

**VOTRE RÉGIME
D'ASSURANCE
COLLECTIVE**



FSSS - FP (CSN) – SECTEUR PUBLIC

1^{er} avril 2016

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

Dans cette brochure, le nom SSQ désigne SSQ, Société d'assurance-vie inc.
Cette brochure est distribuée à titre de renseignements seulement et ne change
en rien les dispositions et conditions du contrat d'assurance collective.

This booklet is available in English.

Table des matières

1 - RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ.....	1
1.1 Tableau des frais admissibles ou remboursables	1
1.2 Assurance soins dentaires.....	13
1.3 Crédit d'impôt	20
1.4 Exclusions, limitations et restrictions.....	20
2 - RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE.....	25
2.1 Assurance vie de base et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA).....	25
2.2 Assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge.....	26
2.3 Assurance vie additionnelle.....	26
2.4 Assurance vie de la personne retraitée et de la personne conjointe de la personne retraitée	27
3 - RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE	28
3.1 Montant de la prestation.....	28
3.2 Délai de carence.....	28
3.3 Durée de la prestation.....	28
3.4 Emploi de réadaptation	29
3.5 Indexation.....	29
3.6 Réduction.....	29
3.7 Exclusions	30
3.8 Preuves.....	31
4 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	32
4.1 Quelques définitions utiles.....	32
4.2 Admissibilité à l'assurance.....	35
4.3 Participation à l'assurance	35
4.4 Demande d'adhésion	37
4.5 Statut et niveau de protection	38
4.6 Droit d'exemption.....	39
4.7 Entrée en vigueur de l'assurance	41
4.8 Continuation de l'assurance et exonération des primes durant une période d'invalidité totale.....	44
4.9 Absences temporaires du travail.....	45
4.10 Autres types d'absences.....	46

4.11	Terminaison de l'assurance	49
4.12	Droit de transformation en assurance vie	51
4.13	Personne retraitée – garantie d'assurance vie pour la personne retraitée et la personne conjointe de la personne retraitée.....	52
4.14	Personne retraitée réembauchée.....	52
5 -	DEMANDES DE PRESTATIONS	53
5.1	Assurance Santé	54
5.2	Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage.....	56
5.3	Assurance vie de la personne adhérente, de la personne conjointe et des enfants à charge	56
5.4	Assurance salaire de longue durée.....	56
5.5	Pour joindre SSQ	57
6 -	PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	58
6.1	Dossier et renseignements personnels.....	58
6.2	Mandataires et fournisseurs de services.....	58
Annexe 1 – Dispositions particulières pour la personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet.....		59

1 - RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ

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

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

Limitations – Services professionnels en santé

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

1.1 Tableau des frais admissibles ou remboursables

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ		
SANTÉ I	SANTÉ II	SANTÉ III
GÉNÉRALITÉS Le présent tableau décrit les frais qui sont admissibles en vertu de chacun des trois niveaux de protection du régime d'assurance Santé, dans la mesure où sont respectées aussi les dispositions d'admissibilité des frais énoncées précédemment, ainsi que les dispositions de coordination et les exclusions, limitations et restrictions du régime d'assurance Santé.		

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
SANTÉ I	SANTÉ II	SANTÉ III
Lorsqu'un maximum de frais admissibles est exprimé, il doit être multiplié par le pourcentage de remboursement pour calculer le montant remboursable. Le remboursement maximal par année civile est égal au maximum que doit rembourser SSQ à l'égard de frais engagés au cours d'une même année civile. La mention CPRP (calcul du pourcentage de remboursement prévu) dans la colonne « OBJET » indique que le montant (palier) à partir duquel le pourcentage de remboursement prévu pour les médicaments passe à 100 % s'applique de manière combinée à l'ensemble des éléments ainsi identifiés.		
Lorsqu'une prescription médicale est requise, la mention PR est indiquée dans la colonne « OBJET ». Dans ce cas, la prescription doit indiquer le nom du médicament ou, dans le cas d'autres produits ou services, le diagnostic, les raisons médicales et les indications thérapeutiques qui les justifient, de même que la durée prévue d'utilisation. À moins d'indication contraire : • les maximums indiqués dans ce tableau sont des maximums par personne assurée d'une part et par année civile d'autre part; • tout maximum indiqué dans une ligne donnée s'applique à l'ensemble des éléments indiqués dans la colonne « OBJET » de cette ligne et non à chacun de ces éléments pris séparément; • dans le cas des frais engagés auprès de professionnels de la santé, les frais admissibles se limitent à ceux d'un seul traitement par jour par profession de la santé.		

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)				
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.				
OBJET		SANTÉ I	SANTÉ II	SANTÉ III
Pourcentage de remboursement de 100 %				
1	Assurance voyage (PR dans certains cas)	Les dispositions de l'assurance voyage se trouvent dans un document distinct, disponible en version électronique sur le site ACCÈS assurés (voir la section « 5 - Demandes de prestations » pour en savoir davantage sur ce service).		
	Maximums	5 000 000 \$ de remboursement pour toute la durée du séjour		
2	Assurance annulation de voyage	Les dispositions de l'assurance annulation de voyage se trouvent dans un document distinct, disponible en version électronique sur le site ACCÈS assurés (voir la section « 5 - Demandes de prestations » pour en savoir davantage sur ce service).		
	Maximums	5 000 \$ de remboursement pour un même voyage		
Pourcentage de remboursement de 80 %				
3	Transport par un service ambulancier (CPRP)	Lorsque l'état de santé de la personne le requiert, transport terrestre, en direction ou en provenance de l'hôpital le plus près où les soins sont disponibles, y compris le coût des traitements d'oxygénothérapie reçus immédiatement avant et durant le transport. Le transport par avion (ou par hélicoptère dans les cas où il n'est pas couvert par un tiers), par bateau ou par train est également couvert lorsqu'une partie ou la totalité du trajet doit s'effectuer par l'un de ces moyens si la personne assurée doit être alitée et occuper l'équivalent de deux sièges. La nécessité médicale doit alors être démontrée à la satisfaction de SSQ. Dans tous les cas, le transport doit être effectué par un ambulancier licencié.		
	Maximums	Sans objet		

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
OBJET	SANTÉ I	SANTÉ II	SANTÉ III
4 Médicaments de la liste régulière (PR et CPRP)	Pourcentage de remboursement : 80 % des frais admissibles (68 % pour les médicaments innovateurs*) et 100 % des frais qui excèdent un déboursé de 950 \$ par certificat. Dans le cas où un médicament innovateur ne peut être remplacé par un médicament générique pour des raisons médicales, les frais admissibles sont remboursés à 80 % à condition que SSQ ait reçu le formulaire approprié dûment rempli par le médecin traitant. Dans tous les cas, l'approbation de SSQ est requise. * Un médicament innovateur est un médicament vendu sous sa marque de commerce d'origine, mais pour lequel il existe au moins un équivalent générique. Médicaments admissibles : ceux qui se trouvent sur la liste des médicaments couverts par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM), ainsi que tout autre médicament qui présente l'ensemble des caractéristiques suivantes : • Il a un numéro d'identification (DIN) valide émis par le gouvernement fédéral. • Il est disponible uniquement sur prescription par un professionnel de la santé autorisé par la loi ou vendu uniquement sous contrôle pharmaceutique. • Il est prescrit par un professionnel de la santé autorisé par la loi à le faire, même dans le cas où il s'agit d'un médicament vendu uniquement sous contrôle pharmaceutique. • Il est disponible exclusivement en pharmacie, et vendu par un professionnel de la santé conformément à la <i>Loi sur la pharmacie</i>. • Son utilisation est conforme aux indications approuvées par les autorités gouvernementales ou, à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.		

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)			
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.			
OBJET	SANTÉ I	SANTÉ II	SANTÉ III
Médicaments d'exception (PR et CPRP)	Les médicaments dits « médicaments d'exception » et qui font partie de la liste de médicaments dont le coût est couvert par le RGAM, selon les conditions et indications thérapeutiques qui sont précisées dans le règlement applicable au régime général. Ces médicaments requièrent une autorisation préalable de SSQ.		
Médicaments injectés en cabinet privé (PR et CPRP)	Seul le coût de la substance injectée est admissible et non celui de l'acte médical ni celui de la portion du produit qui n'est pas effectivement injectée.		
Produits antitabac (CPRP)	Ceux qui sont couverts par le RGAM Maximum de frais admissibles mis à jour annuellement par la RAMQ		
Stérilets (PR et CPRP)	Sans conditions particulières additionnelles		
Services pharmaceutiques admissibles (PR et CPRP)	Ceux qui sont couverts par le RGAM		
Paiement direct des frais de médicaments			
La personne assurée peut se prévaloir du service de transmission électronique des demandes de prestations offert par SSQ. La marche à suivre pour l'utiliser est décrite à la section « 5 - Demandes de prestations ».			
Pour les grands utilisateurs de médicaments, certaines dispositions existent afin de limiter les montants déboursés mensuellement par l'assuré qui répond aux critères établis par SSQ. La personne assurée peut communiquer avec SSQ pour connaître les règles de participation.			

