de la gravité de la maladie ou de l'accident ayant causé l'invalidité et n'excède pas 3 mois.

Pour éviter la réduction de ses prestations, la personne adhérente doit démontrer ce qui suit à la satisfaction de SSQ :

- d'une part, que malgré sa période de retour progressif au travail, son état de santé ne lui permet pas d'exercer certaines des tâches essentielles de son emploi;
- d'autre part, qu'elle ne serait pas capable de retourner effectivement au travail sans l'aide d'une autre personne qui serait rémunérée pour la remplacer.

Retour de la personne adhérente sur le marché du travail dans un autre emploi

Lorsque la personne adhérente participe à un programme de réadaptation accepté par SSQ et visant à favoriser son retour sur le marché du travail dans un autre emploi que celui qu'elle occupait au début de son invalidité totale, la rémunération totale provenant de cet emploi est considérée comme une source de revenu dans le calcul de la coordination des prestations. Ainsi, le total des revenus et prestations payables à la personne adhérente pour une semaine donnée (comprenant à la fois les prestations payables en vertu de la présente garantie et la rémunération découlant du programme de réadaptation) ne peut en aucun temps excéder 100 % de son salaire brut de référence. Sinon, les prestations de la présente garantie seront réduites de cet excédent.

En aucun cas le programme de réadaptation ne peut se poursuivre plus de 6 mois.

4.6 Réduction

Les prestations payables en vertu de la présente garantie sont réduites des prestations payables en relation avec l'invalidité concernée en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, du Régime de rentes du Québec, du Régime de pensions du Canada et de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou en vertu de toute loi sociale.

4.7 Exclusions

La garantie d'assurance salaire de courte durée ne couvre aucune période d'invalidité :

- pendant laquelle la personne adhérente n'observe pas les recommandations établies par son médecin traitant, sauf le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- pendant laquelle la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sous réserve de l'encadré qui suit;
- la personne adhérente ne participe pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- la personne adhérente ne s'est pas soumise, lorsque SSQ en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser le retour à la santé de la personne adhérente.
- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou de service dans les forces armées.

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

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;

- b) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
- i) un acte criminel que la personne adhérente commet ou tente de commettre;
 - ii) la participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) au service actif dans des forces armées;
 - v) des blessures que la personne adhérente s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit.

4.8 Réadaptation

En cas d'invalidité totale, la personne adhérente doit accepter de participer à tout programme de réadaptation approuvé par SSQ et de mettre en application les mesures qui lui y sont recommandées. Ses prestations sont réduites de la partie de sa rémunération de réadaptation qui, combinée aux revenus provenant des sources énumérées sous réductions directe et indirecte, excède 100 % du salaire hebdomadaire net payable au début de son invalidité totale.

De plus, un retrait préventif relatif à la grossesse ou à l'allaitement approuvé par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) n'est pas reconnu comme une période d'invalidité totale aux fins de la présente garantie.

4.9 Preuves

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récurrence d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récurrence; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, la personne adhérente doit démontrer qu'il lui était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser sa demande ou interrompre le paiement de ses prestations.

À partir du moment où SSQ avise la personne adhérente d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, celle-ci dispose de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de son droit aux prestations ou pour faire réviser son dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, son droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à son invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

5 - ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

La garantie facultative d'assurance salaire de longue durée complète la protection de la garantie d'assurance salaire de courte durée et procure à la personne adhérente invalide une prestation jusqu'à son 65^e anniversaire de naissance si une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée.

Le choix d'option que la personne adhérente effectue pour la garantie d'assurance salaire de courte durée s'applique automatiquement à la garantie d'assurance salaire de longue durée si la celle-ci choisit d'y participer.

5.1 Montant de la prestation

La personne adhérente doit choisir l'une des quatre options ci-dessous.

Option 1	Option 2	Option 3	Option 4
Prestation mensuelle	Prestation mensuelle	Prestation mensuelle	Prestation mensuelle
1 300 \$ ⁽¹⁾	1 650 \$ ⁽¹⁾	2 000 \$ ⁽¹⁾	2 350 \$ ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Prestation non imposable

5.2 Délai de carence

Le délai de carence est de 52 semaines. Il débute le premier jour où la personne adhérente aurait dû se présenter au travail si elle n'avait pas été totalement invalide.

5.3 Durée de la prestation

Après l'expiration du délai de carence, la prestation est versée mensuellement tant que subsiste l'invalidité totale jusqu'au dernier jour du mois où la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans.

5.4 Emploi de réadaptation

La personne adhérente totalement invalide peut s'engager, avec l'accord de SSQ, dans un emploi qui favorise sa réadaptation. La prestation payable est alors réduite de 50 % du revenu brut que la personne retire d'un tel emploi.

Le total de la prestation payée et de la rémunération reçue lors d'un travail de réadaptation ne peut excéder 100 % du salaire mensuel net de la personne adhérente au début de l'invalidité.

5.5 Réduction

La prestation payée est réduite des prestations d'invalidité payables en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile*, de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, par le Régime de rentes du Québec, par le Régime de pensions du Canada ou en vertu de toute loi sociale, à l'exception des prestations payables en vertu de la *Loi sur l'assurance emploi* et de la *Loi sur l'assurance parentale*.

Les prestations mensuelles payables par SSQ sont aussi réduites de 65 % de la rente de retraite que la personne reçoit en vertu d'un régime de retraite privé.

Cependant, lorsqu'une personne adhérente non retraitée atteinte d'invalidité totale cesse de participer à son régime de retraite privé tout en n'ayant droit qu'à une rente différée et décide de transférer la valeur présente de ladite rente dans un compte de retraite immobilisé (CRI), SSQ réduit la rente mensuelle payable par le présent régime de tout montant reçu d'un fonds de revenu viager (FRV) ou d'une rente viagère obtenue par la conversion des sommes accumulées dans le CRI. Les sommes alors considérées dans le CRI sont uniquement celles qui sont transférées du régime de retraite privé en vigueur au début de l'invalidité.

5.6 Exclusions

La présente garantie ne couvre aucune période d'invalidité :

- pendant laquelle la personne adhérente n'observe pas les recommandations établies par son médecin traitant, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- pendant laquelle la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sous réserve de l'emploi de réadaptation;
- la personne adhérente ne participe pas à un programme de réadaptation recommandé par SSQ;
- la personne adhérente ne s'est pas soumise, lorsque SSQ en a fait la demande, à tout examen par un professionnel de la santé ou à tout traitement ou programme susceptible de favoriser le retour à la santé de la personne adhérente.
- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou de service dans les forces armées.

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

Cette garantie ne couvre pas :

- a) les invalidités qui sont attribuables à des traitements esthétiques ou cosmétiques, à moins que ceux-ci ne soient nécessaires en raison d'une maladie ou d'une blessure;
- b) les invalidités qui sont attribuables directement ou indirectement, entièrement ou partiellement, à l'une des causes suivantes :
 - i) un acte criminel que la personne adhérente commet ou tente de commettre;
 - ii) la participation active à une émeute ou à une insurrection;
 - iii) une guerre, déclarée ou non;
 - iv) au service actif dans des forces armées;
 - v) des blessures que la personne adhérente s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit.

5.7 Preuves

La demande de prestations et les preuves de l'invalidité totale doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours suivant la fin du délai de carence; les preuves de récidive d'invalidité totale et les demandes s'y rapportant doivent lui être présentées dans les 90 jours suivant la date de la récidive; toute information supplémentaire exigée relativement à une invalidité doit lui être fournie dans les 90 jours suivant la date à laquelle SSQ en a fait la demande. Si ces délais ne sont pas respectés, la personne adhérente doit démontrer qu'il lui était impossible de présenter les demandes et les documents nécessaires plus tôt qu'ils ne l'ont été, à défaut de quoi SSQ peut refuser sa demande ou interrompre le paiement de ses prestations.

