



t t

rs s t r

Personnel d'encadrement des secteurs  
public et parapublic du Québec

t t t

Le Comité paritaire intersectoriel des assurances (CPI), en collaboration avec SSQ, Société d'assurance-vie inc., a le plaisir de vous présenter cette brochure qui décrit l'essentiel des garanties dont vous bénéficiez les régimes d'assurance collective du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec.

Veillez noter que, dans cette brochure, SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.  
This booklet is available in English.

# TABLE DES MATIÈRES

## SOMMAIRE DES GARANTIES

<b>LES RÉGIMES ASSURÉS PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :.....</b>	<b>1</b>
i- Le régime uniforme d'assurance vie.....	1
ii- Le régime de rentes de survivants.....	1
iii- Le régime d'assurance salaire de courte durée .....	3
<b>LES RÉGIMES ASSURÉS PAR SSQ.....</b>	<b>5</b>
<b>1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS.....</b>	<b>5</b>
1.1 Admissibilité .....	5
1.2 Participation à l'assurance.....	5
1.3 Exemption et terminaison du droit d'exemption.....	7
1.4 Adhérent.....	8
1.5 Assurés .....	8
1.6 Bénéficiaire .....	9
1.7 Statut de protection individuel, monoparental ou familial.....	10
1.8 Changement de statut de protection .....	10
1.9 Statut de fumeur/non-fumeur .....	11
1.10 Traitement.....	11
1.11 Poursuite de l'assurance sans paiement de primes et exonération ...	12
1.12 Absence temporaire du travail.....	12
1.13 Congé sabbatique à traitement différé .....	16
1.14 Mesures de maintien d'engagement, d'emploi ou de contrat, de réduction des surplus ou de mise en disponibilité, de préretraite (totale ou graduelle) ou de retraite progressive.....	16
1.15 Fin de l'assurance .....	17
1.16 Prolongation et droit de transformation.....	17
1.17 Droit au paiement anticipé - régimes d'assurance vie (obligatoire de base et facultatif additionnel).....	19
1.18 Dispositions en vigueur lors d'une invalidité.....	20
1.19 Monnaie.....	20
<b>2. LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENTS MALADIE</b>	<b>21</b>
2.1 Frais hospitaliers (remboursés à 100 %).....	21
2.2 Frais de médicaments et paramédicaux (remboursés à 75 % ou 100 % s'il y a lieu) .....	22
2.3 Exclusions.....	32
2.4 Coordination .....	33

<b>3. DESCRIPT ION DES GARAN IES D'ASS RANCE O AGE E</b>	
<b>D'ANN LA ION O AGE .....</b>	<b>34</b>
3.1 Dé nitions.....	34
3.2 Assurance voyage (remboursés à 100 %).....	35
3.3 Assistance voyage.....	38
3.4 Assurance annulation voyage (remboursés à 100 %).....	39
3.5 Exclusions, limitations et coordination .....	43
<b>4. LE REGIME OBLIGA OIRE DE BASE D'ASS RANCE IE.....</b>	<b>48</b>
4.1 Assurance vie de l'adhérent.....	48
4.2 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge .....	48
4.3 Assurance en cas de mutilation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge .....	48
4.4 Exclusion en cas de mutilation accidentelle .....	48
<b>5. LE REGIME FAÇ L A IF D'ASS RANCE IE ADDI IONNELLE .....</b>	<b>49</b>
5.1 Assurance vie additionnelle de l'adhérent .....	49
5.2 Assurance vie additionnelle du conjoint.....	49
5.3 Exclusion .....	49
<b>6. LE REGIME OBLIGA OIRE DE BASE D'ASS RANCE SALAIRE DE</b>	
<b>LONG E D REE .....</b>	<b>50</b>
6.1 Montant de la rente .....	50
6.2 Délai de carence.....	50
6.3 Durée des prestations.....	50
6.4 Coordination de la rente.....	50
6.5 Cotisation au régime de retraite .....	51
6.6 Dé nition d'invalidité totale .....	51
6.7 Période d'invalidité totale (après 104 semaines).....	51
6.8 Indexation .....	51
6.9 Programme de réadaptation.....	52
6.10 Cessation des prestations.....	52
6.11 Droit d'appel.....	52
6.12 Exclusions.....	53
<b>7. LE REGIME COMPLEMEN AIRE OBLIGA OIRE D'ASS RANCE SALAIRE</b>	
<b>DE LONG E D REE (RCO) .....</b>	<b>55</b>
7.1 Admissibilité aux prestations .....	55
7.2 Prestations.....	55
7.3 Versement des prestations.....	56
7.4 Cessation des prestations.....	56
7.5 Cotisation au régime de retraite .....	57
7.6 Prime du régime de rentes de survivants .....	57



## SOMMAIRE DES GARANTIES

Cotûs usuels et raisonnables : pour être admissibles, les frais engagés pour des services ou fournitures doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
<b>RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE</b>			
Assurance voyage avec assistance	Remboursement maximum 5 000 000 \$ / voyage / assuré		



Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
Bandages herniaires, pansements, corsets, béquilles, attelles, plâtres, orthèses plantaires (laboratoire spécialisé) et autres appareils orthopédiques	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Glucomètre	Frais admissibles de 300 \$ / 36 mois / assuré	OUI	
Appareils thérapeutiques	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Pompe à insuline	Achat et réparation de pompe : Remboursement maximum de 7 500 \$ / 60 mois / assuré Articles nécessaires à l'utilisation de la pompe : Remboursement maximum de 4 000 \$ / année civile / assuré	OUI	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Neurostimulateur percutané ou transcutané (PENS/TENS)	Frais admissibles de 1 000 \$ / 60 mois / assuré	OUI	
Chaussures orthopédiques (laboratoire spécialisé)	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Appareils d'assistance respiratoire et oxygène	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Appareils auditifs	Frais admissibles de 1 000 \$ / 48 mois / assuré	NON	



Garantie	Balises de remboursement	Prescription médicale	Pourcentage de remboursement
In rmier	Coûts usuels et raisonnables	OUI	
Chirurgie esthétique	À la suite d'un accident	OUI	
Bas de contention	De 21 mm de Hg ou plus, trois (3) paires / année civile / assuré	OUI	
Injections sclérosantes	Substance : Frais admissibles de 20 \$ / traitement / jour / assuré Honoraires professionnels : Frais admissibles de 25 \$ / traitement / jour / assuré	NON	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Chirurgie dentaire en cas d'accident	Soins reçus dans les 12 mois suivant l'accident		

<b>RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT MALADIE – Honoraires professionnels</b>			
<b>Regroupement</b>	<b>Frais admissibles par traitement</b>	<b>Remboursement maximum par année civile, par assuré et par regroupement</b>	<b>Pourcentage de remboursement</b>
Dietétiste	30 \$	500 \$	
Naturopathe	30 \$		
Homéopathe	30 \$	600 \$	
Phytothérapeute	30 \$		
Acupuncteur	30 \$		
Ostéopathe	30 \$		
Kinésithérapeute	30 \$	600 \$	
Orthothérapeute	30 \$		
Massothérapeute	30 \$		
Chiropraticien*	30 \$	500 \$	
Physiothérapeute, Thérapeute en réadaptation physique, Thérapeute du sport agréé	40 \$	Illimité	75 % sur les premiers 3 000 \$, 100 % sur l'excédent
Audiologiste	60 \$		
Audioprothésiste	40 \$	500 \$	
Ergothérapeute	40 \$	500 \$	
Orthophoniste	60 \$	600 \$	
Podiatre	40 \$	500 \$	
Psychiatre, Psychanalyste, Psychologue, Psychothérapeute Travailleur social Thérapeute conjugal et familial Conseiller en orientation			

**RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE VIE**

- Assurance vie de base de l'adhérent : 50 % du traitement
- Assurance vie du conjoint : 17 200 \$
- Assurance vie des enfants à charge : 5 000 \$ / enfant
- Assurance en cas de mutilation accidentelle de l'adhérent, du conjoint et des enfants à charge

**RÉGIME FACULTATIF D'ASSURANCE VIE ADDITIONNELLE DE L'ADHÉRENT ET DU CONJOINT**

- Assurance vie additionnelle de l'adhérent : 1, 2, 3, 4 ou 5 fois le traitement annuel
- Assurance vie additionnelle du conjoint : Par tranches de 10 000 \$, maximum 100 000 \$

**RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE**

65 % du traitement mensuel brut à compter de la 105<sup>e</sup> semaine d'invaliddité totale

**RÉGIME COMPLÉMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)**

Prestations complémentaires en lien avec le programme de réadaptation en complément du traitement provenant d'un emploi de réadaptation

## LES RÉGIMES D'ASSURANCES PAR LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC :

- LE RÉGIME UNIFORME D'ASSURANCE VIE
- LE RÉGIME DE RENTES DE SURVIVANTS
- LE RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE DE COURTE DURÉE

Ces régimes sont assumés par le gouvernement du Québec et sont accordés au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec. Vous n'avez aucune prime à payer.

**Nous désirons vous signaler que ce document a été rédigé pour fins d'information seulement et n'a aucune valeur légale. Seuls les textes adoptés par les autorités compétentes servent à déterminer notamment les modalités d'application et les garanties de ces régimes et à trancher, le cas échéant, tout litige relatif à ces régimes.**

Pour toute information additionnelle, vous devez communiquer avec votre employeur.

### A- Garantie

Le personnel d'encadrement profite d'une assurance vie de 6 400 \$ payable aux légataires désignés dans un testament ou, à défaut, aux héritiers qui répondent à la définition du Code civil. Ce montant est réduit à 3 200 \$ pour les adhérents à temps partiel.

### B- Demande de prestations au décès

Pour obtenir le paiement du montant de la protection assumée par le gouvernement du Québec, les héritiers doivent compléter le formulaire qu'ils peuvent obtenir de votre employeur ou de Retraite Québec. Le formulaire doit être envoyé à :

Retraite Québec  
Case Postale 5500, succursale Terminus  
Québec (Québec) G1K 0G9

Les rentes de survivants sont payables mensuellement à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois au cours duquel survient le décès d'un adhérent ayant un conjoint ou des enfants à charge.