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET	SANTÉ II	SANTÉ III
<i>Pourcentage de remboursement de 80 %</i>		
5	Injections sclérosantes (PR et CPRP) Maximums	Pour substances fournies et administrées à des fins curatives et non esthétiques par un médecin Acte médical non couvert 25 \$ de remboursement par jour de traitement
6	Prothèses externes et Membres artificiels (CPRP) Maximums	La perte du membre naturel doit survenir lorsque la personne est assurée par la présente garantie. Ne sont pas couverts à ce titre les articles dont la couverture est déjà prévue sous une autre rubrique du présent tableau. Sans objet
7	Appareils orthopédiques (PR et CPRP) Maximums	Achat, ajustement, remplacement, réparation. Pour être couverts à titre d'appareils orthopédiques, les articles doivent servir à soutenir ou maintenir une partie du corps afin de prévenir ou de corriger les difformités du corps de la personne assurée ou de traiter les affections du squelette, des muscles ou des tendons. Ils doivent être admis par SSQ à ce titre. Les orthèses du pied doivent être fournies par un laboratoire spécialisé détenteur de permis émis par des autorités légales. Le Service à la clientèle de SSQ, dont le numéro de téléphone est indiqué au dos de cette brochure, peut confirmer si un appareil orthopédique est couvert par le régime d'assurance Santé. Pour orthèses du pied : montants prévus à la liste de prix de l'Association des orthésistes et des prothésistes du Québec.

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET	SANTÉ II	SANTÉ III
<i>Pourcentage de remboursement de 80 %</i>		
8	Transport et hébergement au Québec pour consulter médecin spécialiste ou recevoir traitement spécialisé (PR et CPRP)	Transport d'au moins 400 kilomètres (aller et retour), à partir du lieu de résidence de la personne assurée par la route la plus directe et le moins loin possible de ce lieu de résidence, puis hébergement dans un établissement public. Aussi, si la personne assurée a moins de 18 ans, transport d'un parent qui l'accompagne. • Des pièces justificatives des frais d'hébergement doivent être jointes à la demande de prestations. • En cas d'utilisation d'un véhicule privé, les reçus d'achat d'essence sont exigés. • Un rapport signé par le médecin traitant et démontrant la nécessité de la consultation ou du traitement spécialisé et stipulant le lieu de la consultation ou du traitement doit être transmis à SSQ. • Il doit être démontré à la satisfaction de SSQ que le médecin spécialiste et le traitement spécialisé ne sont pas disponibles dans la région, puis que l'hébergement est nécessaire si des frais d'hébergement sont réclamés.
	Maximums	• Frais admissibles de transport limités au coût moyen du moyen de transport public le plus économique, peu importe que la personne utilise un moyen de transport public ou privé. • Frais admissibles d'hébergement limités à 60 \$ par jour. • 1 000 \$ de remboursement par année civile.

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET	SANTÉ II	SANTÉ III
<i>Pourcentage de remboursement de 80 %</i>		
9	Chaussures orthopédiques (PR et CPRP)	Achat de chaussures • conçues et fabriquées sur mesure à partir d'un moulage dans le but de corriger ou compenser un défaut du pied; ou • préfabriquées de type ouvert, évasé ou droit; ou • nécessaires au maintien des attelles de Denis Browne. Les chaussures doivent être obtenues d'un laboratoire spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales. Coût des additions ou modifications faites à des chaussures orthopédiques. Les sandales ne sont pas considérées comme des chaussures orthopédiques aux fins de la présente assurance.
	Maximums	Sans objet
10	Chaussures profondes (PR et CPRP)	Achat et remplacement de chaussures préfabriquées de type profond, lorsque ces chaussures sont requises pour corriger un défaut du pied et qu'elles sont obtenues d'un laboratoire orthopédique spécialisé détenteur d'un permis émis par les autorités légales.
	Maximums	150 \$ de remboursement par année civile
11	Audiologie	Honoraires pour services
	Ergothérapie Orthophonie	
	Maximums	Sans objet
12	Chiropractie Ostéopathie	Honoraires pour services
	Maximums	• 30 \$ de remboursement par traitement • 32 \$ de remboursement pour radiographies par chiropraticien • 400 \$ de remboursement par année civile

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET	SANTÉ II	SANTÉ III
<i>Pourcentage de remboursement de 80 %</i>		
13	Physiothérapie Thérapie de réadaptation physique	Honoraires pour services
	Maximums	30 \$ de remboursement par traitement
14	Soins dentaires devenus nécessaires par suite d'accident	Honoraires d'un chirurgien dentiste, ou d'un spécialiste ou denturologiste, pour réparation de dommages accidentels à des dents saines et naturelles ou pour traiter une mâchoire fracturée accidentellement. L'accident doit survenir pendant que la personne est assurée en vertu du niveau de protection Santé II ou Santé III. Les soins doivent débiter au plus tard 12 mois après l'accident et prendre fin au plus tard 36 mois après l'accident. Les frais relatifs à des implants ne sont pas admissibles ni les frais pour bris de dents survenus en mangeant. Toutefois, les prothèses sur implants peuvent être reconnues comme admissibles jusqu'à concurrence du coût s'appliquant à un traitement alternatif et payable seulement lors de la mise en bouche finale de la prothèse sur implant.
	Maximums	Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements
15	Fauteuil roulant Marchette (PR)	Location pour combler un besoin temporaire
	Maximums	Pour fauteuil roulant : Frais admissibles jusqu'à concurrence du coût d'un fauteuil non motorisé d'un genre habituellement utilisé dans un centre hospitalier
16	Appareil pour mesurer la glycémie (PR)	Achat, ajustement, remplacement ou réparation
	Maximums	240 \$ de remboursement par période de 36 mois

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET	SANTÉ II	SANTÉ III
<i>Pourcentage de remboursement de 80 %</i>		
17	Appareils thérapeutiques et appareils d'assistance respiratoire (PR)	Location. Sur entente préalable avec SSQ, les frais d'achat peuvent aussi être admissibles, de même que les frais de remplacement et de réparation. Pour être couverts à titre d'appareils thérapeutiques, les articles doivent être nécessaires à la guérison ou au traitement de la personne assurée. Ils doivent aussi être admis par SSQ à ce titre. Pour être couverts à titre d'appareils d'assistance respiratoire, les articles doivent servir à remplacer, compenser ou améliorer les capacités fonctionnelles respiratoires de la personne assurée. Ils doivent aussi être admis par SSQ à ce titre. Le Service à la clientèle de SSQ, dont le numéro de téléphone est indiqué au dos de cette brochure, peut confirmer si un appareil thérapeutique ou d'assistance respiratoire est couvert par le régime d'assurance Santé.
	Maximums	10 000 \$ de remboursement, à vie
18	Pompe à insuline (PR)	Achat, ajustement, remplacement ou réparation
	Maximums	6 400 \$ de remboursement par période de 60 mois
19	Accessoires pour pompe à insuline (PR)	Achat d'accessoires servant exclusivement à l'utilisation d'une pompe à insuline
	Maximums	Sans objet
20	Appareil auditif	Achat, ajustement ou réparation
	Maximums	480 \$ de remboursement par période de 48 mois
21	Bas de contention (PR)	Achat de bas de contention (20 mm ou plus d'Hg) pour insuffisance du système veineux ou lymphatique et qui sont obtenus d'un établissement de santé ou d'une pharmacie
	Maximums	3 paires par année civile
22	Neurostimulateur transcutané (PR)	Achat, location, ajustement, remplacement ou réparation
	Maximums	560 \$ de remboursement par période de 60 mois

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET	SANTÉ II	SANTÉ III
Pourcentage de remboursement de 80 %		
23	Prothèse capillaire (PR)	Achat d'une prothèse capillaire initiale acquise en raison des suites d'une chimiothérapie
	Maximums	300 \$ de remboursement, à vie
24	Lentilles intraoculaires (PR et CPRP)	Achat, si nécessaire pour corriger les effets d'une maladie de l'œil et que ces effets ne puissent pas être corrigés suffisamment à l'aide de lentilles cornéennes ou de lunettes
	Maximums	Sans objet
25	Soutiens-gorges postopératoires (PR)	Achat, par suite de mastectomie ou de réduction mammaire
	Maximums	200 \$ de remboursement, à vie
26	Prothèses mammaires (PR et CPRP)	Achat, si nécessaire par suite de mastectomie
	Maximums	Sans objet
27	Articles pour stomie (PR et CPRP)	Achat
	Maximums	Sans objet
28	Soins dentaires de base	Diagnostic, prévention, appareils de maintien, restauration mineure, parodontie, chirurgie buccale, anesthésie Voir article 1.2 « Assurance Soins dentaires »
	Maximums	Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements
OBJET	SANTÉ III	
Pourcentage de remboursement de 80 %		
29	Kinésithérapie Orthothérapie Massothérapie	Honoraires pour services
	Maximums	• 25 \$ de remboursement par traitement • 200 \$ de remboursement par année civile
30	Acupuncture	Honoraires pour services
	Maximums	30 \$ de remboursement par traitement