À partir du moment où SSQ avise la personne adhérente d'un refus de paiement ou d'une cessation des prestations, celle-ci dispose de 90 jours pour fournir des preuves supplémentaires justifiant la continuation de son droit aux prestations ou pour faire réviser son dossier.

À défaut de produire les demandes de prestations ou de révision et les preuves à l'intérieur des délais prévus à la présente garantie, son droit aux prestations ne pourra s'appliquer à aucune période précédant la date à laquelle SSQ les aura reçues.

Pour qu'une demande puisse être acceptée, tous les documents requis doivent dans tous les cas être présentés à SSQ au plus tard 12 mois après la fin du délai de carence et au plus tard 12 mois après la fin de la garantie. De plus, en cas de refus de paiement ou de cessation de prestations, aucun nouveau paiement de prestations ne pourra s'appliquer à son invalidité si les documents requis n'ont pas tous été fournis à SSQ au plus tard 12 mois après la date de l'avis de refus ou de cessation.

6 - ASSURANCE VIE

6.1 Assurance vie de base et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA) de la personne adhérente

Cette protection est offerte à toute personne admissible à l'assurance à titre de responsable de services de garde en milieu familial. L'adhésion est automatique, mais la personne peut exercer son droit de renonciation.

6.1.1 Assurance vie de base de la personne adhérente

Au décès de la personne adhérente, le bénéficiaire qu'elle a désigné (ou, à défaut, la succession de la personne adhérente) reçoit un montant d'assurance vie correspondant à 25 000 \$ ou à 50 000 \$, selon le montant détenu par la personne adhérente.

6.1.2 Limitation

Si la personne adhérente se suicide dans les 12 mois suivant immédiatement l'entrée en vigueur du montant d'assurance vie qu'elle a demandé plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, ce montant d'assurance n'est pas payable. SSQ rembourse alors les primes perçues pour le montant concerné.

6.1.3 Assurance en cas de DMA de la personne adhérente

En cas de décès accidentel ou de perte accidentelle d'un membre, le bénéficiaire désigné ou la personne adhérente reçoit, pour les pertes décrites au tableau suivant, un pourcentage déterminé du montant d'assurance vie de base choisi par la personne adhérente.

Perte accidentelle	Pourcentage du montant d'assurance vie de base
Décès accidentel	100 %
Perte (incluant aussi la perte d'usage) :	
• des deux mains, des deux pieds ou de la vue des deux yeux	100 %
• d'une main et d'un pied	100 %
• d'une main ou d'un pied et de la vue d'un œil	100 %
• d'une main ou d'un pied	50 %
• de la vue d'un œil	50 %
• d'un doigt ou d'un orteil	10 %

6.1.4 Exclusions pour DMA

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

- a) Suicide, tentative de suicide ou blessure que la personne assurée s'inflige intentionnellement, sans égard à son état d'esprit.
- b) Participation active à une émeute, à une insurrection ou à des actes criminels ou à une guerre ou guerre civile, déclarée ou non.
- c) Voyage ou envolée dans n'importe quel sorte d'aéronef lorsque la personne adhérente est membre de l'équipage ou exerce une fonction quelconque relative au vol en question.
- d) Service actif dans les forces armées de n'importe quel pays.
- e) Lésions ne présentant aucune blessure ou contusion visible sur l'extérieur du corps (sauf la noyade et les lésions internes révélées par intervention chirurgicale ou autopsie).
- f) Empoisonnement ou intoxication.

6.2 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge

Cette protection est offerte à toute RSGE admissible à l'assurance à titre de personne conjointe ou d'enfant à charge d'une personne admissible responsable de services de garde en milieu familial. L'adhésion est automatique, mais la personne peut exercer son droit de renonciation.

- 5 000 \$ en cas de décès de la personne conjointe;
- 5 000 \$ en cas de décès d'un enfant à charge âgé de plus de 24 heures.

Advenant le décès d'un enfant à charge, si la personne adhérente n'a pas de personne conjointe au moment de l'événement après acceptation des pièces justificatives par SSQ, le montant versé est majoré à 10 000 \$.

6.3 Assurance vie additionnelle

6.3.1 Personne adhérente

La personne adhérente détenant l'assurance vie de base peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie égal à un multiple de 10 000 \$, mais qui ne peut excéder 200 000 \$.

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

6.3.2 Personne conjointe

Lorsque la personne adhérente détient un montant d'assurance vie de base pour elle-même, elle peut assurer sa personne conjointe pour un montant d'assurance vie additionnelle égal à un multiple de 10 000 \$, mais qui ne peut excéder 100 000 \$. Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ sont toujours requises.

6.3.3 Tarification

La tarification de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente tient compte de l'âge, du sexe et des habitudes tabagiques de la personne adhérente.

La tarification de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe tient aussi compte de l'âge de la personne adhérente, mais est basée sur le sexe et les habitudes tabagiques de la personne conjointe.

Pour se prévaloir de la tarification réduite offerte à la personne non fumeuse, la déclaration de personne non fumeuse apparaissant sur le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » ou sur le formulaire « Déclaration de non-fumeur » doit être signée par la personne concernée. Ces formulaires sont disponibles auprès de SSQ. En l'absence d'une telle déclaration, la tarification pour personne fumeuse s'applique.

6.3.4 Limitation

Si la personne adhérente ou sa personne conjointe se suicide dans les 12 mois suivant immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie de base de la personne adhérente, de la vie additionnelle de la personne adhérente et de la vie additionnelle de la personne conjointe, SSQ rembourse alors les primes perçues pour les montants concernés.

6.4 Assurance vie de la personne retraitée et de la personne conjointe de la personne retraitée

Des montants d'assurance vie sont offerts lors de la retraite de la personne adhérente âgée de 55 ans ou plus. Pour plus de renseignements à ce sujet, la personne adhérente peut consulter le dépliant intitulé « Régime facultatif d'assurance vie collective à l'intention de la personne retraitée et de sa personne conjointe », disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés (voir section 8 « Demandes de prestations » pour en savoir davantage sur ce service).

7- RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

7.1 Définitions

« **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.

« **Délai de carence** » : Période d'invalidité totale qui doit s'écouler avant que la personne adhérente puisse avoir droit à des prestations en vertu d'une garantie d'assurance salaire.

« **Événement** » :

- la perte involontaire du régime d'assurance maladie ayant permis l'exemption;
- le mariage, l'union civile ou la cohabitation depuis un an;
- la naissance, l'adoption ou l'exercice de l'autorité parentale d'un premier enfant;
- la perte involontaire de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge;
- la séparation;
- le divorce;
- la fin de l'admissibilité ou le décès de la personne conjointe ou d'un enfant à charge.

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

« **Invalidité totale** » : pendant les 24 premiers mois d'une même période d'invalidité totale, un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires liés à la planification familiale, ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état d'incapacité fasse l'objet d'un suivi médical et rende la personne adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui comporte une rémunération similaire.

Par la suite, on entend par « invalidité totale » un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état rende la personne adhérente totalement incapable d'exercer toute occupation rémunératrice pour laquelle son éducation, sa formation ou son expérience l'ont raisonnablement préparée, et cela, sans égard à la disponibilité d'emploi.

« **Médecin** » : toute personne légalement autorisée à pratiquer à titre de médecin à l'endroit où elle pratique.

« **Période d'invalidité totale** » : toute période continue d'invalidité totale ou de 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 la personne adhérente n'établisse, à la satisfaction de l'assureur, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente.

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

- de moins de 30 jours si la durée de l'invalidité totale est inférieure à 6 mois; et
- de moins de 180 jours si la durée de l'invalidité totale est de 6 mois ou plus.