- 2- période non travaillée lors d'un congé partiel sans traitement qui s'échelonne sur une période de plus de 30 jours; ou
- 3- période non travaillée dans le cadre d'une entente de réduction du temps de travail; ou
- 4- non-réengagement, résiliation d'engagement ou congédiement contesté par appel.

L'adhérent doit formuler sa demande d'exemption à son employeur dans les circonstances décrites aux articles 1, 2, 3 avant le début du congé ou à SSQ dans la circonstance décrite au article 4, lorsqu'il fait sa demande de maintien des régimes assurés pour la durée de cet appel.

L'adhérent doit utiliser, dans les circonstances décrites ci-haut, le formulaire intitulé «Demande d'exemption de paiement de cotisations» disponible auprès de son employeur.

Ce régime couvre les 104 premières semaines d'invalidité du personnel d'encadrement. Votre employeur est responsable du versement des prestations de ce régime.

#### **A- Invalidité**

Il faut entendre par invalidité totale un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident ou de complications graves d'une grossesse ou d'une intervention chirurgicale reliée directement à la planification des naissances qui exige des soins médicaux et qui rend l'employé totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi offert par l'employeur et comportant une rémunération similaire.

N'est pas reconnue comme une période d'invalidité totale, celle qui résulte de maladie ou de blessure, volontairement causée par l'employé lui-même, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de service dans les forces armées ou de participation active à une émeute, à une insurrection, à des infractions ou à des actes criminels.

Dans le cas d'alcoolisme et de toxicomanie, est reconnue comme période d'invalidité totale celle pendant laquelle l'employé reçoit des traitements ou des soins médicaux en vue de sa réhabilitation.

#### **B- Garanties du régime**

Pendant la première semaine d'invalidité totale, l'adhérent reçoit le traitement auquel il aurait eu droit s'il avait été au travail.

À compter de la deuxième semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de 26 semaines du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 80 % du traitement auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail.

À compter de la 27<sup>e</sup> semaine d'invalidité totale et jusqu'à concurrence de la 104<sup>e</sup> semaine du début de cette invalidité, la prestation d'assurance salaire est égale à 70 % du traitement auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail.

- Pour l'adhérent dont la réadaptation débute au cours des 104 premières semaines d'invalidité, les prestations sont égales à 90 % du traitement de l'employé pour la période de travail prévue dans le plan de réadaptation.

### **C- Intégration des protections**

Le montant des prestations du régime d'assurance salaire de courte durée est réduit des prestations d'invalidité payables en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, du Régime de rentes du Québec, de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ou de tout autre régime de retraite auquel l'employeur contribue.

# LES RÉGIMES ASSURÉS PAR SSQ

## 1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX : RÉGIMES ASSURÉS

---

C'est l'employeur qui détermine, selon les politiques de conditions de travail sectorielles, quels sont les employés admissibles à l'assurance.

Les employés dont la semaine de travail est égale ou inférieure à 25 % de la semaine de travail régulière d'un employé à temps complet, de même que ceux qui participent au Régime d'assurance collective des retraités du personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec ou reçoivent une rente de retraite administrée par Retraite Québec (à l'exception du Régime de retraite des élus municipaux (RREM), du Régime de retraite des maires et des conseillers des municipalités (RRMCM) et du Régime de retraite des membres de l'Assemblée nationale (RRMAN)) ne sont pas admissibles au présent régime d'assurance collective.

La participation au régime commence, pourvu que l'employé soit au travail :

- un (1) mois après sa date d'entrée en fonction pour un employé à temps complet;
- trois (3) mois après sa date d'entrée en fonction pour un employé à temps partiel.

Les délais mentionnés précédemment ne s'appliquent pas dans le cas de toute personne qui occupait déjà une fonction auprès d'un employeur des secteurs public et parapublic du Québec dans les 30 jours précédant son entrée en fonction.

Tout employé admissible participe obligatoirement aux régimes obligatoires de base d'assurance accident maladie, d'assurance vie et d'assurance salaire de longue durée.

En vertu de la Loi sur l'assurance médicaments, il incombe à l'adhérent de protéger son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle, s'il y a lieu, pour les médicaments. Comme cette garantie se retrouve dans le régime obligatoire de base d'assurance accident maladie, la protection en vertu de ce régime devra respecter l'exigence de la Loi en cette matière.

### Adhérent âgé de 65 ans ou plus

Lorsque l'adhérent atteint l'âge de 65 ans, il est inscrit automatiquement à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et doit choisir l'une des options suivantes :

- se désengager de la RAMQ et s'assurer entièrement (y compris les médicaments) dans le présent régime d'assurance accident maladie pour lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle en assumant la surprime requise;
- maintenir son inscription à la RAMQ pour les médicaments pour lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte



---



Un employé qui est admis à l'assurance et qui paie les cotisations requises.

Les personnes assurées sont l'adhérent lui-même, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle au sens de la Loi sur l'assurance médicaments du Québec.

### **1.5.1 Conjoint**

Une personne liée à l'adhérent par suite d'un mariage ou d'une union civile légalement contracté et reconnu comme valable par les lois du Québec ou par le fait de la présenter publiquement comme son conjoint et d'avoir résidé en permanence avec l'adhérent depuis plus d'un (1) an ou de résider en permanence avec l'adhérent si un enfant est issu de leur union.

ou non la garde légale. Si les deux parents sont admissibles à un régime d'assurance collective, ils devront prendre entente entre eux.

#### Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

Aux ins du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et du régime obligatoire de base d'assurance vie, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire peut maintenir son statut d'enfant à charge pourvu que l'adhérent remplisse les modalités suivantes :

- une demande écrite, préalable au congé, devra être soumise à SSQ et acceptée par cette dernière avant le début du congé;
- la demande devra indiquer la date du début du congé sabbatique et sa durée;
- le congé sabbatique ne sera accepté qu'une seule fois, à vie, pour chaque enfant à charge;
- le congé sabbatique ne peut excéder 12 mois, sous réserve de l'admissibilité à la RAMQ, et doit se terminer au début d'une année ou d'une session scolaire (septembre ou janvier);
- les frais admissibles ne peuvent excéder 1 000 000 \$ à l'égard d'un tel congé.

### 1.5.3







Dans un tel cas, il doit assumer la totalité des primes (part employé et part employeur) pour la portion du temps non travaillé.

#### **1.12.4 Congé de maternité (avec traitement)**

L'ensemble des protections est maintenu en vigueur sans paiement de primes de la part de l'adhérente pendant la période prévue du congé de maternité décrit dans les conditions de travail.

#### **1.12.5 Congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption (avec traitement)**

L'ensemble des protections de l'adhérent est maintenu en vigueur et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées à SSQ.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date de la fin du congé à l'occasion de la naissance, de paternité ou d'adoption.

#### **1.12.6 Congé parental (sans traitement)**

Lors d'un congé parental sans traitement, la participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'un congé parental sans traitement;

- a) d'une durée maximale de 2 ans qui suit immédiatement le congé de maternité, de paternité ou d'adoption; ou



2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée du congé.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé parental sans traitement à temps complet, l'employeur et l'adhérent versent leurs primes respectives.

Dans le cas prévu au paragraphe a), après la 52<sup>e</sup> semaine, l'adhérent verse les deux primes (part employé et part employeur).

**s'il s'agit d'un congé partiel sans traitement, l'adhérent doit exercer l'une des options suivantes :**

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps normalement travaillé avant le congé. Les primes sont alors établies sur le traitement que l'adhérent recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Pendant les 52 premières semaines d'un congé partiel sans traitement, l'employeur et l'adhérent versent leurs primes respectives.

Après la 52<sup>e</sup> semaine d'un congé partiel sans traitement, l'adhérent et l'employeur versent leur part respective des primes, pour les jours travaillés par l'adhérent, et l'adhérent verse les deux primes (part employé et part employeur), pour les jours non travaillés;

2. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe avant le début du congé, sur la base du temps travaillé pendant le congé partiel sans traitement. Les primes sont alors établies sur la base du traitement reçu pendant le congé partiel sans traitement. Pendant ce congé, l'employeur et l'adhérent versent leur part respective de ces dernières primes.

### **1.12.7 Certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail**

Dans le cas de certaines absences sans traitement prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, la participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'accident maladie est maintenue pendant toute la durée du congé.

La participation aux autres régimes se fait selon ce qui suit.

Dans le cas d'une absence sans traitement, jusqu'à concurrence de la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, l'adhérent doit exercer l'une des options ci-après.

1. maintenir en vigueur la participation à tous les régimes auxquels il participe. Le choix de suspendre ou de maintenir la participation à ces régimes doit être signifié au début de l'absence. SSQ peut refuser toute demande qu'elle reçoit plus de 30 jours après le début d'une telle période d'absence. Le choix de suspendre cette participation est irrévocable. Le choix de maintenir sa participation pourra être annulé par l'adhérent au cours de l'absence.

Dans le cas de toute période d'invalidité débutant pendant que l'adhérent est assuré au cours d'une période d'absence sans traitement, le délai de carence du régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée et du régime complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée est réputé commencer à s'appliquer à compter de la date de la fin de l'absence de l'employé.

2. maintenir en vigueur uniquement sa protection en vertu du régime obligatoire de base d'assurance accident maladie pour la durée de l'absence. Dans un tel cas, ses autres protections reprennent automatiquement dès le retour effectif au travail avec traitement. Cette disposition s'applique automatiquement à tout adhérent qui n'a pas demandé le maintien de ses protections selon les modalités décrites au point précédent sous réserve du droit d'exemption.

L'employeur et l'adhérent versent leurs primes respectives basées sur le traitement que l'adhérent recevrait s'il était au travail et les pleines dispositions de ces régimes s'appliquent.

Lorsque la durée de l'absence sans traitement atteint la durée maximale prévue à la Loi sur les normes du travail, l'adhérent verse les deux primes (part employé et part employeur).

#### **1.12.8 Non-réengagement, renvoi et congédiement contestés par appel**

L'adhérent doit maintenir sa participation au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie et la totalité des primes (part employé et part employeur) est à sa charge. Il peut, s'il le désire, maintenir sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie en payant lui-même la totalité des primes (part employé et part employeur). La demande de maintien de participation aux régimes obligatoire de base et facultatif d'assurance vie doit être envoyée à **SSQ dans les 90 jours** suivant l'événement. La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et complémentaire) est suspendue durant la période de contestation.