FRAIS ADMISSIBLES OU REMBOURSABLES DU RÉGIME D'ASSURANCE SANTÉ (suite)		
En préambule du présent tableau se trouvent des généralités qui complètent l'information ci-dessous.		
OBJET		SANTÉ III
<i>Pourcentage de remboursement de 80 %</i>		
31	Podiatrie	Honoraires pour services
	Maximums	30 \$ de remboursement par traitement
32	Examen de la vue Lunettes Lentilles cornéennes Chirurgie de l'œil au laser	Sauf pour l'examen de la vue, une prescription doit être obtenue d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste. La chirurgie au laser doit être effectuée pour corriger la myopie, l'hypermétropie, l'astigmatisme ou la presbytie.
	Maximums	Adulte et enfant de 13 ans et plus : 320 \$ de remboursement par période de 36 mois, y compris un maximum de 40 \$ de remboursement par période de 36 mois pour les examens de la vue. Enfant de moins de 13 ans : 160 \$ de remboursement par période de 12 mois, y compris un maximum de 40 \$ de remboursement par période de 12 mois pour les examens de la vue.
<i>Pourcentage de remboursement de 60 %</i>		
33	Soins dentaires de restauration	Restauration majeure, endodontie, prothèses fixes, prothèses amovibles Voir article 1.2 « Assurance Soins dentaires »
	Maximums	Tarif recommandé par l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année des traitements Remboursement maximal par année civile, à partir du moment de l'adhésion de la personne salariée : • 500 \$ pour première année • 750 \$ pour deuxième année • 1 000 \$ par la suite
<i>Pourcentage de remboursement de 50 %</i>		
34	Psychologie Travail social	Honoraires pour services par psychiatres, psychanalystes, psychologues, psychothérapeutes, psychoéducateurs, travailleurs sociaux ou conseillers en orientation. Frais de consultation téléphonique pour aide psychologique, dans le cas de personnes qui résident en région éloignée.
	Maximums	1 000 \$ de remboursement par année civile

1.2 Assurance soins dentaires

Les frais dentaires admissibles sont limités aux tarifs suggérés dans le guide des tarifs de l'Association des chirurgiens dentistes du Québec pour l'année au cours de laquelle les frais sont engagés. Les frais admissibles de laboratoire sont cependant limités à 50 % des honoraires prévus pour l'acte bucco-dentaire concerné.

SSQ offre aussi le système de transmission électronique des demandes de prestations à paiement direct pour les soins dentaires. Les détails relatifs à son utilisation sont présentés à la section « 5 - Demandes de prestations ».

a) Frais admissibles pour soins dentaires

- i) *Soins dentaires de base remboursables à 80 %
(S'applique seulement à Santé II et Santé III)*

1) Diagnostic

a) Examen buccal clinique

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

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

b) Radiographies

i) Film intra-oral

- pellicule périapicale
- pellicule occlusale
- pellicule interproximale
- pellicule des tissus mous

ii) Film extra-oral

- pellicule extra-orale
- pellicule panoramique : une pellicule par période de 36 mois

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

- xi) Meulage interproximal : 2 fois par année civile (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)
 - xii) Améloplastie à des fins non esthétiques (seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour cet acte)
 - b) Appareils de maintien et correction des habitudes buccales *
 - i) Appareil de maintien
 - un appareil fixe ou amovible par période de 24 mois
 - ii) Correction des habitudes buccales
 - un appareil fixe ou amovible par période de 24 mois
 - une évaluation myofonctionnelle par période de 24 mois
 - motivation du patient : une fois à vie
 - myothérapie : 5 fois à vie
- * Seuls les enfants de moins de 14 ans sont assurés pour ces actes.
- 3) Restauration mineure *
- a) Pansement sédatif
 - b) Meulage et polissage d'une dent traumatisée
 - c) Collage ou cimentation d'un fragment de dent brisé : 2 fois par année civile, par dent
 - d) Restauration préventive en résine : une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - e) Restauration en amalgame ou en composite (l'équivalent de la restauration en amalgame collé est couvert par l'assurance lorsqu'une prestation touchant une restauration en composite sur les molaires est réclamée)
 - f) Tenons par restauration
 - g) Facette fabriquée en laboratoire : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - h) Supplément pour une restauration en amalgame/composite sous le crochet d'une prothèse existante

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

4) Parodontie

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

5) Chirurgie buccale

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

- j) Dislocation de la mandibule
- k) Traitement des glandes salivaires
- l) Chirurgie ou traitement des sinus
- m) Contrôle d'hémorragie
- n) Traitement post-chirurgical
- 6) Services généraux
 - a) Traitement palliatif de douleurs dentaires
 - b) Responsabilité et durée requises en sus d'un acte courant
 - c) Anesthésie locale
- ii) *Soins dentaires de restauration remboursables à 60 %
(S'applique seulement à Santé III)*
 - 1) Restauration majeure et prothèse fixe
 - a) Aurification : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - b) Incrustation et tenon de rétention : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - c) Couronne individuelle
 - d) Couronne en acier inoxydable préfabriquée, en polycarbonate ou autre matériel similaire : une fois par période de 12 mois pour une même dent
 - e) Capuchon, métal précieux ou non : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - f) Pivot préfabriqué et corps coulé
 - g) Reconstitution d'une dent en prévision d'une couronne
 - h) Jumelage avec appui métallique : une fois par période de 48 mois pour une même dent
 - i) Supplément pour la fabrication d'une couronne sous la structure d'une prothèse partielle
 - j) Enlèvement d'un pivot déjà cimenté
 - k) Réparation d'une couronne, facette

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

4) Pont fixe

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

5) Implant

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

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

b) Évaluation préalable

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

1.3 Crédit d'impôt

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

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

1.4 Exclusions, limitations et restrictions

a) Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance Santé

Le régime d'assurance Santé ne prévoit aucun remboursement dans les cas suivants :

- i) Pour les services ou articles qui ne sont pas conformes aux normes ordinaires et raisonnables de la pratique courante des professions de la santé impliquées.
- ii) Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles pour lesquels la personne assurée ne serait pas tenue de payer en l'absence du présent régime.
- iii) Pour les frais engagés pour des examens médicaux à l'intention d'une tierce personne (assurance, école, emploi, etc.) ou pour des voyages de santé.
- iv) Pour les produits ou services utilisés à des fins expérimentales ou au stade de recherche médicale, ou dont l'utilisation n'est pas conforme aux indications approuvées par les autorités compétentes, ou à défaut de telles autorités, aux indications données par le fabricant.
- v) Pour les frais engagés pour des soins, services ou articles esthétiques non expressément couverts par le présent régime.
- vi) Pour la contribution financière imposée aux personnes admissibles à la gratuité des frais de médicaments en vertu d'un régime d'assurance gouvernemental.
- vii) Pour les frais engagés pour des services, produits, examens ou soins reçus collectivement.

- viii) Pour les services ou produits liés au traitement du tabagisme et qui ne sont pas expressément couverts par le présent régime.
- ix) Pour les vaccins ou soins, services ou produits de nature préventive et qui ne sont pas expressément couverts par le présent régime.
- x) Pour les frais liés à l'insémination artificielle, au traitement de l'infertilité ou à la fécondation in vitro et qui ne sont pas expressément couverts par le présent régime.
- xi) Pour les frais d'achat de contraceptifs autres qu'oraux et qui ne sont pas expressément couverts par le présent régime.
- xii) Pour les frais résultant de la participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou des services dans les forces armées, ou qui résultent directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile au Canada, peu importe que la guerre soit déclarée ou non.
- xiii) Pour les frais résultant directement ou indirectement d'une guerre ou d'une guerre civile dans un pays étranger où voyage la personne assurée, dans la mesure où le Gouvernement du Canada a émis une recommandation de ne pas séjourner dans ledit pays. La présente exclusion ne s'applique toutefois pas à la personne assurée présente dans un pays étranger au moment où une guerre ou une guerre civile éclate et qu'une recommandation du Gouvernement du Canada est par la suite émise, si la personne a pris les dispositions nécessaires pour quitter le pays concerné dans les meilleurs délais.

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

- b) Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à l'assurance des médicaments

Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance Santé s'ajoute l'exclusion des produits suivants pour l'assurance des médicaments, et cela peu importe que les produits en question soient considérés comme des médicaments ou non :

- i) Les produits utilisés à des fins cosmétiques ou pour l'hygiène corporelle, notamment les produits servant à compenser la perte des cheveux.

- ii) Les médicaments obtenus par l'entremise du programme fédéral de médicaments d'urgence.
- iii) Les produits homéopathiques et les produits dits naturels.
- iv) Les produits antitabac, à l'exception de ceux qui sont couverts par le Régime général d'assurance médicaments du Québec (RGAM).
- v) Les suppléments diététiques servant à compléter ou à remplacer l'alimentation. Toutefois, les suppléments diététiques prescrits dans le traitement d'une maladie du métabolisme clairement identifiée, aux conditions et selon les indications thérapeutiques déterminées par le règlement applicable au RGAM demeurent couverts; la seule preuve acceptée à cet effet est un rapport médical complet décrivant à la satisfaction de SSQ toutes les conditions justifiant la prescription du produit non autrement couvert.
- vi) Les écrans solaires ou lotions auto-bronzantes.
- vii) Les hormones de croissance dont les caractéristiques diagnostiques ne permettent pas leur entrée dans le RGAM sur la base des critères d'inclusion prédéterminés.
- viii) Les médicaments fournis en cours d'hospitalisation ou par un département de pharmacie d'un hôpital ou administrés à l'hôpital.
- ix) Les médicaments servant à traiter la dysfonction érectile et administrés uniquement par voie orale.

Les exclusions, limitations et restrictions du présent contrat ne doivent en aucun cas rendre l'assurance des médicaments du présent régime d'assurance Santé plus restrictive que l'assurance du RGAM.