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

« **Personne adhérente** » : la responsable de service de garde en milieu familial (RSGE) assujettie à une entente collective visée par le présent régime d'assurance collective et qui participe à l'assurance.

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

« **Personne à charge** » :

a) Personne conjointe

Se dit des personnes :

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

Cependant, la dissolution du mariage par divorce ou annulation ou l'annulation de l'union civile, fait perdre ce statut de personne conjointe de même que la séparation de fait depuis plus de trois mois dans le cas d'une union de fait. La personne assurée qui ne cohabite pas avec sa personne conjointe peut désigner une autre personne en lieu et place du conjoint légal si cette personne répond à la définition précédente.

b) Enfant à charge

Un enfant de la personne adhérente ou de la personne conjointe ou des deux, non marié ni uni civilement et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend de la personne adhérente pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

- être âgé de moins de 18 ans;
- être âgé de 25 ans ou moins et fréquenter à temps complet à titre d'étudiant dûment inscrit une maison d'enseignement reconnue;
- quel que soit l'âge de l'enfant, avoir été frappé d'invalidité totale lorsqu'il satisfaisait à l'une ou l'autre des conditions précédentes et être demeuré continuellement invalide depuis lors;
- quel que soit l'âge de l'enfant, être majeur, sans conjoint, atteint d'une déficience fonctionnelle définie dans le règlement sur le RGAM, déficience qui doit être survenue avant que l'enfant n'ait atteint l'âge de 18 ans, ne recevoir aucune prestation en vertu d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur le soutien du revenu et favorisant l'emploi et la solidarité sociale*, être domicilié chez la personne adhérente et être une personne sur qui la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur.

Est également considéré comme enfant à charge un enfant célibataire à l'égard duquel la personne adhérente ou la personne conjointe exerce l'autorité parentale ou l'exercerait si l'enfant était mineur.

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire maintient son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités décrites à l'article 5.13 « **Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge** » de la présente brochure.

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

« **SSQ** » : SSQ, Société d'assurance-vie inc.

« **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.

7.2 Admissibilité à l'assurance

7.2.1 Admissibilité d'une RSGE

Pour être admissible à l'assurance à titre de personne adhérente, la personne doit être reconnue par le ministère de la Famille comme responsable de la garde de 3 enfants ou plus en milieu familial et la reconnaissance doit être permanente. Elle devient admissible 3 mois après l'ouverture de son service de garde, pourvu qu'elle ait maintenu la responsabilité de 3 enfants ou plus en moyenne au cours de ces 3 mois.

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée par SSQ, à l'exception de celles prévues lors d'un changement de participation à la garantie d'assurance vie à la suite d'une renonciation.

Une personne à charge devient admissible à la date d'admissibilité de la RSGE ou lorsqu'elle devient une personne à charge, si elle le devient ultérieurement.

7.2.2 Fin d'admissibilité en raison du nombre d'enfants

Si, au cours de l'année, la personne cesse d'être reconnue par le ministère de la Famille comme responsable de la garde de 3 enfants ou plus en milieu familial, elle peut demander la cessation de son assurance. Celle-ci prend fin à la date à laquelle le ministère a cessé de la reconnaître, à condition que les justifications appropriées parviennent à SSQ au plus tard 30 jours après cette date. Avant de mettre fin à l'assurance, SSQ peut exiger que la personne adhérente prouve qu'elle n'est plus reconnue par le ministère de la Famille comme responsable de la garde de 3 enfants ou plus en milieu familial.

Par la suite, si la personne adhérente redevient reconnue par le ministère comme responsable de la garde de 3 enfants ou plus en milieu familial, elle doit aviser SSQ et lui transmettre son bordereau de rétribution officiel, étant entendu que cette admissibilité n'est plus assujettie au délai d'admission de 3 mois. Elle est alors assujettie aux règles suivantes, selon le moment où elle redevient responsable de 3 enfants ou plus :

- si cela se produit dans les 30 jours suivant la cessation de son assurance, elle reprend l'ensemble des protections qu'elle détenait avant la cessation;
- si cela se produit plus de 30 jours après la cessation de son assurance, elle doit refaire son choix de protections comme s'il s'agissait d'une nouvelle adhésion. Si la personne détenait la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge, elle peut adhérer à nouveau à ces garanties sans preuves d'assurabilité. Par contre, si elle avait renoncé à ces garanties, elle doit fournir des preuves de son assurabilité.

Sous réserve de ce qui est prévu ci-dessus, des preuves d'assurabilité sont exigées pour les garanties à participation facultative, sauf si la durée totale de l'interruption de participation est due au fait que la personne a involontairement cessé d'être admissible à l'assurance.

7.3 Participation à l'assurance

7.3.1 Assurance santé

Participation obligatoire

La participation est **obligatoire** pour toute RSGE admissible et ses personnes à charge, sous réserve du droit d'exemption (voir l'article 7.6 « **Droit d'exemption à l'assurance santé** ») ou de la détention d'un carnet de demandes de prestations en vigueur délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Niveau et statut de protection

La personne adhérente doit choisir un niveau de protection (santé 1, santé 2 ou santé 3) pour elle et ses personnes à charge, ainsi qu'un statut de protection (individuel, monoparental ou familial).

La participation aux niveaux de protection santé 2 et santé 3 est facultative. Cependant, toute personne qui participe à l'un de ces niveaux doit maintenir sa participation pendant au moins 36 mois avant de pouvoir modifier son choix à la baisse, sauf dans les cas prévus à l'article 7.10 « **Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)** ».

Personne adhérente âgée de 65 ans ou plus

La **personne adhérente âgée de 65 ans ou plus** peut choisir, pour elle-même et ses personnes à charge, de s'assurer en vertu du RGAM, sans égard à la règle minimale de 36 mois de participation des niveaux de protection santé 2 et santé 3, ou de son régime d'assurance collective. Les personnes à charge de moins de 65 ans doivent être couvertes par le même régime que celui de la personne adhérente.

Lorsqu'une personne adhérente de 65 ans ou plus s'inscrit au RGAM, elle peut se prévaloir du droit d'exemption pour l'assurance santé. Dans un tel cas, SSQ doit être avisée de cette décision. La décision de la personne adhérente ou de sa personne conjointe de s'assurer en vertu du RGAM est irrévocable.

Toutefois, si la personne conjointe a accès à un régime privé qui offre une protection équivalente à l'assurance médicaments du RGAM, celle-ci ainsi que les enfants à charge doivent s'assurer auprès de ce régime. Le cas échéant, la personne adhérente a le choix de participer au RGAM ou au régime privé de sa personne conjointe.

IMPORTANT

En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments du Québec*, toute personne doit être protégée par son régime d'assurance collective et doit **acquitter**, selon sa situation, la prime correspondant au statut de protection individuel, monoparental ou familial. Advenant la terminaison de son assurance collective en raison du non-paiement de la prime, cette personne ne peut s'inscrire au RGAM de la RAMQ, mais doit verser la prime annuelle à cet organisme lors de sa déclaration de revenus. De plus, les frais engagés au cours de la période pour laquelle la prime n'a pas été payée ne seront remboursés ni par le RGAM, ni par SSQ.

7.3.2 Soins dentaires

Participation facultative avec adhésion automatique

La participation est facultative pour toute RSGE admissible et ses personnes à charge, pourvu que la RSGE soit couverte par l'assurance santé ou qu'elle en soit exemptée. La participation à la garantie de soins dentaires est octroyée de façon automatique, avec le statut de protection individuel.

La personne adhérente peut renoncer à cette garantie (voir l'article 7.7 « **Droit de retrait de la garantie de soins dentaires** »).