Relativement aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée, si l'appel est favorable à l'adhérent et s'il y a réintégration effective de l'adhérent, les primes de ces régimes sont payables par l'employeur, rétroactivement à la date du non-réengagement, du renvoi ou du congédiement contesté par appel et toute invalidité ayant débuté depuis cette date est alors reconnue.

#### **1.12.9 Demande de maintien de la participation**

L'adhérent qui désire maintenir sa participation doit en faire la demande à son employeur **avant la date du début de l'une des absences ou congés mentionnés**. Dans le cas d'un non-réengagement, renvoi ou congédiement contestés par appel, voir la clause 1.12.8.

**Lors d'un tel maintien, la participation à TOUS les régimes est obligatoire, y compris la rente de survivants pour laquelle l'adhérent doit également en assumer le coût.**

**Dans le cas des absences prévues aux sections V.0.1 et V.1 de la Loi sur les normes du travail, voir la clause 1.12.7.**

Cependant, l'adhérent qui n'a pas de conjoint ni d'enfant à charge et qui fournit la preuve qu'aucune prestation ne sera payable en vertu du régime de rentes de survivants peut être exempté de participer à ce régime pendant les absences temporaires du travail de la présente section selon les modalités déterminées dans les conditions de travail. L'adhérent doit utiliser le formulaire intitulé

« **Formulaire de participation à l'assurance** » disponible auprès de son employeur.

Dans le cas où un adhérent **termine** sa participation, cette décision est **irrévocable**.

La protection et la prime de l'ensemble des régimes d'assurance auxquels l'adhérent participe sont maintenues à la fois durant les périodes d'accumulation du congé et du congé proprement dit, et ce, sur la base du traitement qu'il aurait reçu n'eût été de sa participation au régime de congé à traitement différé.

Toute invalidité qui débute durant la période de congé est réputée avoir débuté à la date prévue de retour au travail.

Des règles particulières d'admissibilité et de participation à l'assurance sont applicables lors des situations mentionnées en titre et se terminent à la prise de la retraite ou à la rupture du lien d'emploi.

L'adhérent doit communiquer avec le service des ressources humaines de son employeur pour connaître tous les détails dans une telle situation.

La règle générale qui encadre l'admissibilité et la participation à l'assurance lors de ces événements est décrite ci-après.

La participation de l'adhérent au régime obligatoire de base d'assurance accident maladie est maintenue. L'adhérent paie alors lui-même sa portion des primes, et l'employeur continue d'assumer la sienne. L'adhérent maintient également sa participation aux régimes obligatoire de base et facultatif additionnel d'assurance vie ainsi qu'au régime de rentes de survivants et les primes afférentes (part employé et part employeur) continuent d'être versées sur la base du traitement reçu. Dans le cas de la retraite progressive, les primes et les protections de ces régimes sont établies sur la base du traitement reçu avant le début de l'entente.

La participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire de longue durée (base et RCO) cesse à la date du début de l'événement sauf lors d'une préretraite graduelle ou d'une retraite progressive de plus de 104 semaines. Dans ces situations, la participation aux régimes obligatoires d'assurance salaire (base et RCO) cesse à la 104<sup>e</sup> semaine qui précède la date de la

retraite définitive. Les primes et les protections sont établies sur la base du traitement reçu.

L'adhérent qui désire que le traitement utilisé soit celui qu'il recevait

### 1.16.1 Régime obligatoire de base d'assurance vie de l'adhérent

Au cours de cette période de 31 jours, il peut obtenir de SSQ, sans preuve d'assurabilité, un contrat individuel d'assurance vie, le montant de cette assurance n'excédant pas une (1) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un adhérent sans personne à charge, ou deux (2) fois son traitement annuel s'il s'agit d'un adhérent ayant un conjoint ou des enfants à charge. Pour ceux qui sont admissibles au régime des retraités ou à un autre régime d'assurance collective, ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans ce régime. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

### 1.16.2 Régime facultatif d'assurance vie additionnelle de l'adhérent

Si l'adhérent participe au régime facultatif d'assurance vie additionnelle, le montant d'assurance peut être transformé en une protection d'assurance vie individuelle pour un montant équivalent à celui qu'il détenait avant la terminaison de son assurance.

Pour ce faire, l'adhérent doit transmettre une demande écrite à SSQ au cours de la période de prolongation de 31 jours.

Le tableau suivant décrit les montants pouvant être obtenus en vertu du droit de transformation :

Droit de transformation (en unité de salaire)		
Montant d'assurance vie	Droit de transformation <sup>(1)</sup>	
	Sans conjoint ou enfants à charge	Avec conjoint ou enfants à charge
Base seulement (½ fois)	1 fois	2 fois
Base + vie add. (1 fois)	2 fois	3 fois
Base + vie add. (2 fois)	3 fois	4 fois
Base + vie add. (3 fois)	4 fois	5 fois
Base + vie add. (4 fois)	5 fois	5 fois
Base + vie add. (5 fois)	5 fois	5 fois

<sup>(1)</sup> Ce montant est réduit du montant maximum d'assurance vie disponible dans un autre régime collectif (y compris le régime des retraités dont le montant disponible est 1,5 fois le traitement) auquel l'adhérent est devenu admissible au moment d'exercer son droit de transformation. Seul l'excédent peut être transformé jusqu'au montant maximum de 500 000 \$.

### 1.16.3 Assurance vie du conjoint et des enfants à charge

Le montant d'assurance vie du conjoint et des enfants à charge prévu au régime obligatoire de base d'assurance vie et le montant d'assurance vie additionnelle du conjoint peuvent être transformés en une protection d'assurance vie individuelle, et ce, sans preuve d'assurabilité dans le cas où l'adhérent cesserait d'être admissible au régime.

Toutefois, le montant d'assurance vie pouvant être transformé est réduit du montant maximal d'assurance vie prévu pour cette personne à charge dans un autre régime d'assurance collective auquel l'adhérent serait devenu admissible au moment où la personne à charge concernée exerce le droit de transformation.

Ce droit préserve l'assurabilité du conjoint et des enfants à charge en autant que l'assuré présente sa demande de transformation à SSQ dans



## 2. LE REGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE

---

### 2.1.1 Frais hospitaliers au Québec

Ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de **100 % du coût d'une chambre semi-privée, et ce jusqu'au tarif le plus élevé**, sous réserve de la Loi sur l'assurance hospitalisation du Québec, lorsqu'un adhérent engage au Québec, pour lui-même ou l'une de ses personnes



Sous réserve de la Loi sur l'assurance maladie du Québec, lorsqu'un adhérent engage, pour lui-même ou l'une de ses personnes à charge assurées, des frais par suite d'accident, de maladie, de grossesse ou de complication grave d'une grossesse, les frais admissibles de cette section sont remboursés à 75 % pour les premiers 3 000 \$ de frais admissibles et à 100 % pour l'excédent, par certi cat et par année civile (excluant les frais hospitaliers, l'assurance voyage et l'assurance annulation voyage). Le terme certi cat désigne un statut de protection individuel, monoparental ou familial.

**Ces frais sont également admissibles pour des soins non urgents en dehors du Québec. Toutefois, en pareille circonstance, ces frais sont remboursés jusqu'à concurrence de ceux qui auraient été remboursés par SSQ s'ils avaient été engagés au Québec.**

#### Notion de frais admissibles et remboursement

Lorsque dans la description d'une garantie, l'expression « frais admissibles » est utilisée, le montant de frais admissibles doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour établir le montant maximum du remboursement.

Relativement au remboursement maximal par année civile, ce montant correspond à la somme de tous les remboursements effectués par SSQ pour les frais engagés du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre d'une même année.

#### **Exemple : Frais pour traitements de physiothérapie**

- a) exemple 1 : facture présentée : 80 \$  
Ce montant est ramené au maximum de 40 \$ et est remboursé à 75 %, soit 30 \$.
- b) exemple 2 : facture présentée : 40 \$  
Ce montant est remboursé à 75 %, soit 30 \$.

Les frais admissibles mentionnés **aux points 2.2.2 à 2.2.15 inclusivement ainsi qu'aux points 2.2.32 et 2.2.33** doivent être prescrits par un médecin.

Seuls sont couverts les frais engagés pour des soins ou traitements rendus par un professionnel de la santé qui est membre en règle de l'ordre professionnel pertinent aux soins ou traitements en cause, ou à défaut de l'existence d'un tel ordre, de l'association professionnelle pertinente reconnue par SSQ.

Les services ou fournitures, examens, soins ou frais doivent être conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.

Les frais admissibles sont limités à un (1) seul traitement ou consultation par jour par spécialité (sauf avis contraire) par assuré et comprennent, pourvu qu'ils soient nécessaires au traitement médical de l'adhérent ou de ses personnes à charge assurées :

**2.2.1 les frais pour des services pharmaceutiques admissibles et pour des médicaments ne pouvant être obtenus que sur ordonnance ou vendus sous contrôle pharmaceutique**, porteurs d'un DIN (Drug Identification Number) valide émis par le gouvernement fédéral, prescrits par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, disponibles exclusivement en pharmacie et vendus par un pharmacien ou un professionnel de la santé, conformément à l'article 37 de la Loi sur la pharmacie, sur présentation des factures convenablement détaillées et dûment acquittées.

Les médicaments visés par la présente clause sont ceux dont l'utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut, aux indications données par le fabricant. Certains de ces médicaments, communément appelés « médicaments d'exception » dans la liste RAMQ, ne sont toutefois couverts que dans les cas, aux conditions et pour les indications thérapeutiques déterminés par le règlement applicable au Régime général d'assurance médicaments.