- c) Exclusions, limitations et restrictions s'appliquant spécifiquement à l'assurance soins dentaires
 - i) Aux exclusions, limitations et restrictions s'appliquant à l'ensemble du régime d'assurance Santé s'ajoutent les exclusions du présent article pour l'assurance soins dentaires, sauf dans les cas où le régime Santé détenu prévoit expressément que des frais sont admissibles.
 - ii) Aucun paiement de prestations n'est effectué en vertu de l'assurance soins dentaires pour ce qui suit :
 - 1) La transformation ou l'extraction et le remplacement de dents saines en vue d'en modifier l'apparence.

- 2) Un appareil intra-oral ou pour des services connexes résultant d'une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ou de la correction de la dimension verticale. Dans le cas d'un appareil intra-oral, une partie des frais est cependant admissible, soit celle qui équivaut au tarif suggéré par l'association professionnelle du dentiste à l'égard des plaques pour le bruxisme.
 - 3) Un rendez-vous non respecté, la rédaction de demandes de règlement, un plan de traitement, un rapport écrit, des frais de déplacement, des frais pour identification judiciaire, une convocation en cour à titre de témoin expert ou des consultations téléphoniques.
 - 4) Un appareil destiné à être utilisé dans l'exercice d'un sport (protecteur buccal).
 - 5) Un appareil dentaire servant à traiter le ronflement ou l'apnée du sommeil.
 - 6) Des chapes de transfert.
 - 7) Des couronnes, pontiques ou piliers de transition.
 - 8) L'ablation de couronne et de pont ne devant pas être recimenté.
 - 9) Des tests de susceptibilité à la carie ou des prélèvements et observations microscopiques de la plaque bactérienne.
 - 10) Des photographies diagnostiques.
 - 11) Des services ou produits qui sont exigés par un tiers ou reçus collectivement.
 - 12) Des frais effectivement payés en vertu d'un régime d'assurance ou de sécurité sociale, d'un programme gouvernemental, d'une loi ou de tout règlement ou décret adopté en regard de ces lois, régimes ou programmes.
- iii) Si une personne assurée change de dentiste ou de denturologiste en cours de traitement, ou si elle doit être transférée à un autre dentiste ou denturologiste, ou s'il y a plus d'un dentiste ou denturologiste qui participe à un même traitement, le montant des prestations payables par SSQ à l'égard de ce traitement sera limité à celui qui aurait été payable si les services avaient été rendus par un seul dentiste ou denturologiste.

- iv) Dans les cas où un corps coulé, une couronne, une prothèse amovible ou un pont fixe font l'objet de prestations, aucun traitement de remplacement ne peut faire l'objet de frais admissibles si la mise en bouche a lieu dans les 48 mois suivant l'installation précédente. Cependant, une prothèse amovible permanente (partielle ou complète) peut être remboursable si elle remplace une prothèse amovible de transition (partielle ou complète) et que son remplacement s'effectue à l'intérieur d'un délai de 6 mois suivant la date d'installation de la prothèse de transition.
- v) Lorsque les mots « sextant » ou « quadrant » sont employés dans la description d'un traitement couvert par l'assurance, les services assurés correspondant à ce traitement sont limités à 6 sextants distincts par année civile par personne assurée et à 4 quadrants distincts par année civile par personne assurée.
- vi) Lorsqu'un tarif avec des unités de temps est prévu, les frais reconnus par l'assurance se limitent au tarif suggéré pour les services prévoyant le plus grand nombre d'unités. Les frais liés aux unités supplémentaires n'entrent pas dans le calcul des frais admissibles.

2 - RÉGIME OPTIONNEL I D'ASSURANCE VIE

2.1 Assurance vie de base et assurance en cas de décès ou mutilation accidentels (DMA)

Cette protection est offerte à toute personne salariée admissible par adhésion automatique lors de l'embauche, avec droit de renonciation.

2.1.1 Vie de base de la personne adhérente

Au décès de la personne adhérente, le bénéficiaire qu'elle a désigné (ou, à défaut, la succession de la personne adhérente) reçoit un montant d'assurance vie correspondant à une fois le salaire annuel assurable de la personne adhérente.

Limitation – Si la personne adhérente se suicide dans les 12 mois suivant immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie qu'elle a demandés plus de 30 jours après sa date d'admissibilité, ces montants d'assurance ne sont pas payables. SSQ rembourse alors les primes perçues pour les montants concernés.

2.1.2 DMA de la personne adhérente

En cas de décès accidentel ou de perte accidentelle d'un membre, le bénéficiaire désigné ou la personne adhérente reçoit, pour les pertes décrites au tableau suivant, un pourcentage déterminé du salaire annuel assurable de la personne adhérente, et ce, sans excéder 100 % de ce salaire.

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

2.1.3 Exclusions pour DMA

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

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

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

Cette protection est offerte à toute personne salariée admissible par adhésion automatique lors de l'embauche avec droit de renonciation.

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

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

2.3 Assurance vie additionnelle

2.3.1 La personne adhérente

La personne adhérente détenant l'assurance vie de base peut opter pour un montant additionnel d'assurance vie jusqu'à cinq fois son salaire annuel assurable. Des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes par SSQ sont toujours requises.

2.3.2 La personne conjointe

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

2.3.3 Limitation

Si la personne adhérente ou sa personne conjointe se suicide dans les 12 mois suivant immédiatement l'entrée en vigueur de montants d'assurance vie qui ont été demandés plus de 30 jours après la date d'admissibilité, ces montants d'assurance ne sont pas payables. SSQ rembourse alors les primes perçues pour les montants concernés.

2.3.4 Tarification

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

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

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

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

Des montants d'assurance vie sont offerts lors de la retraite de la personne adhérente. Pour plus de renseignements à ce sujet, la personne adhérente peut consulter le dépliant intitulé « Régime facultatif d'assurance vie collective à l'intention de la personne retraitée et de sa personne conjointe », disponible sur le site ACCÈS | assurés (voir la section « 5 - Demandes de prestations » pour en savoir davantage sur ce service).

3 - RÉGIME OPTIONNEL II D'ASSURANCE SALAIRE DE LONGUE DURÉE

Ce régime complète le régime d'assurance salaire prévu à la convention collective de travail et procure à la personne adhérente invalide une prestation jusqu'à son 60^e anniversaire de naissance avec l'option à participation facultative (option II F) ou à participation obligatoire (option II O) et jusqu'à 65 ans avec l'option II O+ à participation obligatoire si une invalidité la rendait totalement incapable de travailler durant une période prolongée. Toutefois, une prestation additionnelle peut être versée entre 60 et 65 ans dans certains cas avec les options II F et II O.

3.1 Montant de la prestation

Le montant initial de la prestation est calculé en fonction d'un pourcentage de la prestation nette qui est ou qui serait payable par l'employeur à la 105^e semaine d'invalidité en vertu du régime d'assurance salaire prévu à la convention collective.

3.1.1 Options II F et II O

Le pourcentage utilisé pour établir la prestation payable est de 80 %.

3.1.2 Option II O+

Le pourcentage utilisé pour établir la prestation payable est de 100 %.

Quelle que soit l'option choisie, la prestation d'assurance salaire est non imposable.

Dans le cas d'une personne salariée à temps partiel gagnant moins de 10 000 \$ par année, le revenu minimum servant à établir le montant de la prestation est fixé à 10 000 \$, dans la mesure où le salaire moyen est supérieur à 0 \$ au cours des 12 dernières semaines précédant le début de l'invalidité totale.

3.2 Délai de carence

Le délai de carence est de 105 semaines.

3.3 Durée de la prestation

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

3.3.1 Options II F et II O

60 ans.

Par la suite, si le revenu de toute source qu'une personne adhérente invalide reçoit, ou qu'elle pourrait recevoir si elle en faisait la demande, est inférieur à 35 % du maximum des gains admissibles (MGA) au Régime de rentes du Québec, la prestation permettant d'atteindre 35 % du MGA est payable jusqu'au 65^e anniversaire de naissance de la personne adhérente invalide, et ce, sans dépasser la prestation payée avant l'atteinte du 60^e anniversaire de naissance.

3.3.2 Options II O+

65 ans.

3.4 Emploi de réadaptation

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

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

3.5 Indexation

Lorsqu'une prestation a été payée par SSQ pendant 12 mois complets, consécutifs ou non, au cours d'une même période d'invalidité totale, le montant de la prestation mensuelle alors payé est indexé le 1^{er} janvier de chaque année subséquente selon les mêmes modalités que celles du Régime de rentes du Québec, sous réserve d'un ajustement annuel maximal de 3 %.

3.6 Réduction

3.6.1 Options II F, II O et II O +

La prestation payée est réduite des prestations d'invalidité payables en vertu de la *Loi sur l'assurance automobile*, de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, par le Régime de rentes du Québec, par le Régime de pensions du Canada, par un régime de rentes de l'employeur, ou en vertu de toute loi sociale, ainsi que de toute rémunération reçue de l'employeur, à l'exception des sources de revenus suivantes :

- prestations payables en vertu de la *Loi sur l'assurance emploi* et de la *Loi sur l'assurance parentale*;

- remboursement de jours de vacances;
- toute somme d'argent provenant de la banque de congés de maladie de la personne adhérente utilisée à des fins spécifiques de rachat de service passé dans un régime de retraite, dans la mesure où le régime de retraite concerné le permet.

3.6.2 Option II O+

Pour les personnes adhérentes assurées en vertu de l'option II O+, les prestations mensuelles payables par SSQ sont aussi réduites de 65 % de la rente de retraite que la personne salariée reçoit en vertu d'un régime de retraite de l'employeur ou, si elle ne reçoit pas cette rente de retraite, de celle qu'elle pourrait recevoir sans réduction actuarielle si elle a cessé de bénéficier de l'exonération des cotisations en cas d'invalidité prévue au régime de retraite de l'employeur.