Statut de protection

La personne adhérente doit choisir un statut de protection (individuel, monoparental ou familial) (voir l'article 7.5 « **Statut et niveau de protection** »).

Participation minimale de 36 mois

Toute personne qui choisit de participer à la garantie de soins dentaires doit maintenir sa participation au moins **36 mois** à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente garantie, même lorsque survient un événement prévu au régime. Toutefois, la personne adhérente peut effectuer un changement de statut de protection (voir l'article 7.10 « **Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)** »).

Une personne adhérente peut terminer sa participation à la présente garantie pendant cette période minimale de 36 mois, si elle démontre à la satisfaction de SSQ qu'elle est nouvellement devenue admissible à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de soins dentaires.

Par la suite, si elle choisit de participer de nouveau à la garantie de soins dentaires, une nouvelle période minimale de participation de 36 mois débute à compter de la nouvelle date d'entrée en vigueur de la garantie de soins dentaires.

7.3.3 Calcul de la durée de la participation minimale de 36 mois - assurance santé et soins dentaires

La durée des périodes suivantes est comptabilisée dans le calcul de la période minimale de participation de 36 mois :

- une période d'arrêt temporaire de travail pendant laquelle la personne adhérente maintient uniquement le niveau de protection santé 1;
- une période durant laquelle la personne adhérente a bénéficié d'une exonération des primes;
- pour l'assurance santé seulement : une période durant laquelle la personne adhérente bénéficie d'une exemption.

7.3.4 Assurance salaire de courte durée

La participation à ce régime est **obligatoire** pour toute RSGE admissible.

La RSGE doit choisir l'une des quatre options mises à sa disposition :

Option 1 : Prestations hebdomadaires de 300 \$

Option 2 : Prestations hebdomadaires de 400 \$

Option 3 : Prestations hebdomadaires de 500 \$

Option 4 : Prestations hebdomadaires de 600 \$

Le choix d'option que la personne adhérente effectue pour la garantie d'assurance salaire de courte durée s'applique automatiquement à la garantie d'assurance salaire de longue durée si celle-ci choisit d'y participer.

La personne adhérente peut renoncer à la participation obligatoire de l'assurance salaire de courte durée (voir l'article 7.7 « **Droit de renonciation à l'assurance salaire de courte durée** »).

7.3.5 Assurance salaire de longue durée

La participation à cette garantie est **facultative** pour toute RSGE admissible.

Le choix d'option que la personne adhérente effectue pour la garantie d'assurance salaire de courte durée s'applique automatiquement à la garantie d'assurance salaire de longue durée si la celle-ci choisit d'y participer.

L'assurance salaire de longue durée n'est pas disponible ou cesse de l'être pour la personne adhérente de 64 ans et plus.

7.3.6 Assurance vie

Participation facultative avec adhésion automatique

La participation à cette assurance est **facultative** pour toute RSGE admissible et ses personnes à charge.

La participation à l'option 1 (25 000 \$) des garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance en cas de décès ou mutilation accidentels de la personne adhérente et à la garantie d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est octroyée de façon **automatique**.

La personne adhérente peut renoncer à la participation automatique de ces garanties (voir l'article 7.9 « **Droit de renonciation à l'assurance vie** »).

La participation à la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente et à la garantie d'assurance en cas de décès ou mutilation accidentels de la personne adhérente est indissociable.

La participation à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente est conditionnelle à la participation à l'option 2 (50 000 \$) de la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente. La participation à la garantie d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe est conditionnelle à la participation à l'option 1 (25 000 \$) ou à l'option 2 (50 000 \$) de la garantie d'assurance vie de base de la personne adhérente.

7.4 Demande d'adhésion et entrée en vigueur

7.4.1 Délai d'adhésion

La RSGE admissible doit remplir le formulaire d'adhésion que lui transmet SSQ. Elle doit le transmettre à SSQ dans les 30 jours suivant la date d'envoi de ce formulaire.

Note : En vertu de la *Loi sur l'assurance médicaments*, il incombe à la RSGE de protéger sa personne conjointe et ses enfants à charge, le cas échéant, à moins que ces derniers ne soient couverts par un autre régime d'assurance collective.

7.4.2 Entrée en vigueur de l'assurance santé

La garantie d'assurance santé entre en vigueur à la date d'admissibilité de la RSGE (voir *l'article 7.2.1 « Admissibilité d'une RSGE »*).

Si la RSGE est invalide au moment où son assurance entre en vigueur, son choix de protection en assurance santé entre en vigueur à la date d'admissibilité prévue dans la mesure où ce choix est reçu par SSQ avant le début de son invalidité.

7.4.3 Entrée en vigueur des soins dentaires

La RSGE doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 30 ou 180 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir *l'article 7.1 « Définitions »*).

L'assurance de la nouvelle RSGE entre en vigueur à sa date d'admissibilité.

7.4.4 Entrée en vigueur de l'assurance salaire de courte durée et de l'assurance salaire de longue durée

La RSGE doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 30 ou 180 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir *l'article 7.1 « Définitions »*).

L'assurance de la nouvelle RSGE entre en vigueur à sa date d'admissibilité.

7.4.5 Entrée en vigueur de l'assurance vie

La RSGE doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 30 ou 180 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir *l'article 7.1 « Définitions »*). L'entrée en vigueur de l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge n'est toutefois pas assujettie à la présence au travail de la RSGE.

a) Assurance vie de base de la personne adhérente et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels de la personne adhérente

L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité, à moins d'une renonciation.

À la suite d'une renonciation, des preuves d'assurabilité sont requises et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation de ces preuves par SSQ.

b) Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe

Toute demande de participation à la garantie d'assurance vie additionnelle nécessite la présentation de preuves d'assurabilité.

L'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

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

L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité, à moins d'une renonciation.

La personne adhérente qui désire ajouter cette garantie à la suite d'une renonciation, doit en faire la demande à SSQ dans les 30 jours suivant la date d'un des événements ci-dessous, l'assurance entre en vigueur à la date de l'événement :

- le mariage ou l'union civile;
- la cohabitation depuis un an;
- la naissance ou l'adoption d'un premier enfant;
- la perte involontaire de l'assurance de la personne conjointe ou des enfants à charge.

Lorsque la demande est reçue par SSQ au-delà du délai de 30 jours de la date d'admissibilité ou de la date de l'événement décrit ci-dessus, des preuves d'assurabilité sont requises et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date d'acceptation de ces preuves par SSQ.

Toute RSGE qui a déjà participé à l'une ou l'autre des garanties de ce régime et qui a cessé d'y participer doit présenter des preuves d'assurabilité et être acceptée par SSQ pour y participer à nouveau.

7.5 Statut et niveau de protection

Pour chacune des garanties d'assurance santé et de soins dentaires, la personne adhérente doit choisir un statut de protection.

Les statuts offerts sont les suivants :

Statut de protection	Personnes protégées
Individuel	Personne adhérente
Monoparental	Personne adhérente et enfant(s) à charge
Familial	Personne adhérente, personne conjointe et enfant(s) à charge, s'il y a lieu

Le statut et le niveau de protection de la personne adhérente et de ses personnes à charge peuvent être revus à la hausse ou à la baisse de la façon prévue à l'article 7.10 « **Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)** »..

7.6 Droit d'exemption à l'assurance santé

7.6.1 Demande d'exemption

Une RSGE peut s'exempter de participer à l'assurance santé lorsqu'elle démontre qu'elle est assurée en vertu d'un régime d'assurance collective comportant une garantie d'assurance médicaments ou qu'elle détient le carnet de réclamations en vigueur délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

Note : La RSGE doit fournir à SSQ une copie du certificat d'assurance ou du carnet de réclamations.

Toute personne de 65 ans ou plus qui est assurée en vertu du RGAM de la RAMQ peut aussi s'exempter de participer à l'assurance santé.