**Un médicament d'exception est celui qui requiert une autorisation préalable de SSQ.**

Dans le cas de médicaments injectés en cabinet privé d'un professionnel de la santé, seule la substance injectée est couverte et non l'acte médical,

### **Transfert du cumul des contributions déboursées en médicaments**

Un adhérent changeant de régime d'assurance en cours d'année civile a la possibilité d'obtenir, pour lui-même et pour ses personnes à charge, un relevé du cumul de leurs contributions pour l'année civile en cours. Ce relevé est émis par l'assureur ou la RAMQ, à la demande d'un adhérent ou de l'employeur pour chaque personne visée par le changement d'assureur. Dans tous les cas, la demande du relevé doit être faite dans les six (6) mois suivant la date de terminaison de l'assurance. Par cette mesure, l'adhérent n'a pas à déboursier pour l'achat de ses médicaments dans son nouveau régime lorsque le plafond annuel prévu par celui-ci sera atteint.

**Note : Si l'adhérent demeure chez SSQ, le cumul des contributions est automatiquement transféré.**

### **Service de remboursement direct des frais de médicaments**

Le régime inclut le service de remboursement directement à la pharmacie lors de l'achat de médicaments. Ainsi, la personne assurée n'aura qu'à

**Exclusions aux médicaments :**

---



- 2.2.6** les frais d'achat d'un (1) **appareil mesurant le taux de glucose sanguin** (glucomètre) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 300 \$ par période de 36 mois. L'achat d'un glucomètre à lecture sporadique qui nécessite l'utilisation de capteurs de glucose peut également être admissible, sous réserve d'une autorisation préalable de SSQ;
- 2.2.7** les frais de location, d'ajustement, de remplacement, de réparation ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'**appareils thérapeutiques**.

Dans cette catégorie d'appareils et à titre d'exemples on retrouve :

- les appareils d'aérosolthérapie, c'est-à-dire les appareils nécessaires au traitement, entre autres, de l'emphysème aigu, de la bronchite chronique ou de l'asthme chronique (ex. : nébuliseur);
- les stimulateurs de consolidation de fractures;
- les instruments de surveillance respiratoire en cas d'arythmie respiratoire (ex. : moniteur d'apnée);
- les respirateurs à pression positive intermittente (ex. : ventilateur volumétrique, CPAP);
- les vêtements pour le traitement de brûlures (ex. : Jobst);
- l'achat de couches pour incontinence, de sondes, de cathéters et d'autres articles hygiéniques du même genre devenus nécessaires à la suite de la perte totale et irrécouvrable de la fonction vésicale ou intestinale, étant précisé que l'expression « perte » comprend la perte d'usage.

### **Exclusions aux appareils thérapeutiques**

Cette garantie ne couvre pas les appareils de contrôle (tels que stéthoscope, ré ectomètre ou autres appareils de même nature) ainsi que les accessoires domestiques.

Par « accessoires domestiques », on entend des accessoires tels que siège d'aisance, barre de soutien, humidificateur, climatiseur, « ltreur d'air », articles du Docteur Gibaud (matériel fournissant de la chaleur), coussin électrique, coussin chauffant pour l'auto, lampe solaire, thermomètre, bain de siège, appareil à pression, sphygmomanomètre ou autres appareils de même nature, « water pik » (brosse à dents électrique), appareil hydrothérapeutique, bain tourbillon, peau de mouton (dans les cas de plaies de lit), avertisseur pour enfant souffrant d'énurésie (incontinence nocturne) et autres accessoires de même nature;

- 2.2.8** les frais remboursables pour une **pompe à insuline** sont l'achat de la pompe et sa réparation jusqu'à concurrence de 7 500 \$ par période de 60 mois par assuré et l'achat d'articles nécessaires à l'utilisation de la pompe jusqu'à concurrence de 4 000 \$ par année civile par assuré.
- 2.2.9** les frais d'achat, de location, d'ajustement, de remplacement ou de réparation d'un **neurostimulateur percutané** ou transcutané (PENS/TENS) jusqu'à concurrence de frais admissibles de 1 000 \$ par période de 60 mois par assuré;
- 2.2.10** les frais d'achat de **chaussures orthopédiques**. Sont considérées comme orthopédiques, les chaussures conçues et fabriquées sur mesure pour

l'assuré à partir d'un moulage ou les chaussures préfabriquées de type ouvert, évasé, droit ainsi que celles nécessaires au maintien des attelles dites de Dennis Browne lorsque ces chaussures sont requises pour corriger ou compenser un défaut du pied et qu'elles sont **obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé** détenteur d'un permis émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Sont également admissibles, les frais pour corrections apportées par un tel laboratoire à des chaussures préfabriquées. Les chaussures profondes, ainsi que tous types de sandales, ne sont pas admissibles;

- 2.2.11** les frais engagés pour des **électrocardiogrammes, radiographies (y compris scanner), résonances magnétiques, échographies et analyses de laboratoire**, dans un lieu autre qu'un établissement de santé. Les analyses de laboratoire couvertes sont les mêmes que celles offertes en centre hospitalier et doivent être reconnues par Santé Canada;
- 2.2.12** les frais de location ou d'achat, si ce dernier mode est plus économique, d'un **appareil d'assistance respiratoire**



Les frais admissibles sont limités aux tarifs prévus au guide (édition courante) des tarifs de l'Association des chirurgiens-dentistes du Québec.

Toutefois, aucune prestation n'est payable pour tout acte, traitement, prothèse, de quelque nature que ce soit reliés à un implant dentaire;

- 2.2.19** les frais de **transport aller et retour en ambulance** y compris, en cas d'urgence, le transport par avion de ligne régulière (excluant les avions-ambulances).

La nécessité médicale doit être démontrée lors de la demande de prestations à SSQ lorsque le transport par avion est utilisé;

- 2.2.20** les frais pour **des vaccins curatifs ou préventifs**; le coût de la substance est couvert jusqu'à concurrence d'un maximum global de 200 \$ de frais admissibles par assuré, par année civile;

- 2.2.21** les frais pour les **examens de la vue** effectués par un ophtalmologiste ou un optométriste, sous réserve d'un remboursement maximum de 50 \$ par assuré, par période de 24 mois complets consécutifs;

- 2.2.22** les frais pour les services d'un **physiothérapeute**, d'un **thérapeute en réadaptation physique** ou d'un

La notion de traitement ne fait pas référence aux remèdes, produits ou autres articles pouvant être fournis par ces professionnels.

Concernant le naturopathe (ou naturothérapeute), les frais admissibles sont ceux reliés à une consultation pour obtenir des conseils alimentaires ou établir un bilan de santé ou un régime à base de produits naturels. Les produits naturels, les massages, les bains, la posturologie, les exercices physiques ou autres consultations non reconnues par SSQ ne sont pas couverts.

**2.2.30** les honoraires professionnels d'un **acupuncteur**, d'un **ostéopathe**, d'un **kinésithérapeute**, d'un **orthothérapeute** ou d'un **massothérapeute**, jusqu'à concurrence de frais admissibles de 30 \$ par traitement ou consultation, sous réserve d'un remboursement maximal de 600 \$ par assuré, par année civile, pour l'ensemble de ces spécialités;

directe. Le lieu de l'événement doit par ailleurs être le plus près du lieu de résidence de la personne assurée;

- pour l'hébergement et les repas, les frais admissibles sont remboursés sur production de reçus ou de factures acquittées et sont **limités** aux montants prévus dans la Loi sur l'assurance automobile applicable au personnel d'encadrement des secteurs public et parapublic du Québec;
- pour le transport en automobile, les frais admissibles sont égaux à ceux qui auraient été engagés si le moyen de transport utilisé avait été l'autobus;
- les frais admissibles comprennent les frais engagés par un assuré ainsi que par son accompagnateur.

#### **REMARQUE :**

Ces frais peuvent être admissibles à un remboursement en vertu d'un programme administré par l'établissement responsable du traitement de l'assuré. Afin de vérifier l'existence d'un tel programme dans sa région de résidence, l'assuré est prié de communiquer avec l'hôpital, le CLSC, le CISSS ou le CIUSSS. Ces organismes sont « premiers payeurs ». Ainsi, seuls les frais non remboursés par ces organismes et admissibles en vertu du contrat sont remboursables.

**2.2.33** dans le cas d'une **cure de désintoxication** reliée à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la cyberdépendance ou au jeu compulsif, les frais engagés pour un séjour dans une maison **officiellement reconnue** à cette fin, sont admissibles jusqu'à concurrence de frais admissibles de 50 \$ par jour et de 30 jours par année civile, par assuré.

La garantie de médicaments prévoit l'exclusion de certains produits. L'adhérent est invité à lire attentivement ces exclusions, voir 2.2.1.

De plus, **aucune prestation n'est payable** pour les frais engagés :

- du fait d'un accident ou d'une maladie pour lequel l'adhérent a droit à des prestations en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles du Québec, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec ou de toute autre loi similaire d'une autre province du Canada ou d'un autre pays;
- pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.)
- pour des voyages de santé, sauf ceux qui sont expressément prévus;
- pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;
- du fait d'une automutilation volontaire, sans égard à l'état d'esprit de l'assuré;
- pour des soins dentaires ou de chirurgie esthétique, sauf ceux qui sont expressément prévus;

- à la suite d'un accident subi ou d'une maladie contractée pendant que l'assuré est en service actif dans les forces armées;
- pour des soins et services administrés par un membre de la famille de l'adhérent;
- pour des services médicaux pour lesquels l'assuré n'est pas tenu de payer, qu'il ne serait pas tenu de payer s'il s'était prévalu des dispositions de tout régime public auquel il pouvait être admissible ou ne serait pas tenu de payer en l'absence de ses régimes collectifs d'assurance, y compris les frais garantis par un régime financé entièrement ou en partie au moyen d'impôts ou en vertu de toute initiative d'un gouvernement et ceux qui l'auraient été si le fournisseur de ces services avait choisi de participer à un tel régime;
- pour tous les produits, appareils ou services utilisés ou offerts à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant;
- pour toutes substances, soins ou procédés servant à traiter l'infertilité ou servant à l'insémination artificielle ou la fécondation in vitro, sauf pour les médicaments couverts en vertu d'un régime provincial d'assurance médicaments;
-

### 3. DESCRIPTION DES GARANTIES D'ASSURANCE OÙ L'ÂGE D'ANNÉE LA GARANTIE OÙ L'ÂGE

---

Dans les présentes garanties, on entend par :

- Accident

Un événement non intentionnel, soudain, fortuit et imprévisible qui est dû exclusivement à une cause externe de nature violente et qui occasionne, directement et indépendamment de toute autre cause, des lésions corporelles;

- Activité à caractère commercial

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

- Associé en affaires

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

- Compagnon de voyage

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

- Frais de voyage payés d'avance

Se dit des sommes suivantes :

- Celles qui sont déboursées par l'assuré pour l'achat d'un voyage, y compris pour l'achat de billets de transporteurs publics, la location de véhicules motorisés ou d'hébergement auprès de commerces ou plateformes de réservation accrédités ou autorisés par les autorités compétentes à exploiter une telle entreprise ou à rendre de tels services.
- Celles qui sont déboursées lors de réservations pour des arrangements de voyage habituellement compris dans un voyage à forfait.
- Les sommes déboursées ayant trait aux frais d'inscription à une activité à caractère commercial.