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

3.7 Exclusions

Le présent régime ne couvre aucune période d'invalidité :

- pendant laquelle la personne adhérente n'observe pas les recommandations établies par son médecin traitant, sauf le cas d'état stationnaire attesté par un médecin à la satisfaction de SSQ;
- pendant laquelle la personne adhérente occupe une fonction ou fait un travail pouvant lui rapporter un salaire ou un profit quelconque, sous réserve de l'encadré qui suit;

La personne adhérente peut être admissible à des prestations si elle occupe un emploi de réadaptation prévu à l'article 3.4 ou si elle occupe une fonction ou un travail dont les revenus sont inférieurs à 10 % du maximum des gains admissibles (MGA) déterminé par la Régie des rentes du Québec pour l'année alors en cours. Dans ce dernier cas, si la personne adhérente répond à la définition d'invalidité totale, ses revenus ne viennent pas réduire les prestations d'assurance salaire de longue durée.

- résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie, de participation active à une émeute, à une insurrection, à des actes criminels ou de service dans les forces armées. Toutefois, la période d'invalidité résultant d'alcoolisme ou de toxicomanie pendant laquelle la personne adhérente reçoit des traitements ou des soins médicaux continus en vue de sa réadaptation est reconnue comme une période d'invalidité totale.

De plus, un retrait préventif relatif à la grossesse ou à l'allaitement approuvé par la CNESST n'est pas reconnu comme une période d'invalidité totale aux fins du présent régime.

3.8 Preuves

SSQ peut demander à la personne adhérente de fournir des preuves supplémentaires ou de se soumettre à un examen médical dont la date est déterminée par SSQ. Cette demande est alors transmise par écrit.

Si la personne néglige ou refuse de se soumettre à une telle demande, elle perd le droit de retirer des prestations relativement à l'invalidité en cause, et cela pour la période s'étendant de la fin d'un délai de 31 jours à compter de la demande écrite qui a été faite à la personne adhérente jusqu'à la date à laquelle SSQ reçoit effectivement les preuves supplémentaires ou le rapport de l'examen médical demandé.

Si la personne adhérente ne se soumet pas à une telle demande de SSQ dans un délai de 6 mois, elle perd tout droit de retirer des prestations d'assurance salaire relativement à son invalidité, et cela rétroactivement à la date de la demande initiale qui lui avait été faite par SSQ.

4 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

4.1 Quelques définitions utiles

4.1.1 Événement

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

4.1.2 Invalidité totale

À compter de la 105^e et jusqu'à la 208^e semaine d'une même période d'invalidité totale, un état d'incapacité résultant d'une maladie, d'un accident, d'une complication de grossesse, d'une ligature tubaire, d'une vasectomie ou de cas similaires liés à la planification familiale, ou d'un don d'organe ou de moelle osseuse, pourvu que cet état d'incapacité fasse l'objet d'un suivi médical et rende la personne adhérente totalement incapable d'accomplir les tâches habituelles de son emploi ou de tout autre emploi analogue qui lui est offert par l'employeur et qui comporte une rémunération similaire.

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

4.1.3 Période d'invalidité totale

Au cours d'une période initiale de 5 jours ouvrables plus 156 semaines d'invalidité totale, toute période continue d'invalidité totale ou de périodes successives d'invalidité totale séparées par une période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins

que la personne adhérente n'établisse, à la satisfaction de l'employeur ou de son représentant, qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente. Cette période de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet doit être de moins de 15 jours si la durée de l'invalidité totale est inférieure à 78 semaines et de moins de 45 jours si la durée est de 78 semaines ou plus.

Dans le cas d'une personne adhérente qui est salariée à temps partiel, la période de « 5 jours ouvrables » mentionnée ci-dessus doit être remplacée par « 7 jours civils » à compter du premier jour où il est requis que la personne se présente au travail.

Par la suite, toute période continue d'invalidité totale ou périodes successives d'invalidité totale séparées par moins de six mois de travail effectif à temps complet ou de disponibilité pour un travail à temps complet, à moins qu'il ne soit établi qu'une période subséquente est attribuable à une maladie ou à un accident complètement étranger à la cause de l'invalidité totale précédente.

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

4.1.4 Personne à charge

a) Personne conjointe

Se dit des personnes :

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

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

b) Enfant à charge

Un enfant de la personne adhérente ou de la personne conjointe ou des deux, non marié et résidant ou domicilié au Canada, qui dépend

de la personne adhérente pour son soutien et qui satisfait à l'une des conditions suivantes :

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

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

De plus, un enfant à charge en congé sabbatique scolaire maintient son statut d'enfant à charge pourvu que la personne adhérente remplisse les modalités décrites à l'article 4.10.5 « Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge » de la présente brochure.

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

4.1.5 Personne adhérente

La personne salariée qui participe à l'assurance.

4.1.6 Personne assurée

La personne adhérente ou l'une de ses personnes à charge admise à l'assurance.

4.1.7 Régimes autoassurés de la convention collective

Régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de courte durée prévus à la convention collective.

4.1.8 Salaire (aussi nommé salaire assurable)

Salaire suivant le taux de l'échelle applicable à la personne adhérente selon la convention collective incluant, s'il y a lieu, toutes les primes pour disparités régionales et toute rémunération additionnelle prévue à la convention collective et servant lors du calcul de la prestation d'assurance salaire.

4.2 Admissibilité à l'assurance

La personne salariée devient admissible aux régimes collectifs assurés auprès de SSQ en même temps qu'elle devient admissible aux régimes autoassurés de sa convention collective.

Malgré le paragraphe précédent, la personne salariée devient admissible au niveau de protection Santé I après un mois de service continu.

Toutefois, la personne salariée est admissible immédiatement lorsqu'après avoir quitté un employeur de façon définitive, elle revient chez le même employeur ou commence à travailler pour un nouvel employeur dans les 30 jours civils suivant son départ, et ce, à l'intérieur du réseau de la Santé et des Services sociaux.

Dans ces cas, aucune preuve d'assurabilité n'est exigée par SSQ, à l'exception de celles prévues lors d'un changement de participation aux régimes optionnel I d'assurance vie de la personne adhérente ou II d'assurance salaire de longue durée.

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

4.3 Participation à l'assurance

Les dispositions particulières applicables à la personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet sont présentées à l'annexe 1.

4.3.1 Régime d'assurance Santé

La participation est obligatoire pour toute personne salariée admissible et ses personnes à charge, sous réserve du droit d'exemption (article 4.6) ou de la détention d'un carnet de demandes de prestations en vigueur délivré par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.

La personne adhérente doit choisir un niveau de protection (Santé I, Santé II ou Santé III) pour elle et ses personnes à charge. Le niveau choisi pour les personnes à charge peut être égal ou inférieur à celui de la personne adhérente (article 4.5).

La participation aux niveaux de protection Santé II et Santé III est facultative. Cependant, toute personne qui participe à l'un de ces niveaux doit maintenir sa participation pendant au moins 36 mois avant de pouvoir modifier son choix à la baisse, sauf dans les cas prévus à l'article 4.7.

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

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

IMPORTANT

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

4.3.2 Régime optionnel I d'assurance vie

La participation à ce régime est **facultative** pour toute personne salariée admissible.

Toutefois, la participation à l'assurance vie de base de la personne adhérente et à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge est octroyée de façon automatique à toutes les personnes salariées lors de l'embauche ou lorsqu'elles deviennent admissibles pour la première fois et qu'elles n'y ont pas renoncé par écrit.

4.3.3 Régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée

La participation à ce régime est **facultative** pour toute personne salariée admissible.

Toutefois, **les membres d'une unité d'accréditation peuvent décider de rendre la participation obligatoire et doivent alors choisir entre l'option II O et II O+**. Dans ce cas, la participation devient obligatoire pour toute personne salariée admissible, à l'exception de celle ayant déjà renoncé à l'option II O ou II O+ en vertu du droit de renonciation énoncé ci-dessous.

Droit de renonciation (options II O et II O+)

Un droit de renonciation est permis lorsque la personne adhérente :

- est âgée de 53 ans ou plus; ou
- présente à SSQ la preuve de sa participation au régime de retraite établissant 33 années de service ou plus pour fins d'admissibilité au RREGOP; ou
- est déjà protégée par un régime d'assurance salaire à l'intention des membres d'un ordre professionnel, pour autant que ce régime prévoie une protection équivalente.

Le droit de renonciation débute à la date d'acceptation de la demande par SSQ.

Lorsque la personne adhérente exerce son droit de renonciation, elle peut revenir par la suite dans le régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée en vigueur sous réserve de l'acceptation de preuves d'assurabilité par SSQ.

4.4 Demande d'adhésion

La personne salariée admissible remplit le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » disponible au service des ressources humaines de son établissement. Elle le remet ensuite à la personne responsable des assurances chez son employeur, qui le transmet à SSQ.

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

4.4.1 Règle automatique d'adhésion à l'assurance

Une personne salariée admissible **qui omet ou refuse de remplir sa demande d'adhésion est automatiquement assurée** en vertu du régime d'assurance Santé I, du régime optionnel I d'assurance vie en vertu des

garanties d’assurance vie de base de la personne adhérente et d’assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge et du régime optionnel II d’assurance salaire de longue durée (si la participation à ce régime est obligatoire), selon le statut de protection individuel.