Le droit d'exemption permet également aux personnes adhérentes de cesser de participer aux niveaux de protection santé 2 et santé 3, même si la période minimale de participation de 36 mois n'est pas terminée.

7.6.2 Début d'exemption

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

7.6.3 Fin d'exemption

La personne adhérente qui désire mettre fin à son exemption doit établir, à la satisfaction de SSQ, qu'elle était antérieurement assurée par la présente assurance santé ou par tout autre régime d'assurance médicaments et qu'elle et ses personnes à charge, s'il y a lieu, ne sont plus couvertes par le régime ayant permis l'exemption.

Cette demande de terminaison du droit d'exemption doit être accompagnée de pièces justificatives.

a) **Dispositions s'appliquant aux demandes parvenant à SSQ dans les 30 jours suivant la fin de la participation à l'assurance collective ayant permis l'exemption**

L'assurance entre en vigueur à la date de fin de l'assurance ayant permis l'exemption. La personne adhérente peut profiter de cette situation pour choisir un nouveau scénario de protection et ce, sans égard à la période de participation minimale de 36 mois.

b) **Dispositions s'appliquant aux demandes parvenant à SSQ plus de 30 jours après la fin d'exemption de la participation à l'assurance collective ayant permis l'exemption**

L'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date à laquelle SSQ reçoit la demande.

Toute personne adhérente qui participait au niveau santé 2 ou santé 3 avant le début de l'exemption ne peut diminuer son niveau de protection ni celui de ses personnes à charge si la durée minimale de participation de 36 mois n'est pas complétée. La période d'exemption est comptabilisée dans la période minimale de 36 mois.

Si la personne adhérente choisit d'augmenter le niveau de protection détenu avant l'exemption et qu'elle bénéficie de l'exonération des primes au moment où elle fait sa demande d'adhésion, celle-ci entrera en vigueur le premier jour de la période de primes suivant la date à laquelle elle aura repris le travail pendant 30 ou 180 jours, selon la durée de son invalidité, tel que prévu à la définition de période d'invalidité totale (voir l'article 7.1 « Définitions »).

7.7 Droit de renonciation à la garantie de soins dentaires

La RSGE admissible peut renoncer à sa participation à la garantie de soins dentaires.

Pour bénéficier de ce droit de retrait, une demande écrite en ce sens doit être reçue par SSQ dans les 30 jours suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie de soins dentaires. L'assurance cesse rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de l'assurance.

Toutefois, si la demande est reçue plus de 30 jours suivant l'entrée en vigueur de cette garantie, la demande de renonciation est refusée et la personne adhérente doit conserver cette garantie pendant la période minimale de participation de 36 mois.

7.8 Droit de renonciation à l'assurance salaire de courte durée

Un droit de renonciation est permis lorsque la personne adhérente est âgée de 64 ans.

La personne adhérente doit compléter le formulaire « Droit de renonciation à la garantie obligatoire d'assurance salaire de courte durée » et le remettre à SSQ.

La renonciation s'applique au premier jour de la période de primes qui coïncide avec la date de réception du formulaire par SSQ.

Si la personne adhérente se prévaut du droit de renonciation, elle ne pourra plus réintégrer la garantie d'assurance salaire de courte durée par la suite, et ce, avec ou sans preuves d'assurabilité.

7.9 Droit de renonciation à l'assurance vie

La RSGE admissible peut renoncer à la participation des garanties d'assurance vie de base de la personne adhérente, d'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentel de la personne adhérente, et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.

Pour bénéficier de ce droit de renonciation, l'adhérent doit en faire à la demande à SSQ.

Si la demande est reçue par SSQ **dans les 30 jours** suivant la date d'entrée en vigueur de ces garanties, la renonciation s'applique rétroactivement à la date d'entrée en vigueur de celles-ci.

Si la demande est reçue **plus de 30 jours** suivant l'entrée en vigueur de ces garanties, la renonciation s'applique au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande par SSQ.

7.10 Modifications du statut et du niveau de protection (assurance santé et soins dentaires)

Événements recevables	Entrée en vigueur de la modification	
	Si la demande est reçue par SSQ <u>dans les 30 jours de la date de l'événement</u>	Si la demande est reçue par SSQ <u>au-delà du délai de 30 jours de la date de l'événement</u>
Modification du statut de protection (individuel, monoparental ou familial)⁽¹⁾ : <ul style="list-style-type: none"> • Assurance santé • Soins dentaires 		
Événements prévus à l'article 7.1 « Définitions » La personne adhérente peut alors choisir un nouveau statut de protection parmi ceux présentés à l'article 7.5 « Statut et niveau de protection »	À la date de l'événement.	Au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite par SSQ.
<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du niveau de protection (pour santé 2 ou santé 3)⁽¹⁾ de l'assurance santé; ou • Ajout des soins dentaires 		
Événements prévus à l'article 7.1 « Définitions »	À la date de l'événement.	Au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite de SSQ. L'augmentation du niveau de protection en assurance santé est acceptée, et ce, même si le délai de participation minimale de 36 mois n'est pas complété. Un nouveau délai de participation minimale de 36 mois débute à la date d'acceptation du changement.

Événements recevables	Entrée en vigueur de la modification	
	Si la demande est reçue par SSQ <u>dans les 30 jours de la date de l'événement</u>	Si la demande est reçue par SSQ <u>au-delà du délai de 30 jours de la date de l'événement</u>
Diminution du niveau de protection (pour santé 1 ou santé 2) ⁽¹⁾ :		
<ul style="list-style-type: none"> Assurance santé 		
Événements prévus à l'article 7.1 « Définitions »	À la date de l'événement, sans égard à la période de participation minimale de 36 mois	<p>Demande refusée, à moins d'avoir complété le délai de participation minimale de participation de 36 mois.</p> <p>Le cas échéant, la demande est acceptée au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite de SSQ.</p>
	Un nouveau délai de participation minimale de 36 mois débute à la date d'acceptation du changement, si la personne adhérente opte pour le niveau santé 2.	

⁽¹⁾ La personne adhérente doit demander le changement à l'aide du formulaire « Demande de modification » et remettre celui-ci dûment rempli à SSQ.

7.11 Continuation de l'assurance et exonération des primes durant une période d'invalidité totale

Aucune prime n'est payable à compter du premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit les 7 premiers jours de l'invalidité totale.

Malgré cette exonération de la prime, l'assurance est maintenue tant que subsiste la même période d'invalidité totale, sans dépasser les dates suivantes, le cas échéant :

Garantie	Date de fin de l'exonération
Assurance santé	3 ans après le début de l'invalidité, sans dépasser le jour du 71 ^e anniversaire de naissance ni la fin du régime d'assurance collective, dans la mesure où la personne adhérente maintient sa reconnaissance.
Soins dentaires	
Assurance en cas de DMA	
Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge	
Si l'une ou l'autre des garanties mentionnées ci-dessus se termine pour l'ensemble des personnes salariées admissibles, elle se termine également pour la personne totalement invalide.	
Assurance salaire de courte durée	à l'âge de 65 ans
Assurance salaire de longue durée	à l'âge de 65 ans
Assurance vie de la personne adhérente	<ul style="list-style-type: none"> • à 65 ans, peu importe que le régime d'assurance collective demeure en vigueur ou non, si la personne adhérente est devenue invalide avant l'âge de 62 ans; • 3 ans après le début de l'invalidité, sans dépasser le jour du 71^e anniversaire de naissance, si la personne adhérente est devenue invalide à l'âge de 62 ans ou après.
Assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe	à l'âge de 65 ans

Les dispositions relatives à l'exonération des primes ne s'appliquent pas à la personne adhérente enceinte bénéficiant d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement approuvé par la CNESS.