- Hôte à destination

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

- Membre de la famille

Conjoint, ls, lle, père, mère, frère, soeur, beau-père, belle-mère, grands-parents, petits-enfants, demi-frère, demi-soeur, beau-frère, belle-soeur, gendre, bru;

- Voyage

Assurance voyage : Tout séjour en dehors de la province de résidence habituelle de l'assuré. Dans ce cas, le terme voyage s'applique aussi aux transports de l'assuré entre son départ et son retour.

Assurance annulation de voyage : Déplacement occasionnel d'un assuré partant de son lieu de résidence habituel pour se rendre temporairement à un autre lieu. Pour être reconnu comme voyage aux ns de l'assurance annulation de voyage, le déplacement doit aussi nécessiter une période d'absence comportant au moins 2 nuitées consécutives et être effectué pour des raisons touristiques ou d'agrément ou pour assister à une activité à caractère commercial. De plus, s'il s'agit d'une croisière, elle doit être effectuée sous la responsabilité d'un commerce accrédité.

En fonction du statut de protection détenu, soit individuel, monoparental ou familial, l'assurance voyage protège l'assuré et, s'ils sont assurés, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une dé cience fonctionnelle.

Les frais sont admissibles dans la mesure où ils sont engagés à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une **maladie subite et inattendue** survenus alors que l'assuré est temporairement à l'extérieur de sa province de résidence et qu'il nécessite des **soins d'urgence**. Ils doivent s'appliquer à des fournitures ou services prescrits par un médecin comme nécessaires au traitement d'une maladie ou d'une blessure.

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

- s'être aggravée;
- avoir été l'objet d'une rechute ou d'une récidive;
- être instable;
- être en phase terminale d'évolution;
-

joindre CanAssistance apparaissent au verso de la carte d'assurance qui

doit présenter un certificat médical du médecin traitant mentionnant l'incapacité de l'assuré à utiliser son véhicule;

- en cas du décès de l'assuré à l'extérieur de sa province de résidence, les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille, à l'exclusion du coût du cercueil, par la route la plus directe pour se rendre dans sa province de résidence jusqu'à concurrence d'un remboursement maximal de 10 000 \$; l'autorisation préalable de SSQ\* est requise;
- les frais d'hébergement et de repas, dans un établissement commercial, que l'assuré doit engager parce qu'il a reporté son retour en raison d'une hospitalisation d'au moins 24 heures de l'assuré lui-même, d'un membre de sa famille immédiate qui l'accompagne ou d'un compagnon de voyage, jusqu'à concurrence de 300 \$ par jour et d'un maximum de 2 400 \$ par séjour à l'étranger pour l'ensemble des personnes protégées en vertu de la présente garantie;
- les frais d'hébergement et de repas dans un établissement commercial ainsi que les frais de transport, aller et retour en classe économique par la route la plus directe en avion, en autobus ou en train, d'un et d'un seul proche parent, soit le conjoint, le fils ou la fille, le père ou la mère, le frère ou la sœur, se rendant à l'hôpital où séjourne l'assuré depuis au moins sept (7) jours ou pour identifier l'assuré décédé avant le transport de la dépouille; ces frais doivent être autorisés au préalable par SSQ\* et l'assuré doit présenter un document rédigé par le médecin traitant ou par les autorités locales qui atteste de la nécessité de la visite. Les frais remboursables sont limités aux maximums suivants :
  - pour le transport : 2



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

En cas de besoin, lors d'un voyage à l'extérieur de sa province de résidence, chaque assuré a aussi accès à un service d'assistance voyage. Ce service d'assistance est assumé par une compagnie spécialisée (CanAssistance) qui a conclu une entente à cet effet avec SSQ.

Si des soins médicaux ou hospitaliers d'urgence ou des services prévus par la garantie d'assurance voyage deviennent nécessaires, CanAssistance peut non seulement avancer des fonds exigés à cet égard, mais aussi intervenir pour aider l'assuré à être admis dans un centre hospitalier ou pour avoir accès aux divers services prévus par son régime d'assurance.

CanAssistance peut servir d'intermédiaire entre SSQ et l'assuré lorsque ce dernier est tenu, en vertu de la garantie d'assurance voyage, d'obtenir une « **autorisation préalable de SSQ** » pour se prévaloir des avantages de la garantie.

Voici en détail les services d'assistance voyage qui peuvent être rendus par CanAssistance, si nécessaire, à la suite d'un décès, d'un accident ou d'une maladie subite et inattendue :

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

Si l'assuré voyage ailleurs qu'aux États-Unis et en Europe de l'Ouest, il est suggéré de communiquer avec CanAssistance avant son départ. Des conseils utiles pour sa santé peuvent lui être fournis.

Nous reproduisons ci-après les numéros de téléphone où le représentant de CanAssistance peut être rejoint.

A) CANADA - ÉTATS-UNIS	1 800 465-2928
B) AILLEURS DANS LE MONDE (à frais virés)	514 286-8412

**L'assuré doit fournir son numéro de contrat apparaissant sur la carte SSQ au moment de l'appel.**

**La carte d'assurance émise à l'adhérent par SSQ fournit également les numéros de téléphone précédents. Ces numéros apparaissent au verso de cette carte.**

**Note : Veuillez vous référer au point 3.5 pour les limitations relatives à cette garantie.**

En fonction du statut de protection détenu, (individuel, monoparental ou familial), l'assurance annulation voyage protège l'assuré et, s'ils sont assurés, son conjoint, leurs enfants à charge et la personne atteinte d'une déficience fonctionnelle.

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

### 3.4.1 Causes admissibles d'annulation :

- a) une **maladie** ou un **accident** que subit l'assuré, son compagnon de voyage, un associé en affaires ou un membre de la famille de l'assuré ou de son compagnon de voyage (voir point 3.1, - 3.2) qui empêche l'assuré de remplir ses fonctions habituelles et qui est raisonnablement grave pour justifier l'annulation ou l'interruption du voyage de l'assuré;
- b) le **décès** de l'adhérent, de son conjoint, d'un enfant de l'adhérent ou de son conjoint, du compagnon de voyage ou d'un associé en affaires;
- c) le **décès** d'un membre de la famille de l'assuré (autre que l'adhérent, son conjoint ou leurs enfants) ou de celle du compagnon de voyage de l'assuré pour autant que les funérailles aient lieu au cours de la période qui s'étend de 31 jours avant jusqu'à 31 jours après la durée du séjour;
- d) le **décès** ou l'**hospitalisation** d'urgence de l'hôte à destination;
- e) la convocation de l'assuré ou de son compagnon de voyage à **agir comme membre d'un jury**, ou de l'**assignation à comparaître** comme témoin dans une cause à être entendue durant la période du voyage pour autant que la personne concernée ait entrepris les démarches nécessaires pour obtenir un report de la cause à être entendue.

Toutefois, une assignation à comparaître n'est pas considérée comme une cause d'annulation ou d'interruption de voyage lorsque la personne concernée intente une poursuite ou est une partie poursuivie ou a été assignée dans le cadre de ses fonctions de policier;

- f) la **mise en quarantaine** de l'assuré, pour autant que cette dernière se termine sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou se produise au cours de la période de voyage;
- g) le **détournement de l'avion** à bord duquel l'assuré voyage;
- h) un **sinistre** qui rend inhabitable la résidence principale de l'assuré ou de l'hôte à destination, pour autant que la résidence soit toujours inhabitable sept (7) jours ou moins avant la date prévue de départ ou que le sinistre ait lieu au cours de la période de voyage;
- i) le **transfert** de l'assuré, pour le même employeur, à plus de 100 kilomètres de son domicile actuel, si exigé dans les 30 jours précédant le départ;
- j) **Pour l'annulation de voyage**

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où l'assuré doit se rendre; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré doit effectuer un voyage en croisière.

L'avertissement doit être émis après que l'assuré ait pris les arrangements relatifs au voyage. L'avertissement doit être toujours en vigueur à la date prévue de départ.

#### **Pour l'interruption de voyage**

L'émission par le gouvernement du Canada d'un avertissement :

- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où l'assuré se trouve déjà; ou
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré s'y trouve déjà.