4.5 Statut et niveau de protection

Pour le régime d’assurance Santé, la personne adhérente doit choisir un statut de protection ainsi qu’un niveau de protection.

Les statuts offerts sont les suivants :

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

Le statut de protection choisi s’applique à l’ensemble des garanties d’assurance maladie et de soins dentaires du régime d’assurance Santé.

La personne adhérente doit également choisir un niveau de protection pour elle et ses personnes à charge (Santé I, Santé II ou Santé III). Le niveau de protection des personnes à charge peut être égal ou inférieur à celui de la personne adhérente. Différents scénarios sont possibles, selon le statut de protection choisi :

Statut de protection individuel			
Scénario	A	B	C
Adhérent	Santé I	Santé II	Santé III
Enfants à charge	–	–	–
Conjoint et enfants à charge	–	–	–

Statut de protection monoparental						
Scénario	D	E	F	G	H	I
Adhérent	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge	Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III
Conjoint et enfants à charge	–	–	–	–	–	–

Statut de protection familial						
Scénario	J	K	L	M	N	O
Adhérent	Santé I	Santé II	Santé II	Santé III	Santé III	Santé III
Enfants à charge	–	–	–	–	–	–
Conjoint et enfants à charge	Santé I	Santé I	Santé II	Santé I	Santé II	Santé III

Le statut et le niveau de protection de la personne adhérente et de ses personnes à charge peuvent être revus à la hausse ou à la baisse de la façon prévue à l'article 4.7.

4.6 Droit d'exemption

4.6.1 Demande d'exemption

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

Note : La personne salariée doit fournir à l'employeur une copie du certificat d'assurance ou du carnet de réclamations.

Toute personne de 65 ans ou plus qui est assurée en vertu du RGAM de la RAMQ peut aussi s'exempter de participer au régime d'assurance Santé.

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

4.6.2 Début d'exemption

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

4.6.3 Fin d'exemption

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

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

- a) Dispositions s'appliquant aux demandes parvenant à l'employeur dans les 30 jours suivant la fin d'exemption.

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

- b) Dispositions s'appliquant aux demandes parvenant à l'employeur plus de 30 jours après la fin d'exemption

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

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

Si la personne adhérente choisit d'augmenter le niveau de protection détenu avant l'exemption et qu'elle bénéficie de l'exonération des

primes au moment où elle fait sa demande d'adhésion, celle-ci entrera en vigueur le premier jour de la période de paie suivant la date de son retour effectif au travail.

4.7 Entrée en vigueur de l'assurance

4.7.1 Régime d'assurance Santé

L'assurance entre en vigueur à la date d'admissibilité de la personne.

Le statut et le niveau de protection de la personne adhérente et de ses personnes à charge peuvent être revus à la hausse ou à la baisse lorsque survient l'un des **événements prévus à l'article 4.1.1**. La personne adhérente peut alors choisir un nouveau scénario de protection parmi ceux présentés à l'article 4.5

En l'absence d'événement, la personne adhérente peut tout de même **hausser** son niveau de protection ou celui de ses personnes à charge. Toutefois, elle ne peut **l'abaisser** que si elle et ses personnes à charge ont participé **au moins 36 mois** au scénario qu'elle veut remplacer.

Exceptionnellement, la personne adhérente qui participe déjà au régime d'assurance Santé le 1^{er} avril 2016 peut diminuer son niveau de protection ou celui de ses personnes à charge **une fois** sans avoir à démontrer qu'un événement a eu lieu.

La personne adhérente doit demander le changement à l'aide du formulaire « Demande d'adhésion et de changement » et remettre celui-ci dûment rempli à la personne responsable des assurances chez son employeur. La modification entre en vigueur à la date suivante :

- a) Si la demande est reçue par l'employeur dans les 30 jours suivant la date de l'événement, le changement entre en vigueur à la date de l'événement.
- b) Si la demande est reçue par l'employeur plus de 30 jours après la date de l'événement, ou en l'absence d'événement, le changement entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date de réception de la demande écrite par l'employeur.

Malgré toute autre disposition, pour toute personne invalide, le nouveau scénario de protection entre en vigueur à la date de retour au travail à laquelle elle redevient admissible à une nouvelle période d'invalidité selon la convention collective.

Les règles particulières en cas de fin d'exemption sont détaillées à l'article 4.6.3.

La durée des périodes suivantes est comptabilisée dans le calcul de la période minimale de participation de 36 mois prévue ci-dessus : une période d'exemption, une période pendant laquelle le niveau de protection Santé I a été maintenu en raison d'une absence temporaire du travail, une période durant laquelle la personne adhérente a bénéficié d'une exonération des primes, une diminution de son temps travaillé à 25 % ou moins du temps complet, peu importe le niveau de protection alors maintenu.

La personne adhérente dont le pourcentage de temps travaillé a diminué à 25 % ou moins du temps complet peut modifier à la baisse le niveau de protection qu'elle détient et celui de ses personnes à charge sans égard à la période minimale de participation de 36 mois.

4.7.2 Régime optionnel I (assurance vie)

La personne salariée doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date de son retour effectif au travail. L'entrée en vigueur de l'assurance vie de la personne conjointe et des personnes à charge du régime optionnel I n'est toutefois pas assujettie à la présence au travail de la personne salariée.

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

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

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

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

Toute demande de participation au régime d'assurance vie additionnelle nécessite la présentation de preuves d'assurabilité.

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

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

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

Lorsque le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » est transmis dans les 30 jours suivant la date d'un des événements ci-dessous, l'assurance entre en vigueur à la date de l'événement :

- le mariage ou l'union civile;
- la cohabitation depuis un an;
- la naissance ou l'adoption d'un premier enfant.

À la suite d'une renonciation ou au-delà du délai de 30 jours, des preuves d'assurabilité sont requises et l'assurance entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation de ces preuves par SSQ.

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

4.7.3 Régime optionnel II (assurance salaire de longue durée)

La personne salariée doit être apte au travail à la date d'entrée en vigueur indiquée ci-après, sinon l'entrée en vigueur est reportée à la date de son retour effectif au travail.

a) Participation facultative (option II F)

Lorsque le formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » est transmis à l'employeur :

- i) *dans les 30 jours suivant la date d'admissibilité* : la participation au régime optionnel II entre en vigueur à la date d'admissibilité de la personne adhérente;
- ii) *plus de 30 jours après la date d'admissibilité* : la participation au régime optionnel II entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit la date de réception par l'employeur de l'acceptation des preuves d'assurabilité par SSQ.

Pour toute personne salariée qui a déjà participé au régime et qui a cessé d'y participer, des preuves d'assurabilité doivent être présentées pour y participer à nouveau.

b) Participation obligatoire

(si ce choix a été retenu par l'unité d'accréditation) (options II O ou II O+)

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

Lorsque l'unité d'accréditation dont fait partie la personne salariée fait parvenir un avis écrit à SSQ l'informant que les membres se sont prononcés majoritairement en faveur de la participation obligatoire, l'assurance de la personne qui ne participait pas déjà au régime optionnel II entre en vigueur le premier jour de la période de paie qui suit la date de prise de vote selon l'option II O ou II O+ retenue.

L'assurance en vertu du régime optionnel II n'est pas disponible ou cesse de l'être pour la personne adhérente de 58 ans et plus avec les options II F et II O et à 63 ans avec l'option II O+.

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

Aucune prime n'est payable à compter du premier jour de la période de paie qui coïncide avec ou qui suit le 6^e jour ouvrable suivant le début de l'invalidité totale.

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

Régime ou garantie	Date de la fin de l'exonération
• régime d'assurance Santé	3 ans après le début de l'invalidité, sans dépasser le jour du 71 ^e anniversaire de naissance
• garantie DMA du régime optionnel I d'assurance vie	
• garantie d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du régime optionnel I d'assurance vie	

Malgré le délai de 3 ans prévu ci-dessus, la durée de l'exonération des primes de la personne adhérente dont l'invalidité a débuté le 1^{er} janvier 2015 ou après peut être prolongée jusqu'à un maximum de 4 ans si le lien d'emploi de la personne est maintenu.

Si l'une ou l'autre des garanties mentionnées ci-dessus se termine pour l'ensemble des personnes salariées admissibles, elle se termine également pour la personne totalement invalide.

• régime optionnel I (assurance vie de la personne adhérente)	• à 65 ans, si la personne adhérente est devenue invalide avant l'âge de 62 ans; • 3 ans après le début de l'invalidité, sans dépasser l'âge de 71 ans, si la personne adhérente est devenue invalide à l'âge de 62 ans ou après
• régime optionnel I (assurance vie additionnelle de la personne adhérente et de la personne conjointe)	à l'âge de 65 ans
• régime optionnel II (assurance salaire de longue durée)	lorsque la personne atteint l'âge auquel son assurance salaire de longue durée aurait pris fin si elle n'avait pas été invalide
Pour la personne adhérente dont l'invalidité a débuté avant le 1^{er} janvier 2015, le délai de 3 ans ne s'applique pas aux périodes durant lesquelles elle reçoit de pleines prestations en vertu de la <i>Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles</i>. Dans le cas où l'invalidité a débuté le 1^{er} janvier 2015 ou après, la durée de l'exonération des primes est limitée à 4 ans.	