7.12 Absences temporaires du travail

7.12.1 Retrait préventif et congé de maternité

La participation à toutes les garanties est maintenue et le montant d'assurance et la prime sont déterminés conformément à la situation qui prévalait avant le début du congé.

7.12.2 Congé sans rémunération et congé parental

La personne adhérente doit informer SSQ dans les meilleurs délais de la survenance d'un tel congé.

La participation au régime d'assurance collective est suspendue pour la durée de l'absence autorisée, sauf pour le niveau de protection santé 1 de l'assurance santé. Toutefois, la participation aux autres garanties (l'assurance santé, les soins dentaires, selon les mêmes options de statut et de niveau de protection choisis, l'assurance salaire de courte durée, l'assurance salaire de longue durée et l'assurance vie indissociablement) peut être maintenue si la personne adhérente signifie par écrit à SSQ avant le début du congé sans rémunération son choix de participation.

Lorsque l'information est reçue par SSQ avant le début du congé

La personne adhérente peut choisir parmi les possibilités de maintien de participation suivantes :

- participer uniquement au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé;
- maintenir sa participation aux garanties auxquelles elle participait avant le début de l'absence.

Lorsque l'information est reçue par SSQ après le début du congé

Si la personne adhérente ne soumet pas de demande écrite à SSQ avant le début de l'absence, seule la participation au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé est maintenue.

L'absence temporaire de travail est alors considérée comme ayant débuté au premier jour de la période de primes qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de l'avis par SSQ.

Dans le cas où la personne adhérente n'a maintenu sa participation qu'au niveau de protection santé 1 ou qu'au niveau de protection santé 2 ou 3 détenu avant le début de l'absence, le niveau de protection et le statut de protection qui s'appliquaient avant la période d'absence reprend automatiquement dès son retour effectif au travail.

7.12.3 Suspension de permis par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)

Lorsqu'une personne adhérente fait l'objet d'une plainte auprès de la DPJ à propos d'un cas particulier survenu dans son service de garde, celle-ci doit fermer son service de garde et aviser SSQ de la situation afin de maintenir ses protections selon ce qui suit :

Au cours des quatre (4) premières semaines de suspension :

La participation à toutes les garanties doit être maintenue en totalité puisque la personne adhérente reçoit tout de même une subvention pour cette période. Celle-ci doit faire parvenir à SSQ une copie de sa lettre de suspension du permis.

Au-delà de quatre (4) semaine de suspension :

Jusqu'à ce que la décision finale de la DPJ soit connue, la personne adhérente a seulement la possibilité de maintenir l'option santé 1 .

Décision est favorable à la personne adhérente :

La personne adhérente doit aviser SSQ lors de la réouverture de son service de garde. Toutes les garanties détenues avant la suspension sont alors remises en vigueur rétroactivement au premier jour suivant la période de quatre semaines suivant le début de la suspension, permettant ainsi à SSQ de reconnaître comme couverte par l'assurance toute invalidité totale ayant débuté après cette période de quatre semaines suivant le début de la suspension et de considérer le délai de carence à compter du début de l'invalidité totale en question. Les primes doivent alors être payées rétroactivement sans dépasser la date du début de l'exonération des primes le cas échéant.

7.12.4 Période de contestation du retrait de la reconnaissance du ministère de la Famille

Pendant une période au cours de laquelle la personne adhérente conteste par recours officiel le fait que le ministère lui a retiré sa reconnaissance, elle peut choisir parmi les possibilités de maintien de participation suivantes :

- participer uniquement au niveau de protection santé 1 de l'assurance santé;
- maintenir sa participation aux garanties auxquelles elle participait avant le début de la contestation.

Pour ce faire, elle doit payer à SSQ la prime requise jusqu'à ce que la décision finale soit rendue.

Lorsque la décision est favorable à la personne adhérente, la participation à toutes les garanties détenues avant le début de la période de contestation reprend à la date de décision.

Lorsque la décision est défavorable à la personne adhérente, le maintien de participation prend fin à la date de décision.

7.12.5 Invalidité non-reconnue par SSQ

Advenant que la personne adhérente conteste la non-reconnaissance de son invalidité, un arrêt de travail équivalent au congé sans rémunération sera appliqué à son dossier.

Si l'invalidité est reconnue, l'arrêt de travail est annulé et toutes les garanties détenues avant la période de contestation sont alors remises en vigueur rétroactivement à la date de début de l'arrêt de travail pour contestation. Les dispositions relatives à l'invalidité et à l'exonération des primes s'appliquent également rétroactivement.

Si la non-reconnaissance de l'invalidité est maintenue, l'arrêt de travail pour contestation prend fin et toutes les garanties détenues avant la contestation sont alors remises en vigueur. Les primes doivent alors être payées rétroactivement sans dépasser la date de début de l'exonération des primes le cas échéant.

7.12.6 Retour au travail suite à une invalidité avec moins de 3 enfants inscrits

Au moment de son retour au travail à la suite d'une invalidité, si la personne adhérente n'a pas 3 enfants ou plus inscrits à son service de garde, celle-ci ne répond plus aux critères d'admissibilité prévus au présent contrat.

La personne adhérente a alors la possibilité de maintenir ses protections pendant une période de 90 jours à la suite de son retour au travail.

La personne adhérente peut choisir parmi les possibilités de maintien de participation suivantes :

- maintenir sa participation de manière indissociable à l'ensemble des garanties d'assurance qu'elle détenait, y compris quant au niveau de protection;
- diminuer de niveau de protection en faveur de l'option santé 1 et ne pas maintenir sa participation aux autres garanties.

Il est toutefois de la responsabilité de la personne adhérente de tenir informée SSQ qu'elle a à nouveau à sa charge 3 enfants ou plus sans quoi son certificat sera terminé à la fin de la période de 90 jours, et ce, sans aucun préavis.

7.13 Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

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

- une demande écrite doit être soumise à SSQ avant le début du congé;
- la demande doit préciser la date du début du congé sabbatique et sa durée.

Le congé sabbatique n'est accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge.

Le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la RAMQ, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire.

7.14 Terminaison de l'assurance

Il est de la responsabilité de la personne adhérente d'informer SSQ de sa fin d'admissibilité au régime d'assurance collective en raison de la fermeture de son service de garde et ce, dans les 30 jours de la survenance de cet évènement. La personne adhérente doit fournir à SSQ la lettre de révocation de son permis que lui a transmise son bureau coordonnateur.

Toute demande reçue par SSQ au-delà de ce délai entraînera la terminaison du régime d'assurance collective et ce, à la fin de la période de primes de la demande de terminaison, ce qui implique que la personne adhérente ne sera pas admissible à un remboursement rétroactif de ses primes.