L'avertissement doit être en vigueur durant le voyage. L'assuré doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

- k) le **retard du moyen de transport** utilisé par l'assuré pour se rendre au point de départ du voyage projeté ou au point de départ d'une correspondance prévue après le départ du voyage projeté, pour autant que l'horaire du moyen de transport utilisé prévoit une arrivée au point de départ au moins trois (3) heures avant l'heure de départ ou au moins deux (2) heures avant l'heure de départ si la distance à parcourir est de moins de 100 kilomètres. Le retard doit être causé par les conditions atmosphériques, des dif cultés mécaniques (sauf pour une automobile privée), un accident de la circulation ou la fermeture d'urgence d'une route, chacune des deux dernières causes devant être appuyée par un rapport de police;

- l) des **conditions atmosphériques** qui sont telles :
- i) que le départ du transporteur public, au point de départ du voyage projeté, soit annulé ou qu'il soit retardé d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures); ou
  - ii) que l'assuré ne peut effectuer une correspondance prévue, après le départ, avec un autre transporteur, pour autant que la correspondance prévue après le départ soit annulée ou qu'elle soit retardée pour une période d'au moins 30 % de la durée prévue du voyage (minimum 48 heures);
- m) un **sinistre** survenant à la place d'affaires ou sur les lieux physiques où doit se tenir une activité à caractère commercial, tel sinistre rendant impossible la tenue de l'activité prévue de sorte qu'un avis écrit annulant l'activité est émis par l'organisme officiel responsable de l'organisation de cette activité;
- n) le **décès, une maladie ou un accident** d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal;
- o) le **suicide** ou la **tentative de suicide** d'un membre de la famille de l'assuré ou de la famille de son compagnon de voyage;
- p) le **décès** d'une personne dont l'assuré est le liquidateur testamentaire;
- q) le **décès** ou l'**hospitalisation** de la personne avec laquelle les arrangements pour une réunion d'affaires ou une activité à caractère commercial ont été préalablement pris. **Dans ce cas, le remboursement est limité aux frais de transport et à un maximum de trois (3) jours d'hébergement.**

**3.4.2 Les frais couverts en vertu de cette garantie sont payables à 100 % jusqu'à concurrence de 5 000 \$ par assuré pour le voyage projeté, soit :**

- a) En cas d'annulation avant le départ
- la portion non remboursable des frais de voyage payés d'avance.
  -

- Le coût supplémentaire d'un billet simple, en classe économique par un transporteur public à horaire fixe, par la route la plus directe, jusqu'à la destination initialement prévue. Le départ doit être manqué en raison du retard du moyen de transport utilisé par l'assuré ou de l'annulation d'un vol, aux conditions énoncées dans les causes admissibles d'annulation. S'il s'agit d'une interruption de voyage, toutefois, elle doit résulter d'une maladie ou d'un accident dont est victime l'assuré ou son compagnon de voyage, aux conditions énoncées dans les causes pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

c) Si le retour est anticipé ou retardé

- le coût supplémentaire d'un **billet simple**, en classe économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour jusqu'au point de départ, **par le moyen de transport prévu initialement**.

Dans le cas où le moyen de transport prévu initialement ne pourrait être utilisé, et ce, que des frais de voyage aient été payés d'avance ou non, les frais couverts correspondent aux frais exigés par un transporteur public à horaire fixe, en classe économique, selon le mode de transport le plus économique, par la route la plus directe, pour le voyage de retour de l'assuré jusqu'au point de départ. **Ces frais doivent être, au préalable, convenus avec SSQ (voir point 3.3);**

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

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

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

**Restriction**

Les frais payables par toute personne autre que l'assuré ne sont pas couverts.

d) Transport aller-retour

L'assurance annulation couvre les frais de transport par le moyen le plus économique, à la suite de l'autorisation préalable de SSQ (voir point 3.3), pour revenir dans la province de résidence de l'assuré et pour retourner celui-ci à l'endroit où il serait rendu dans son voyage pour autant que la raison du retour découle :

- du décès ou de l'hospitalisation d'un membre de la famille de l'assuré, d'une personne dont l'assuré est le tuteur légal ou le liquidateur testamentaire;

- d'un sinistre rendant la résidence principale de l'assuré inhabitable ou causant des dommages importants à son établissement commercial.

**Note : Voir le point 3.5 pour les limitations et exclusions relatives à cette garantie.**

### **3.5.1 Exclusions en assurance voyage**

La présente garantie ne couvre pas les frais suivants :

- a) les frais engagés après le retour de l'assuré dans sa province de résidence;
- b) les frais payables en vertu d'une loi sociale ou d'un régime d'assurance sociale;
- c) une chirurgie ou un traitement facultatif ou non urgent, ou si le voyage a été entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;
- d) les frais hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance hospitalisation ou d'assurance maladie de la province de résidence de l'assuré;
- e) les frais engagés hors de la province de résidence de l'assuré quand ces frais auraient pu être engagés dans sa province de résidence, sans danger pour la vie ou la santé de l'assuré, à l'exception des frais immédiatement nécessaires par suite d'une situation d'urgence résultant d'un accident ou d'une maladie subite. Le seul fait que les soins pouvant être prodigués dans la province de résidence soient de qualité inférieure à ceux qui peuvent l'être hors de cette province ne constitue pas, au sens de la présente exclusion, un danger pour la vie ou la santé de l'assuré;
- f) les frais hospitaliers engagés dans des hôpitaux pour malades chroniques, ou dans un service pour malades chroniques dans un hôpital public, ou pour des patients qui se trouvent dans des maisons de soins prolongés ou des stations thermales;
- g) les frais engagés à un endroit où le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage ainsi que les frais engagés durant un voyage en croisière alors que le gouvernement du Canada a émis un avertissement d'éviter tout voyage en croisière. Si l'assuré se trouve déjà à l'endroit en question ou en croisière au moment où l'avertissement est émis, il doit se conformer à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission. Si l'assuré ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par l'assuré ne seront admissibles après ce délai.

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

- h) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
- i) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
- j) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conditions qui s'ensuivent;
- k) une participation à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
- l) la grossesse, la fausse couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
- m) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical ou des services hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non.

### **3.5.2 Exclusions en assurance annulation voyage**

1. La présente garantie ne couvre pas les pertes occasionnées par ou auxquelles ont contribué les causes suivantes :
  - a) la participation active de l'assuré à une émeute ou une insurrection, la perpétration ou la tentative de perpétration par l'assuré d'un acte criminel;
  - b) une blessure que l'assuré s'est infligée intentionnellement, un suicide ou une tentative de suicide, que la personne en question soit saine d'esprit ou non. Cependant, dans le cas d'un décès résultant d'un suicide, seuls les frais engagés pour la préparation et le retour de la dépouille sont couverts, selon les paramètres prévus à la présente garantie;
  - c) l'absorption abusive de médicaments, de drogues ou d'alcool par l'assuré et les conséquences qui s'ensuivent;
  - d) une participation par l'assuré à des sports extrêmes ou de combat, la pratique du vol plané, du deltaplane, du parapente, du bungee, de l'alpinisme, du parachutisme ou toute autre activité du même genre, ou une participation à toute compétition de véhicule motorisé, ou une participation à toute activité sportive comportant une rémunération;
  - e) la grossesse, la fausse-couche, l'accouchement ou leurs complications se produisant dans les deux (2) mois précédant la date normale prévue de l'accouchement de l'assurée;
  - f) un voyage entrepris dans le but d'obtenir ou avec l'intention de recevoir un traitement médical, une consultation médicale ou des services

hospitaliers, que le voyage soit effectué sur recommandation d'un médecin ou non;

- g) un voyage entrepris dans le but de visiter ou de veiller une personne malade ou ayant subi un accident et dont la condition médicale ou le décès subséquent occasionne une annulation, un retour prématuré ou un retour retardé.

2. Aucuns frais ne sont payables si l'assuré a pris les arrangements de voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada était en vigueur à l'effet :

- d'éviter tout voyage à un endroit où l'assuré doit se rendre;
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré doit effectuer un voyage en croisière.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas :

- à toute annulation de voyage pour une cause admissible d'annulation autre que l'avertissement du gouvernement du Canada s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage; et
- à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement avant la date prévue de départ en voyage ou durant le voyage de l'assuré.

3. Aucuns frais d'interruption de voyage ne sont payables si l'assuré part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet :

- d'éviter tout voyage à un endroit où l'assuré doit se rendre;
- d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré doit effectuer un voyage en croisière.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre que l'avertissement du gouvernement du Canada s'il y a une modification à la baisse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de l'assuré.

4. Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement ci-après ne sont payables si l'assuré part en voyage alors qu'un avertissement du gouvernement du Canada est en vigueur à l'effet d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où l'assuré doit se rendre.

Toutefois, la présente exclusion ne s'applique pas à toute interruption de voyage ayant pour cause l'avertissement s'il y a une modification à la hausse du niveau de risque de l'avertissement durant le voyage de l'assuré.



5. Aucuns frais d'interruption de voyage ayant pour cause un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de l'assuré, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage ou d'éviter tout voyage non essentiel à un endroit où l'assuré se trouve déjà et qu'il ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
  - d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré s'y trouve déjà et qu'il ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si l'assuré ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par l'assuré ne seront admissibles après ce délai.

6. Aucuns frais d'interruption de voyage pour une cause admissible d'interruption autre qu'un des avertissements ci-dessous ne sont payables si, durant le voyage de l'assuré, le gouvernement du Canada émet un avertissement :
- d'éviter tout voyage à un endroit où l'assuré se trouve déjà et qu'elle ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission; ou
  - d'éviter tout voyage en croisière alors que l'assuré s'y trouve déjà et qu'il ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission.

Si l'assuré ne se conforme pas à l'avertissement dans les 14 jours suivant son émission, aucuns frais engagés par l'assuré ne seront admissibles après ce délai.

### **3.5.3 Limitations en assurance voyage**

- Dans le cas d'une condition médicale qui requiert des services médicaux prolongés, des traitements ou une chirurgie, si une preuve médicale révèle qu'après diagnostic ou traitement d'urgence de cette condition, l'assuré aurait pu revenir dans sa province de résidence, mais a choisi d'obtenir des services à l'extérieur, SSQ n'assume pas le coût des services, traitements, chirurgies et autres frais.
- SSQ se réserve le droit de rapatrier l'assuré dans sa province de résidence lorsque son état médical le permet. Tout refus de rapatriement libère SSQ quant aux frais engagés par la suite.
- Les prestations totales ne peuvent excéder 5 000 000 \$ par assuré, pour chaque séjour à l'étranger.

### **3.5.4 Limitations en assistance voyage**

- Ni SSQ, ni la compagnie d'assistance voyage ne sont responsables de la disponibilité et de la qualité des soins médicaux et hospitaliers administrés ni de la possibilité d'obtenir de tels soins.
- Certains des services décrits ne sont pas disponibles dans certains pays.
- Les services fournis peuvent être modifiés par SSQ sans préavis.

### **3.5.5 Limitation en assurance annulation voyage**

Pour toute annulation de voyage avant le départ ayant pour cause un avertissement aux voyageurs du gouvernement du Canada, l'assuré doit communiquer avec la compagnie d'assistance voyage pour connaître la procédure à suivre et ce, 72 heures avant qu'un dépôt devienne exigible ou 72 heures avant la date prévue de départ, selon la première éventualité.

Pour toute autre cause d'annulation de voyage avant le départ, l'assuré doit communiquer avec la compagnie d'assistance voyage pour connaître la procédure à suivre et ce, au plus tard 48 heures après le moment où est survenue la cause pouvant entraîner des frais admissibles d'annulation.