Advenant le cas où une même période d'invalidité se poursuit pendant plus de deux ans, la personne adhérente invalide doit faire parvenir une demande d'exonération des primes à SSQ afin de pouvoir continuer à bénéficier de cette exonération et de l'assurance.

Les dispositions relatives à l'exonération des primes ne s'appliquent pas à la personne salariée enceinte bénéficiant d'un retrait préventif relatif à une grossesse ou à l'allaitement approuvé par la CNESST. De même, elles ne s'appliquent pas à la personne salariée invalide en affectation temporaire de travail qui reçoit l'équivalent de 100 % du salaire versé avant le début de l'invalidité.

4.9 Absences temporaires du travail

4.9.1 Congé partiel sans rémunération

La participation au régime d'assurance collective est maintenue. L'employeur et la personne adhérente paient leur prime respective sur la base du salaire qu'aurait reçu la personne salariée si elle ne bénéficiait pas du congé partiel sans rémunération. Les montants de protection sont également maintenus sur la base de ce salaire.

4.9.2 Absence autorisée avec rémunération et absence autorisée sans rémunération dont la durée n'excède pas 28 jours (incluant la suspension)

La participation au régime d'assurance collective est maintenue. L'employeur et la personne adhérente paient leur prime respective. La prime totale est versée à SSQ par l'entremise de l'employeur.

4.9.3 Absence autorisée sans rémunération d'une durée supérieure à 28 jours (incluant la suspension)

La participation au régime d'assurance collective est suspendue pour la durée de l'absence autorisée, sauf pour le niveau de protection Santé I du régime d'assurance Santé. Toutefois, la participation aux autres régimes (Santé selon le scénario qui s'appliquait déjà, vie et salaire **indissociablement**) peut être maintenue si la personne adhérente en fait la demande. Elle doit alors payer la totalité de la prime (part employé + part employeur). **Toutefois**, la *Loi sur les normes du travail* oblige l'employeur à continuer de verser sa contribution lors d'un congé pour des raisons familiales et parentales.

La décision de la personne adhérente de maintenir sa participation doit être signifiée par écrit à l'employeur avant le début du congé sans rémunération. **Les modalités de paiement des primes à l'employeur doivent alors être déterminées pour qu'il n'y ait pas d'interruption de protection pour non-paiement des primes.**

Dans le cas où la personne adhérente n'a maintenu sa participation qu'au niveau de protection Santé I, le scénario de protection qui s'appliquait avant la période d'absence reprend automatiquement dès son retour effectif au travail.

4.10 Autres types d'absences

4.10.1 Régime de congé à traitement différé :

a) Durant la période de contribution au congé

La participation est maintenue.

Dans le cas des régimes optionnels I et II (assurance vie et assurance salaire de longue durée), le salaire assurable est celui convenu entre la personne adhérente et l'employeur dans l'entente relative au régime de congé à traitement différé.

Le salaire assurable convenu doit être communiqué à SSQ avant le début du régime de congé à traitement différé c'est-à-dire avant le début

de la période de contribution et non du congé proprement dit. La prime et les prestations sont alors basées sur le salaire assurable convenu.

b) Durant la période de congé

La participation est suspendue pour la durée de l'absence autorisée, sauf pour le niveau Santé I du régime d'assurance Santé. Toutefois, la participation aux autres régimes (Santé selon le scénario qui s'appliquait déjà, vie et salaire **indissociablement**) peut être maintenue si la personne adhérente en fait la demande. Elle doit alors payer la totalité de la prime (part employé + part employeur).

Les modalités de paiement des primes à l'employeur doivent être déterminées avant la prise du congé pour qu'il n'y ait pas d'interruption du niveau Santé I du régime d'assurance Santé ou de tous les autres régimes. Le salaire assurable est celui défini au paragraphe a) précédent.

4.10.2 Programme de retraite progressive

La participation au niveau Santé I du régime d'assurance Santé doit être maintenue.

Si la personne salariée maintient sa participation aux autres régimes (Santé selon le scénario qui s'appliquait déjà, vie et salaire **indissociablement**), le salaire assurable en vertu du régime optionnel II est celui effectivement reçu par la personne salariée durant le programme de retraite progressive. Dans le cas du régime optionnel I (assurance vie), le salaire assurable est celui qu'aurait reçu la personne salariée, n'eût été de sa participation au programme de retraite progressive.

La prime de ces régimes est établie sur la base du salaire effectivement reçu.

- Si la durée du programme est de 24 mois ou moins, la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée cesse à l'entrée en vigueur du programme.
- Si la durée est supérieure à 24 mois, la participation à la garantie d'assurance salaire de longue durée cesse au plus tard 24 mois avant la fin du programme initialement prévue.

4.10.3 Congédiement contesté

Dans une telle situation, la personne adhérente DOIT maintenir sa participation au niveau Santé I du régime d'assurance Santé et PEUT maintenir sa participation aux autres régimes (Santé selon le scénario qui s'appliquait déjà et vie **indissociablement**), s'il y a lieu, en payant elle-

même la prime totale prévue au contrat (part employé et part employeur) jusqu'à ce que la décision finale soit rendue.

La participation au régime optionnel II (assurance salaire de longue durée) est suspendue jusqu'à ce que la décision de l'arbitre soit rendue. Si la décision est favorable à la personne salariée, la prime de ce régime est payable rétroactivement à la date du congédiement et toute invalidité survenue durant cette période est reconnue par SSQ.

4.10.4 Procédure lors du règlement d'un litige relatif à une invalidité non reconnue par l'employeur

Les régimes d'assurance se poursuivent sans paiement de prime jusqu'à l'occurrence de l'un des événements suivants :

- la date du retour effectif au travail de la personne assurée;
- la date du retrait du grief de la personne salariée;
- la décision arbitrale ou une entente patronale-syndicale;
- la date à laquelle aurait pris fin l'exonération des primes si la période d'invalidité totale avait été pleinement reconnue par l'employeur.

4.10.5 Congé sabbatique scolaire d'un enfant à charge

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

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

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

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

4.10.6 Retrait préventif et congé de maternité (21 semaines)

La participation à l'assurance se poursuit comme s'il n'y avait aucune absence.

4.11 Terminaison de l'assurance

4.11.1 Personne adhérente

a) Tous les régimes

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

- la date de terminaison du contrat;
- la date où elle cesse d'être admissible au régime d'assurance Santé (fin du certificat d'assurance);
- la date d'échéance de toute prime qui n'est pas payée;
- la date à laquelle elle prend sa retraite.

b) Le régime d'assurance Santé

L'assurance se termine à la date du début de la période de paie qui suit l'acceptation d'une demande d'exemption au régime d'assurance Santé.

c) Le régime optionnel I d'assurance vie

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

- la date de la fin de la période de prime où un formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » est transmis à l'employeur indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance vie de base ou additionnelle.
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de **65 ans, pour la garantie d'assurance vie additionnelle**.

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

d) Le régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée

Lorsque la participation est facultative (option II F), l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

- la date de fin de la période de prime où un formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » est transmis à l'employeur, indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 58 ans.

Lorsque la participation est obligatoire, l'assurance se termine à la première des dates suivantes :

Option II O

La date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 58 ans.

Option II O+

La date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 63 ans.

La date de réception par l'employeur d'une demande écrite accompagnée des documents attestant le droit de renonciation de la personne salariée (se référer à l'article 4.3.3 pour les conditions liées au droit de renonciation).

Toutefois, lorsque le régime a été en vigueur pendant une période minimale de 36 mois et que les personnes salariées membres de l'unité d'accréditation se prononcent en faveur de la terminaison de la participation obligatoire, le régime cesse d'être obligatoire le premier jour de la période de paie qui suit la date de prise du vote.

Toutes les personnes salariées membres de l'unité d'accréditation demeurent alors assurées et peuvent mettre fin individuellement à l'assurance selon les dispositions du régime à participation facultative (option II F).

Cependant, il est possible de terminer l'option II O sans avoir atteint la période minimale de participation de 36 mois suite à une prise de vote en faveur de l'option II O+ au sein de l'unité d'accréditation. À ce moment, le compteur de la période minimale de participation recommence à zéro avec l'option II O+. Lorsqu'il y a prise de vote en faveur du passage de l'option II O+ à l'option II O, la période minimale de participation de 36 mois doit être complétée. Toute modification est effective à compter du premier jour de la période de paie qui suit la date de prise de vote.

4.11.2 Personnes à charge :

a) Le régime d'assurance Santé

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

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

b) Le régime optionnel I d'assurance vie

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

- la date de terminaison de l'assurance de la personne adhérente;
- la date de fin de la période de prime où un formulaire « Demande d'adhésion ou de changement » est transmis à l'employeur, indiquant la décision de la personne adhérente de mettre fin à sa participation à l'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge ou à l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- la date de la cessation de participation de la personne adhérente à l'assurance vie de base, pour l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe;
- la date à laquelle la personne adhérente atteint l'âge de 65 ans, pour l'assurance vie additionnelle de la personne conjointe.

4.12 Droit de transformation en assurance vie

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

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

- 400 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie collective en vigueur immédiatement avant la transformation et le montant d'assurance vie auquel la personne est admissible en vertu du régime à l'intention de la personne retraitée (voir l'article 4.13).

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

- 25 000 \$;
- la différence entre le montant d'assurance vie collective en vigueur immédiatement avant la transformation et le montant d'assurance

vie auquel la personne est admissible en vertu du régime à l'intention de la personne retraitée (voir l'article 4.13) ou en vertu de tout autre contrat d'assurance collective auquel la personne est devenue admissible au moment d'exercer son droit de transformation.