7.14.1 Personne adhérente

a) Toutes les garanties d'assurance

L'assurance se termine, sous réserve des dispositions de l'exonération des primes, à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison du contrat;
- la date à laquelle la personne adhérente cesse de remplir les conditions d'admissibilité;

- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée;
- la date à laquelle elle prend sa retraite.

b) Assurance Santé

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Toutes les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance santé se termine à la première des dates suivantes :

- la date du début de la période de primes qui suit l'acceptation d'une demande d'exemption à l'assurance santé;
- la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance et assume le paiement de sa prime.

c) Soins dentaires

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Toutes les garanties d'assurance » ci-dessus, les soins dentaires se terminent à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de la période de primes au cours de laquelle une demande est reçue par SSQ indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à la garantie de soins dentaires, pourvu que la période de participation minimale de 36 mois soit alors complétée;
- la date à laquelle SSQ reçoit une demande de terminaison de l'assurance, si la personne adhérente a démontré à la satisfaction de SSQ qu'elle est nouvellement devenue admissible à un autre régime d'assurance collective comportant une garantie de soins dentaires et ce, même si la période de participation minimale de 36 mois n'est pas complétée;
- la date à laquelle prend fin l'exonération des primes, à moins que la personne adhérente demeure admissible à l'assurance et assume le paiement de sa prime.

d) Assurance salaire de courte durée

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Tous les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance salaire de courte durée se termine à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans;

- la date de réception par SSQ d'une demande écrite accompagnée des documents attestant le droit de renonciation de la personne adhérente (se référer à l'article 7.8 « **Droit de renonciation à l'assurance salaire de courte durée** » pour les conditions liées au droit de renonciation).

e) Assurance salaire de longue durée

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Tous les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance salaire de longue durée se termine à la première des dates suivantes :

- la date de fin de la période de primes où une demande est reçue par SSQ indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance salaire de longue durée;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 64 ans.

f) Assurance vie

En plus des dates énumérées au paragraphe a) « Toutes les garanties d'assurance » ci-dessus, l'assurance vie se termine à la première des dates suivantes :

- la date de la fin de la période de primes où une demande est reçue par SSQ indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance vie de base ou additionnelle;
- la date de fin de la période de primes au cours de laquelle elle renonce à l'assurance vie de base de la personne adhérente;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de **65 ans**, pour les garanties d'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et d'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

La terminaison de l'assurance vie de base de la personne adhérente entraîne la terminaison de l'assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

7.14.2 Personnes à charge :

a) L'assurance santé et les soins dentaires

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

- la date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente;
- la date à laquelle les personnes à charge cessent d'être admissibles;
- la date à laquelle la personne adhérente opte pour un statut de protection individuel ou monoparental.

b) L'assurance vie

L'assurance, sous réserve des dispositions de l'exonération des primes, se termine à la première des dates suivantes :

- la date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente;
- la date de fin de la période de prime où une demande est reçue par SSQ indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge ou à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- la date de la cessation de participation de la personne adhérente à l'assurance vie de base, pour l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, pour l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

7.15 Droit de transformation en assurance vie

Si une personne cesse d'appartenir au groupe des personnes admissibles à l'assurance vie collective du régime décrit dans le présent document, par exemple en cas de démission ou de fin d'assurance résultant de la fin d'une exonération des primes, elle peut en obtenir la transformation en assurance vie individuelle sans avoir à prouver son assurabilité, sur demande écrite transmise à SSQ dans les 31 jours suivant la date de la fin de son appartenance au groupe et en payant la totalité de la première prime. Il lui sera alors possible d'obtenir une assurance vie temporaire d'une durée d'un an transformable en un produit d'assurance vie entière ou mixte normalement offert par SSQ ou en une forme d'assurance exigée par la loi.

Pour une personne de **moins de 65 ans**, le montant d'assurance vie individuelle ne peut être supérieur au moindre des montants suivants :

- 400 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie collective en vigueur immédiatement avant la transformation et le montant d'assurance vie auquel la personne est admissible en vertu du régime à l'intention de la personne retraitée (voir l'article 7.16).

Pour une personne de **65 ans et plus**, le montant d'assurance vie individuelle ne peut être supérieur au moindre des montants suivants :

- 25 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie collective en vigueur immédiatement avant la transformation et le montant d'assurance vie auquel la personne est admissible en vertu du régime à l'intention de la personne retraitée (voir *l'article 7.16*) ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective auquel la personne est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

Ce droit de transformation ne s'applique pas à l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels (DMA). L'assurance individuelle ne comportera pas d'assurance en cas d'accident ni de disposition prévoyant l'exonération des primes.

7.16 Personne retraitée – Régime d'assurance vie pour la personne retraitée et la personne conjointe de la personne retraitée

Si la personne adhérente prend sa retraite, ou si elle est invalide et que la continuation de son assurance vie prend fin en raison de sa retraite, elle peut tout de même conserver un montant d'assurance vie pour elle et sa personne conjointe. Elle doit alors aviser SSQ en lui retournant le formulaire d'adhésion à l'assurance vie disponible dans le dépliant explicatif du régime d'assurance vie à l'intention des personnes retraitées. Ce dépliant est disponible auprès de SSQ, ainsi que sur le site sécurisé dédié aux assurés au ssq.ca. Ce formulaire doit être envoyé à SSQ **dans les 60 jours** suivant la date de la retraite ou de la fin de l'assurance vie de la personne en invalidité. Il est donc souhaitable que la personne adhérente se procure ce dépliant avant ces dates afin d'éviter tout préjudice.

8 - DEMANDES DE PRESTATIONS

La présente section décrit la marche à suivre ainsi que les délais à respecter pour obtenir un remboursement. La personne adhérente devrait prendre connaissance des règles particulières qui s'appliquent à chaque garantie.

8.1 Assurance Santé

Pour l'ensemble des frais couverts par l'assurance santé, **la demande de prestations doit parvenir à SSQ au plus tard 12 mois après la date où les frais ont été engagés.** Au-delà de ce délai, ils ne seront pas remboursés.

8.1.1 Frais de médicaments

La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance SSQ au pharmacien. Ce dernier valide immédiatement l'admissibilité du médicament acheté.

a) Médicaments admissibles

La personne assurée n'a qu'à payer à son pharmacien la partie du coût de son médicament qui n'est pas remboursable par son régime d'assurance. SSQ remboursera directement au pharmacien la portion assurée. La personne assurée n'a aucune autre démarche à effectuer. Le pharmacien a l'obligation de facturer le prix usuel et coutumier, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

b) Médicament non admissible

Si le médicament acheté n'est pas admissible à un remboursement, le pharmacien remet à la personne assurée un reçu sur lequel apparaissent différents messages, dont, à titre d'exemple :

Indication	Signification
« médicament non couvert »	Demande de remboursement refusée étant donné que le médicament est non couvert par la protection de médicaments.
« durée de traitement maximum 90 jours »	La quantité de médicaments achetés ne peut excéder une période de traitement de 90 jours. Toutefois, si pour des raisons particulières votre prescription excède une période de traitement de 90 jours, nous vous invitons à soumettre votre demande de remboursement, accompagnée d'une note explicative, directement à SSQ .

suite...

Indication	Signification
« soumettre à l'Assureur »	Le médicament utilisé ne peut être traité par la carte SSQ mais peut être admissible à un remboursement. Exemple : Si la prescription doit être préparée par le pharmacien (prescription magistrale).
« médicament d'exception »	Si le médicament doit être autorisé par SSQ.

c) Première utilisation

Lors de la première utilisation de la carte d'assurance SSQ pour une personne assurée de la famille de la personne adhérente, le pharmacien doit compléter son dossier en y inscrivant le prénom et la date de naissance de la personne assurée. Une preuve d'âge peut être exigée par le pharmacien.

d) Enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement aux études à temps plein

Pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement et aux études à temps plein, l'admissibilité des frais de médicaments est assujettie à la présentation d'une déclaration de fréquentation scolaire. Cette déclaration doit être faite à SSQ une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que la demande de prestations soit considérée directement en pharmacie.

La déclaration de fréquentation scolaire peut être faite en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés, par téléphone auprès du Service à la clientèle de SSQ ou par écrit aux coordonnées indiquées à l'article 8.8 « **Pour joindre SSQ** ». SSQ se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire.

Dans le cas où aucune déclaration ne parvient à SSQ avant le 30 septembre, l'enfant à charge de 18 ans ou plus n'est plus couvert par l'assurance. Un message à cet effet paraît sur le reçu remis à la personne assurée lors de l'achat de médicaments.