Les numéros de téléphone pour communiquer avec la compagnie d'assistance voyage sont les suivants :

**Du Canada ou des États-Unis : 1 800 465-2928**

**D'ailleurs dans le monde : (514) 286-8412 (à frais virés)**

Le numéro de contrat paraissant sur votre carte SSQ doit être fourni au moment de l'appel.

En cas de non-respect des délais mentionnés ci-dessus, la responsabilité de SSQ est limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment où l'assuré aurait dû communiquer avec la compagnie d'assistance voyage. La présente limitation ne s'applique pas s'il est démontré, à la satisfaction de SSQ que l'adhérent et son conjoint sont dans l'incapacité totale et absolue d'agir; le cas échéant, le voyage doit être annulé aussitôt que l'une de ces personnes est en mesure de le faire et la responsabilité de SSQ est alors limitée aux frais d'annulation prévus au contrat de voyage à l'égard du moment de l'annulation.

### **3.5.6 Coordination**

Si un assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'un contrat individuel ou collectif souscrit auprès d'un assureur, les prestations payables en vertu du présent contrat sont réduites des prestations payables en vertu de tout autre contrat. Toutefois, si l'assuré a droit à des prestations similaires en vertu d'autres garanties du présent contrat, les prestations sont d'abord payables en vertu de la présente garantie; celle-ci ne doit pas être interprétée comme limitant la portée des autres garanties d'assurance





## 6. LE RÉGIME OBLIGATOIRE DE BASE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

---

Lorsqu'un adhérent devient totalement invalide, le régime obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée est conçu pour compléter le régime d'assurance salaire de courte durée offert par l'employeur.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après:

La rente, versée mensuellement, est égale à 65 % du traitement mensuel brut auquel l'adhérent aurait eu droit s'il avait été au travail à la fin de la 104<sup>e</sup> semaine de son invalidité totale.

Le délai de carence est de 104 semaines et correspond à la durée du régime d'assurance salaire de courte durée de l'employeur.

L'adhérent invalide a droit de recevoir la rente d'invalidité de longue durée à compter de la fin du délai de carence et aussi longtemps qu'il demeure totalement invalide sans toutefois dépasser la première des dates mentionnées ci-après.

Le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant mensuel de rente d'invalidité payé en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, de la Loi sur l'assurance automobile du Québec, du Régime de rentes du Québec (RRQ), de tout contrat antérieur et de toute autre loi sociale. Cette réduction tiendra compte également de tout montant rétroactif s'il y a lieu.

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

De plus, le montant de la rente mensuelle est réduit de tout montant de rente d'invalidité ou de retraite que reçoit l'adhérent en vertu du régime de retraite de l'employeur et de la rente de retraite payée à l'adhérent par le RRQ.

Cette réduction est établie en fonction des rentes payables après la 104<sup>e</sup> semaine d'invalidité totale, sans égard à leurs futures indexations au coût de la vie.









Le régime ne couvre aucune période d'invalidité pendant laquelle l'adhérent n'est pas sous les soins réguliers d'un médecin, sauf le cas d'un état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ.

## **7. LE REGIME COMPLEMENTAIRE OBLIGATOIRE D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE (RCO)**

---

Un régime de prestations complémentaire au programme de réadaptation complète en partie le traitement provenant d'un emploi de réadaptation.

La description sommaire de ce régime et les principales conditions s'y rattachant sont présentées ci-après :

L'adhérent a droit aux prestations du RCO :

-

- ii) le traitement de l'emploi de réadaptation ou du poste occupé en assignation temporaire sur la base de la période normale de travail au début de l'invalidité.

Les prestations prévues au présent régime ne peuvent cependant en aucun temps, débiter avant qu'une période de 104 semaines ne se soit écoulée depuis le début de l'invalidité.

Dans la mesure où l'adhérent est admissible aux prestations du RCO, celles-ci sont versées durant chacune des périodes suivantes:

- a) lorsque l'adhérent a réussi son plan de réadaptation, la période au cours de laquelle il occupe de façon permanente l'emploi de réadaptation offert par l'employeur et approuvé par SSQ;
- b) pendant la période de retour progressif au travail prévue au plan de réadaptation approuvé par SSQ;



- e) la date de la cessation d'un emploi de réadaptation approuvé par SSQ ou de tout autre emploi suivant, sans période d'interruption, cet emploi de réadaptation;
- f) la date où les prestations du RCO payables deviennent inférieures à 5 % du traitement de l'adhérent au début de son invalidité.

Les prestations du RCO versées sont considérées comme un traitement admissible au régime de retraite. Ainsi, la cotisation de l'adhérent est prélevée sur les prestations du RCO. SSQ assume la contribution de 7.5





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

La majorité des frais d'assurance accident maladie peuvent être réclamés en ligne sur le site **Espace client** au [espace-client.ssq.ca](http://espace-client.ssq.ca). Vous pouvez également faire votre demande de prestations à l'aide de votre téléphone intelligent en utilisant l'application SSQ Services mobiles.

Vous pouvez nous envoyer l'original de vos factures acquittées. Cependant, ces factures ne vous seront pas retournées, veuillez donc en conserver des copies. Afin de faciliter le traitement de vos réclamations, nous vous recommandons d'accumuler vos factures et de nous les envoyer à tous les trois (3) mois.

**Pour être admissibles à un remboursement, toutes les factures, y compris les frais de médicaments, doivent être présentées dans les 12 mois suivant la date où les frais ont été engagés.** Notez que l'utilisation de votre carte SSQ pour l'achat de vos médicaments assure que vos factures sont présentées à temps.

Envoyez vos demandes de prestations accompagnées du formulaire de demande de prestations. Vous retrouvez ce formulaire personnalisé avec votre relevé accompagnant votre dernier paiement de prestations. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client**. Pour plus d'information au sujet de nos services Internet, consultez la [page 10](#). Veuillez indiquer votre numéro de contrat sur toute demande de prestations ou correspondance que vous faites parvenir à SSQ à l'adresse suivante :

**SSQ Assurance**  
**2525, boul. Laurier**  
**C.P. 10500, Succ. Ste-Foy**  
**Québec, (Québec) G1V 4H6**

### **Dépôt direct des prestations d'assurance accident maladie**

Le dépôt direct vous permet d'obtenir plus rapidement vos remboursements en plus d'éliminer les risques de perte ou de vol de vos chèques de prestations.

Vous pouvez adhérer au dépôt direct en vous inscrivant sur le site **Espace client**. Au moment de faire votre demande, ayez en main votre numéro de contrat SSQ de même qu'un chèque personnel indiquant votre numéro de compte. Pour savoir comment vous inscrire et pour plus de détails sur nos services Internet, consultez la [page 10](#).

Si vous désirez adhérer au dépôt direct et que vous n'avez pas accès à Internet, ou si vous avez besoin d'assistance, contactez notre Service à la clientèle à l'un des numéros indiqués à l'endos de la brochure.

Dans le cas d'un accident de travail ou d'automobile, tous les frais médicaux ou hospitaliers découlant de cet accident sont remboursables par la CNESST ou la SAAQ. Ces factures doivent être présentées à la CNESST ou à la SAAQ et non à SSQ.

### **8.5.1 Assurance voyage**

Les frais hospitaliers ou médicaux payables en vertu de cette garantie d'assurance voyage ne sont remboursés qu'après étude de la demande par les organismes gouvernementaux (RAMQ, SAAQ, etc.), le cas échéant.

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

### **8.5.2 Assurance annulation voyage**

Lors d'une demande de prestations, la personne assurée doit fournir les preuves suivantes :

- a) titres de transport inutilisés;
- b) reçus officiels pour les frais de transport supplémentaires;
- c) reçus pour les arrangements terrestres et autres déboursés. Les reçus doivent inclure les contrats émis officiellement par l'intermédiaire d'une agence de voyages, d'une compagnie accréditée ou d'une plateforme d'hébergement touristique dans lesquels il est fait mention des montants non remboursés en cas d'annulation. Une preuve écrite de la demande de l'assuré à cet effet de même que les résultats de sa demande doivent être transmis à SSQ;
- d) document officiel attestant la cause de l'annulation. Si l'annulation est due à des raisons médicales, l'assuré doit fournir un certificat médical délivré par un médecin habilité par la loi et pratiquant dans la localité de survenance de la maladie ou de l'accident; le certificat médical doit indiquer le diagnostic complet qui confirme la nécessité pour l'assuré d'annuler, de retarder ou d'interrompre son voyage;
- e) rapport de police (accident de la route ou fermeture d'urgence d'une route);
- f) rapport officiel émis par les autorités concernées portant sur les conditions atmosphériques;
- g) preuve écrite émise par l'organisateur officiel de l'activité à caractère commercial à l'effet que l'événement est annulé et indiquant les raisons



Les formulaires de demande de prestations d'assurance vie ou en cas de mutilation accidentelle s'obtiennent directement de SSQ. Cette demande doit être produite dans les 90 jours suivant l'événement.

L'employeur doit transmettre la déclaration d'invalidité à SSQ au début du 7<sup>e</sup> mois suivant le début de votre invalidité.

Vous devez tout de même présenter à SSQ les demandes de prestations d'assurance salaire de longue durée au plus tard dans les 90 jours qui suivent la date à laquelle des prestations du régime d'assurance salaire de longue durée deviennent payables (voir le point 3.3.1.1). Toutefois, afin que votre demande soit traitée dans les meilleurs délais, nous vous recommandons de soumettre votre demande 90 jours avant la date à laquelle vous devenez admissible à des prestations d'assurance salaire de longue durée.

#### Avis de constitution d'un dossier

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, SSQ constitue un dossier d'assurance dans lequel sont versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de prestations d'assurance.

Sauf les exceptions prévues à la loi, seuls les employés, mandataires et fournisseurs de service qui sont responsables de la gestion du contrat, de la sélection des risques, des enquêtes et des demandes de prestations ou toute autre personne que vous aurez autorisée, ont accès à votre dossier. Votre dossier est détenu au siège social de SSQ à Québec.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels versés à votre dossier et, le cas échéant, les faire rectifier sans frais en formulant par écrit votre demande à l'attention du responsable de l'accès à l'information à l'adresse indiquée à l'adresse 3.3.1.1 de la présente section. Toutefois, SSQ peut exiger des frais pour toute transcription, reproduction ou transmission de renseignements et vous informera préalablement 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 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 [www.ssq.ca](http://www.ssq.ca).