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

4.13 Personne retraitée – garantie d'assurance vie pour la personne retraitée et la personne conjointe de la personne retraitée

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

Cette garantie est aussi offerte à la personne salariée qui n'est pas invalide lors de la retraite, qui ne participait pas au régime optionnel I de SSQ mais qui participait aux régimes autoassurés de la convention collective et qui fait sa demande dans le délai de 60 jours.

4.14 Personne retraitée réembauchée

Toute personne retraitée réembauchée peut maintenir les garanties d'assurance vie qu'elle détient dans le régime facultatif d'assurance vie de la personne retraitée pour elle et sa personne conjointe, le cas échéant. Le fait d'être réembauchée ne la rend toutefois pas admissible aux autres garanties du contrat.

5 - DEMANDES DE PRESTATIONS

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

Obtenez un remboursement en 48 heures avec les services électroniques de SSQ!

C'est simple :

- 1** Inscrivez-vous au site **ACCÈS | assurés** au ssq.ca/acces
- 2** Lors de votre inscription au site **ACCÈS | assurés**, ayez en main votre numéro de certificat et un spécimen de chèque afin d'adhérer au dépôt direct de vos prestations
- 3** Réclamez en ligne sur le site **ACCÈS | assurés**, ou avec votre téléphone intelligent avec l'application gratuite **SSQ Services mobiles** (ssq.ca/mobile)
- 4** Recevez votre remboursement en moins de 48 heures*!

Profitez également des nombreuses autres fonctionnalités offertes sur le site ACCÈS | assurés :

- Simulez une réclamation afin de vérifier si les frais sont admissibles
- Consultez vos relevés de prestations
- Commandez un relevé à des fins d'impôt
- Imprimez des cartes SSQ additionnelles
- Faites votre changement d'adresse
- Prolongez l'admissibilité de votre enfant à charge
- Effectuez un changement de bénéficiaire
- Consultez la documentation concernant l'assurance voyage et annulation de voyage et le régime d'assurance vie à l'intention de la personne retraitée et de sa personne conjointe

Et plus encore!

* Pour bénéficier d'un remboursement en 48 heures, vous devez être inscrit au dépôt direct. Le remboursement en moins de 48 heures est offert pour la majorité des frais couverts.

5.1 Assurance Santé

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

5.1.1 Frais de médicaments

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

a) Médicaments admissibles

Le service de transmission électronique permet que les demandes de prestations de médicaments soient transmises directement de la pharmacie à SSQ.

Lors de l'achat de médicaments, la personne assurée présente sa carte d'assurance SSQ au pharmacien. Si le médicament acheté est admissible à un remboursement, la personne assurée n'a qu'à payer la partie du coût du médicament qui n'est pas remboursable par le régime d'assurance Santé puisque SSQ paie directement au pharmacien la portion assurée. Le pharmacien a l'obligation de facturer le prix usuel et raisonnable, c'est-à-dire le même prix que celui demandé à tout autre client.

Coordination de prestations en pharmacie

Si une personne assurée est couverte par deux régimes d'assurance collective comportant chacun une garantie d'assurance médicaments (double assurance) avec un mode de paiement direct, elle peut présenter ses deux cartes au pharmacien de sorte que les prestations soient coordonnées au moment de l'achat.

b) Première utilisation

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

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

Pour les enfants à charge âgés de 18 à 25 ans inclusivement et aux études à temps plein, l'admissibilité des frais de médicaments est

assujettie à la présentation d'une déclaration de fréquentation scolaire. Cette déclaration doit être faite à SSQ une fois par année scolaire (1^{er} septembre au 31 août) pour que la demande de prestations soit considérée directement en pharmacie.

La déclaration de fréquentation scolaire peut être faite en ligne sur le site ACCÈS | assurés, par téléphone auprès du Service à la clientèle de SSQ ou par écrit aux coordonnées indiquées à l'article 5.5. SSQ se réserve le droit de demander une preuve de fréquentation scolaire.

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

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

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

L'adresse de correspondance de SSQ est indiquée à l'article 5.5 « Pour joindre SSQ ».

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

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

5.1.3 Frais couverts par l'assurance soins dentaires

La personne assurée doit présenter sa carte d'assurance SSQ au dentiste et payer la portion non remboursée des frais assurés par SSQ. Si le dentiste n'offre pas le service de transmission électronique de demandes de prestations, la personne assurée doit lui faire remplir le formulaire « Demande de prestations pour frais dentaires », ou soumettre le formulaire utilisé par son dentiste, pourvu qu'il soit dûment rempli et signé. Elle a

ensuite le choix de faire sa demande en ligne sur le site **ACCÈS | assurés** ou par la poste à l'adresse indiquée à l'article 5.5.

5.1.4 Autres frais de l'assurance Santé

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

Il est également possible d'effectuer la demande par la poste en utilisant le formulaire approprié, disponible sur le site **ACCÈS | assurés** en version personnalisée ou à l'adresse **ssq.ca**. Les factures doivent être dûment acquittées et l'original doit être joint à la demande. Celles-ci n'étant pas retournées, il est préférable d'en conserver une copie.

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

L'adresse de correspondance de SSQ est indiquée à l'article 5.5 « Pour joindre SSQ ».

5.2 Assurance voyage avec assistance et assurance annulation de voyage

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

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

Le formulaire de demande de prestations d'assurance vie s'obtient directement de SSQ. Cette demande de prestations et les preuves du décès doivent être présentées à SSQ dans les 90 jours de la date du décès. Pour plus d'information, la personne assurée peut consulter l'article 5.5 « Pour joindre SSQ ».

5.4 Assurance salaire de longue durée

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

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

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

5.5 Pour joindre SSQ

Par la poste

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

L'adresse postale de SSQ est la suivante :

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

Par téléphone

La personne assurée qui veut rejoindre SSQ par téléphone doit communiquer avec le Service à la clientèle, entre 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi, au numéro suivant : **1 877 651-8080**.

Par télécopieur

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

Par courriel

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

Changement d'adresse

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

6 - PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

6.1 Dossier et renseignements personnels

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

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

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

6.2 Mandataires et fournisseurs de services

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

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

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

Annexe 1 – Dispositions particulières pour la personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet

Seules les dispositions spécifiques applicables à cette personne salariée font l'objet de l'Annexe 1. Autrement, les dispositions générales de la brochure s'appliquent.

Les régimes autoassurés de la convention collective réfèrent au régime uniforme d'assurance vie et au régime d'assurance salaire de courte durée, auxquels la personne salariée travaillant 25 % ou moins du temps complet a le choix de participer ou non.

Règle générale

La personne salariée qui fait le choix de ne pas participer aux régimes autoassurés de la convention collective ne peut participer aux niveaux de protection Santé II et III du régime d'assurance Santé ni aux autres régimes d'assurance vie et d'assurance salaire de SSQ.

Les dispositions décrites dans la brochure s'appliquent toutefois à la participation au niveau Santé I du régime d'assurance Santé.

Si la personne salariée a fait le choix de participer aux régimes autoassurés de la convention collective, les dispositions décrites dans la brochure s'appliquent tant qu'elle travaille 25 % ou moins du temps complet.

Régime d'assurance Santé

La personne salariée travaillant plus de 25 % du temps complet peut décider de ne plus adhérer au niveau Santé II ou III du régime d'assurance Santé lorsque l'employeur l'avise que son temps de travail pour la période de référence est réduit à 25 % ou moins du temps complet. Cette décision est effective le 1^{er} janvier suivant. La personne assurée doit aviser l'employeur de cette décision dans les 10 jours de l'avis de ce dernier concernant le temps travaillé durant la période de référence. À défaut d'aviser l'employeur de ce choix, la personne assurée conserve sa participation au niveau Santé II ou III du régime d'assurance Santé et les dispositions décrites dans la brochure s'appliquent.

Régime optionnel I d'assurance vie

Les garanties d'assurance vie de la personne adhérente et d'assurance vie de la personne conjointe et des enfants à charge du régime optionnel I sont octroyées de façon automatique à toutes les personnes salariées dont le pourcentage de temps travaillé augmente à plus de 25 % du temps complet (pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant), à moins d'une renonciation par écrit.

Régime optionnel II d'assurance salaire de longue durée

Les preuves d'assurabilité normalement requises pour l'option II F lors d'une demande d'adhésion ou de changement ne sont pas requises **lorsque la demande est faite au plus tard le 1^{er} décembre (pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant) dans le cas d'une première participation aux régimes autoassurés de la convention collective, d'un retour à la participation à ces régimes si la personne adhérente n'a jamais participé au régime d'assurance salaire de longue durée ou lorsque le pourcentage de temps travaillé augmente à plus de 25 % du temps complet.**

Les garanties concernées entrent en vigueur si la personne est au travail ou apte au travail le 1^{er} janvier, sinon à la date de son retour effectif au travail. Toutefois, l'entrée en vigueur de l'assurance vie de la personne conjointe et des personnes à charge du régime optionnel I n'est pas assujettie à la présence au travail de la personne salariée.

POUR NOUS JOINDRE
ssq.ca

Édifice SSQ

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

Sans frais : 1 877 651-8080

Veuillez conserver cette brochure
pour consultation ultérieure

SSQ **Groupe
financier**

Les valeurs à la bonne place