Si la personne assurée ne peut utiliser sa carte d'assurance SSQ (exemples : oubli, perte, pharmacien non participant au service de transmission électronique des prestations), elle doit acheminer sa demande de prestations à SSQ par la poste en utilisant le formulaire approprié, disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés en version personnalisée ou à l'adresse **ssq.ca**. L'original des reçus de pharmacie doit être joint à la demande. Ceux-ci n'étant pas retournés, il est préférable d'en conserver une copie.

Les reçus doivent mentionner le numéro de certificat, le nom de la personne assurée, le numéro et la date de la prescription médicale, le nom du médecin, ainsi que le nom et la quantité du médicament. Les frais doivent être dûment acquittés.

L'adresse de correspondance de SSQ est indiquée à l'article 8.8 « **Pour joindre SSQ** ».

8.1.2 Frais hospitaliers ou médicaux à la suite d'un accident du travail ou d'automobile

Tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant d'un accident du travail ou d'automobile sont remboursables par la CNESST ou la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Le remboursement de ces frais doit être réclamé à la CNESST ou à la SAAQ et non à SSQ.

8.1.3 Autres frais de l'assurance santé

Plusieurs frais de l'assurance Santé peuvent être réclamés en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés. La personne adhérente peut également faire sa demande de prestations à l'aide de son téléphone intelligent en utilisant l'application SSQ Services Mobiles.

Il est également possible d'effectuer la demande par la poste en utilisant le formulaire approprié, disponible sur le site sécurisé dédié aux assurés en version personnalisée ou à l'adresse **ssq.ca**. Les factures doivent être dûment acquittées et l'original doit être joint à la demande.

Celles-ci n'étant pas retournées, il est préférable d'en conserver une copie.

Il est important de fournir le numéro de certificat sur chacune de vos demandes. Les reçus doivent indiquer clairement le nom du patient, les dates de visites ou de traitements et, dans le cas des professionnels de la santé, leur nom, leur adresse et leur numéro de pratique.

L'adresse de correspondance de SSQ est indiquée à l'article 8.8 « **Pour joindre SSQ** ».

8.2 Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage

Pour tous les détails concernant les demandes de prestations d'assurance voyage ou d'assurance annulation de voyage, la personne assurée peut consulter le document intitulé « Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage », disponible en version électronique sur le site sécurisé dédié aux assurés.

8.3 Soins dentaires

Pour l'ensemble des frais couverts par les soins dentaires, **la demande de prestations doit parvenir à SSQ au plus tard 12 mois après la date à laquelle les frais ont été engagés.** Au-delà de ce délai, ils ne seront pas remboursés.

La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance SSQ au dentiste et payer la portion non remboursée des frais assurés par SSQ. Si le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique de demandes de prestations, la personne assurée doit lui faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour frais dentaires », ou soumettre le formulaire utilisé par son dentiste, pourvu qu'il soit dûment rempli et signé. Elle a ensuite le choix de faire sa demande en ligne sur le site sécurisé dédié aux assurés ou par la poste à l'adresse indiquée à l'article 8.8 « **Pour joindre SSQ** ».

8.4 Programme d'aide

Offert en collaboration avec notre partenaire, le programme d'aide vous met en contact avec des intervenants qualifiés et prêts à vous aider.

Tous les intervenants du programme d'aide sont membres d'un ordre professionnel reconnu (infirmières, ergonomes, psychologues, travailleurs sociaux, conseillers en orientation, etc.), ce qui vous assure d'obtenir un service de qualité et confidentiel.

Pour parler à un professionnel, vous pouvez joindre le programme d'aide en appelant au 1 877 480-2240 et en ayant en main votre numéro de contrat.

8.5 Assurance vie de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge

Le formulaire de demande de prestations d'assurance vie s'obtient directement de SSQ. Cette demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours de la date du décès. Pour plus d'information, la personne assurée peut consulter *l'article 8.8 « Pour joindre SSQ »*.

8.6 Assurance salaire de courte durée

La demande de prestations d'assurance salaire de courte durée et les pièces justificatives qui s'y rapportent doivent être soumises à SSQ au plus tard 90 jours après le début de l'invalidité totale.

Pour ce faire, la personne assurée doit remplir et soumettre à SSQ le formulaire de demande de prestations d'invalidité, disponible auprès de SSQ.

8.7 Assurance salaire de longue durée

La demande de prestations d'assurance salaire de longue durée doit être présentée à SSQ 90 jours avant la date prévue de début des prestations.

Pour ce faire, la personne adhérente doit remplir et soumettre à SSQ le formulaire de demande de prestations d'invalidité, disponible auprès de SSQ.

La personne adhérente doit présenter une demande de prestations même si elle reçoit des prestations d'invalidité en vertu d'un autre régime (ex : CNESST, Retraite Québec).

8.8 Responsabilité civile et subrogation

La personne adhérente doit 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 la personne adhérent a 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, elle doit rembourser le montant qui lui 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.

8.9 Pour joindre SSQ

Par la poste

Le numéro de certificat doit être indiqué sur toute demande de prestation et toute correspondance adressée à SSQ.

L'adresse postale de SSQ est la suivante :

SSQ, Société d'assurance-vie inc.
2525, boulevard Laurier
C.P. 10500, Succursale Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6

Par téléphone

La personne assurée qui veut rejoindre SSQ par téléphone doit communiquer avec le Service à la clientèle, entre 8 h 00 et 20 h 00, du lundi au vendredi, au numéro suivant : **1 877 651-8080**.

Par télécopieur

La personne assurée qui veut joindre SSQ par télécopieur doit composer le numéro suivant : **418 652-2739**.

Par courriel

La personne assurée qui veut joindre SSQ par courriel peut le faire à l'adresse suivante : **clientele@ssq.ca**

Changement d'adresse

N'oubliez pas d'aviser SSQ de votre changement d'adresse! Faites-le en ligne sur le **site sécurisé dédié aux assurés** ou en contactant le Service à la clientèle de SSQ.

9 - SERVICE INTERNET SSQ

9.1 Espace client

Cet outil électronique permet d'accéder en tout temps au dossier d'assurance. De façon rapide, confidentielle et sécurisée, voici quelques-unes des opérations pouvant être effectuées sur l'Espace client :

- adhérer au dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie;
- consulter en ligne le relevé électronique de prestations;
- imprimer un formulaire personnalisé de demande de prestations;
- commander un relevé de prestations pour fins d'impôt;
- imprimer une carte SSQ temporaire, si elle est perdue ou oubliée;
- effectuer un changement d'adresse;
- visualiser les garanties figurant au régime d'assurance collective;
- réclamer en ligne et recevoir l'argent en 48 h avec le dépôt direct (pour la majorité des soins);
- modifier les bénéficiaires en ligne;
- vérifier les frais médicaux couverts, y compris les médicaments;
- estimer les frais remboursés;
- obtenir une preuve d'assurance voyage.

Pour s'inscrire et ainsi profiter des nombreux avantages, rendez-vous sur le site Espace client au espace-client.ssq.ca. Des instructions en ligne seront disponibles dans le processus d'inscription. Veuillez noter que les documents versés au dossier sont conservés pendant une période de 12 mois.

En cas d'assistance, n'hésitez pas à contacter notre Service à la clientèle, du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30, à l'un des numéros indiqués à l'endos de cette brochure.

9.2 SSQ Services mobiles

Téléchargez gratuitement l'application SSQ Services mobiles pour téléphone intelligent* au www.ssq.ca/mobile.

Cette application permet de faire les mêmes opérations que celles effectuées sur l'Espace client.

* Présentement disponible sur les plateformes Apple et Android.

Obtenez un remboursement en 48 heures avec nos services électroniques!



Profitez du service de
réclamation en ligne sur
le site **sécurisé dédié aux assurés.**

espace-client.ssq.ca

Siège social

2525, boulevard Laurier
Case postale 10500, Succ. Ste-Foy
Québec (Québec) G1V 4H6
1 877 651-8080