#### Document d'assurance

Si le contrat a été modifié après la production du présent document, il peut y avoir des différences entre le libellé de ce dernier et celui de la police. Le cas échéant, le libellé de la police prévaudra. Tout adhérent a donc le droit de consulter la police et d'en obtenir une copie en transmettant une demande d'accès à l'information au Secrétariat du Conseil du trésor. La procédure est disponible sur le site Internet du Secrétariat du Conseil du trésor.

## 9. REGIMES D'ASSURANCE DES RETRAITÉS

---

Toute personne des secteurs public et parapublic du Québec qui, au moment de sa cessation de fonction, est admissible à une rente de retraite immédiate, avec ou sans réduction actuarielle, en vertu du régime de retraite auquel contribue son employeur et qui participe au régime d'assurance collective du personnel d'encadrement.

### 9.2.1 Retraité âgé de moins de 65 ans

a) l'assuré doit choisir un régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi) à moins d'être exempté (art. 1.3);

b) l'assuré peut, en plus, choisir le régime d'assurance vie (art. 4).

Si l'assuré choisit le régime d'assurance accident maladie enrichi au moment de sa retraite, il peut, en tout temps avant son 65<sup>e</sup> anniversaire, diminuer sa protection au régime de base. Toutefois, le choix de diminuer au régime de base est irrévocable et il ne pourra plus par la suite adhérer au régime enrichi, sauf à l'occasion de son 65<sup>e</sup> anniversaire.

### 9.2.2 Retraité âgé de 65 ans ou plus

a) l'assuré peut choisir les régimes d'assurance vie et d'assurance accident maladie (de base ou enrichi); ou

b) uniquement le régime d'assurance accident maladie (de base ou enrichi);  
ou

c) uniquement le régime d'assurance vie; ou

d) aucun régime.

Si l'assuré choisit le régime d'assurance accident maladie de base au moment de sa retraite, ce choix sera irrévocable.

L'assurance de la personne admissible qui fait parvenir sa demande d'adhésion dans les délais décrits ci-dessous, débute à la date à laquelle elle devient admissible.

### 9.3.1 Régime d'assurance accident maladie pour les retraités âgés de moins de 65 ans

Lorsqu'une personne devient admissible au régime d'assurance accident maladie des retraités, elle doit continuer sa participation à SSQ au cours des **90 jours** qui suivent cette date en remplissant la demande d'adhésion disponible à la fin de la brochure des retraités.

Si la demande d'adhésion parvient à SSQ au-delà de ce délai, l'adhésion au régime enrichi n'est alors plus possible, sauf à l'occasion du



Lors de votre **passage du régime des actifs au régime des retraités**, l'ensemble des informations contenues à votre dossier à ce moment est transféré à votre nouveau dossier au régime des retraités. Les documents déjà fournis à SSQ, tels que la déclaration de fréquentation scolaire pour vos enfants à charge ou le formulaire de médicaments d'exception, si applicable, n'auront pas à être retournés de nouveau. De plus, SSQ maintient les compteurs relatifs aux frais couverts en assurance maladie, de sorte que les sommes que vous avez déboursées depuis le 1<sup>er</sup> janTjETEMC 40 ch75 mB6e lese0que ompdulepuis lere



## 11- CONSEILS D'AMI

---

- Le professionnel de la santé qui vous dispense un traitement vous propose un traitement particulier et vous ne savez pas si ce traitement est admissible? Appelez SSQ.
- Vous pouvez en tout temps vérifier l'admissibilité de vos frais à l'aide de l'outil de simulation disponible sur le site **Espace client** au **espace-client.ssq.ca** ou à même l'application mobile.
- Pour les déclarations d'impôts, conservez le relevé de prestations qui accompagne votre chèque de remboursement. Lors de la préparation de votre déclaration de revenus, additionnez tous les relevés de compte pour déterminer le montant total des frais médicaux qui pourraient servir à augmenter vos crédits d'impôts. Si vous êtes inscrit à l'**Espace client** de SSQ, vous pouvez demander en ligne un reçu d'impôt faisant état des réclamations présentées et des montants remboursés en vertu de votre régime d'assurance. Vous pourrez joindre ce reçu à votre déclaration de revenus.
- Pour les déclarations d'impôts, seul votre employeur peut vous fournir le total des primes que vous avez versées en regard du régime d'assurance collective. Consultez la personne responsable des assurances au service des ressources humaines de votre employeur.
- Savez-vous que, si vous êtes protégé en vertu de deux (2) régimes d'assurance collective, vous pouvez obtenir le remboursement complet de vos frais lorsque ceux-ci sont admissibles en vertu des deux (2) régimes? Présentez d'abord votre demande de prestations à l'assureur qui vous protège chez votre employeur principal. Sur réception du relevé de compte, produisez une photocopie de celui-ci, accompagné d'une copie de vos factures à votre autre assureur et le remboursement de la différence vous parviendra.
- Vous avez perdu votre formulaire de demande de prestations? Indiquez-nous simplement sur une feuille distincte votre nom et votre numéro de certificat d'assurance et retournez-la accompagnée de vos demandes de prestations. Le remboursement de ces frais vous parviendra de la manière habituelle. Il est également possible d'imprimer un formulaire de demande de prestations personnalisé sur le site **Espace client** au **espace-client.ssq.ca**.
- Utilisez en tout temps votre carte SSQ en pharmacie et vous saurez immédiatement si votre médicament est admissible à un remboursement.
- Si vous êtes en voyage et qu'il vous arrive un problème de santé, contactez sans hésitation CanAssistance à l'un des numéros indiqués au verso de votre carte SSQ.
- Tous les documents à jour (brochure, carte d'assurance, etc.) sont disponibles sur le site **Espace client** au **espace-client.ssq.ca**.

## 12- ARIFICA ION

### TARIFICATION PAR PÉRIODE DE 14 JOURS DU 1<sup>ER</sup> JANVIER AU 31 DÉCEMBRE 2022

Régime	Individuel			Monoparental			Familial					
	Employeur	Employé	Congé de primes <sup>(1)</sup>	Total	Employeur	Employé	Congé de primes <sup>(1)</sup>	Total	Employeur	Employé	Congé de primes <sup>(1)</sup>	Total
	<b>Obligatoire de base d'assurance accident maladie</b>											
Moins de 65 ans	26,06 \$	48,95 \$	2,58 \$	77,59 \$	27,48 \$	51,61 \$	2,72 \$	81,81 \$	52,67 \$	98,94 \$	5,21 \$	156,82 \$
65 ans ou plus <sup>(2)</sup>	26,06 \$	25,23 \$	1,33 \$	52,62 \$	27,48 \$	27,89 \$	1,47 \$	56,84 \$	52,67 \$	51,51 \$	2,71 \$	106,89 \$
Surprime pour les 65 ans ou plus <sup>(3)</sup>	- \$	106,61 \$	- \$	106,61 \$	- \$	123,10 \$	- \$	123,10 \$	- \$	229,34 \$	- \$	229,34 \$

**Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.**

<sup>(1)</sup> Veuillez noter qu'un congé de primes de 5 % est accordé à l'employé en assurance accident-maladie.

<sup>(2)</sup> Tout changement dans le taux de primes par suite d'un changement d'âge prend effet le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit le changement d'âge.

<sup>(3)</sup> Prime additionnelle payée par l'adhérent de 65 ans ou plus, à compter du 1<sup>er</sup> jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit son 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance, s'il demande d'être assuré en vertu de la garantie Médicaments du régime collectif plutôt que par le régime de la RAMQ.



Régimes	Employeur	Employé	Congé de primes	Total
<b>Obligatoire de base d'assurance vie</b> (en % du traitement)				
- de l'adhérent (50 % du traitement annuel)	- %	0,066 %	0,000 %	0,066 %
- du conjoint et des enfants à charge (17 200 \$ pour le conjoint et 5 000 \$ / enfant)	- %	0,018 %	0,000 %	0,018 %
- mutilation par accident	- %	0,006 %	0,000 %	0,006 %
<b>TOTAL</b>	- %	<b>0,090 %</b>	<b>0,000 %</b>	<b>0,090 %</b>
<b>Obligatoire de base d'assurance salaire de longue durée</b> (en % du traitement)				
65 % du traitement mensuel brut à compter de la 105 <sup>e</sup> semaine d'invalidité totale	0,741 %	- %	- %	0,741 %
<b>Complémentaire obligatoire d'assurance salaire de longue durée (RCO)</b> (en % du traitement)				
	0,015 %	- %	- %	0,015 %

Les primes ne comprennent pas la taxe de vente provinciale de 9 %.



## Composition du comité paritaire intersectoriel (CPI) :

Représentants du gouvernement	Représentants des associations de cadres
Coprésident	Coprésident
Secrétaire du comité	
Actuaire	1 représentant des retraités
<b>Fonction publique</b>	
1 représentant	1 représentant
<b>Santé et services sociaux</b>	
2 représentants	3 représentants
<b>Éducation</b>	
3 représentants	2 représentants

## Pour joindre les membres du comité paritaire intersectoriel

Secrétariat du Comité paritaire intersectoriel  
875, Grande Allée Est, secteur 400  
Québec (Québec) G1R 5R8

## Conseil de votre comité

### Magasinez le prix de vos médicaments!

Pour réduire votre facture de médicaments et par le fait même avoir un effet sur le coût de la prime de votre régime collectif, il est important de magasiner le prix de vos médicaments. En effet, des différences considérables sont parfois observées d'une pharmacie à l'autre. Ainsi, nous vous conseillons de faire évaluer le coût des médicaments que vous consommez dans quelques pharmacies. Par la suite, vous serez en mesure de choisir celle qui s'avère la plus avantageuse pour vous en termes de coût et de qualité des services offerts.





**r r rt r**

**s**

**t**

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

Région de Québec : 418 651-6962  
Autres régions : 1 888 833-6962

**rrt**

**tr**

Veuillez conserver ce document pour consultation ultérieure.